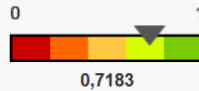


## Dados da operadora ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE JAÚ

Nome Fantasia	APAS-JAU
Registro ANS	40803-4
CNPJ	66.491.036/0001-23
Razão Social	ASSOCIAÇÃO POLICIAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE JAÚ
Situação do Registro ANS	Ativa
Total de Consumidores	1.272
Tipo	Operadora médico-hospitalar
Modalidade	Autogestão

[Voltar para consulta](#)

### IDSS da operadora 2024 (Ano-base 2023)



Pontuação para operadora acreditada: Operadora não bonificada

[Ver mais informações](#)



**Pontuação para operadora acreditada: Operadora não bonificada**

#### Conceituação:

Operadora Acreditada pelo Programa de Acreditação de Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde no ano considerado.

#### Meta:

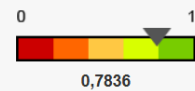
Estimular que paulatinamente 100% das operadoras sejam acreditadas em qualquer nível.

#### Pontuação-base:

0,20: Para operadoras Nível I  
0,18: Para Operadoras Nível II  
0,15: Para Operadoras Nível III

### 1 - IDQS - QUALIDADE EM ATENÇÃO À SAÚDE

Avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada.



[Ver mais informações](#)

#### 1.1. Proporção de Parto Cesáreo (Estímulo ao Parto Normal)

[Ver mais informações](#)

Indicador não aplicável

##### Conceituação

Percentual de partos cesáreos realizados pela operadora nas beneficiárias no período considerado.

##### Meta

A meta é atingir um resultado igual ou inferior a 45% de partos cesáreos, ou redução maior ou igual a 10% em relação à proporção de partos cesáreos do ano anterior.

#### 1.2. Taxa de Consultas de Pré-Natal (Atenção ao Pré-Natal)

[Ver mais informações](#)

Indicador não aplicável

##### Conceituação

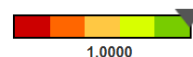
Número médio de consultas de pré-natal realizadas pela operadora por beneficiária grávida no período considerado.

##### Meta

A meta é atingir pelo menos 7 (sete) consultas de pré-natal por beneficiária grávida durante a gestação de risco habitual, risco médio/intermediário ou alto risco.

### 1.3. Taxa de Internação por Fratura de Fêmur em Idosos (Fratura em idosos)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

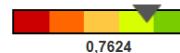
Número médio de internações hospitalares por Fratura de Fêmur para cada 1000 beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais, no período considerado.

#### Meta

A meta é atingir um valor menor ou igual a média das medianas por porte do ano-base atual e do ano-base anterior com adição de 20% a estes valores.

### 1.4. Razão de Consultas Ambulatoriais de Pediatria por Beneficiário de 0 a 4 anos (Cuidado Integral da Criança até os 4 anos)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

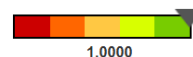
Razão de consultas ambulatoriais de pediatria para crianças de 0 a 4 anos, univocamente identificadas, para avaliar o cuidado integral da criança nesta faixa etária. Compara o resultado em relação ao total de consultas recomendadas na literatura, no período considerado.

#### Meta

Apresentar uma produção igual a 8 consultas no primeiro ano de vida (12 meses incompletos) e 2 consultas por ano para crianças com idade entre 1 e 4 anos (12 meses completos a 60 meses incompletos). Será atribuída a pontuação máxima para a operadora que apresentar pelo menos 0,95 de razão das consultas realizadas em relação às consultas recomendadas para crianças de até 4 anos.

### 1.5. Taxa de Citopatologia Cérvico-Vaginal Oncótica (Preventivo de Câncer de Colo do Útero)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

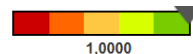
Número de procedimentos diagnósticos em citopatologia cérvico-vaginal oncótica realizado no período considerado para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 25 a 64 anos.

#### Meta

Attingir um resultado igual ao superior a 33 exames de citopatologia cérvico-vaginal oncótica para cada 100 beneficiárias na faixa etária de 25 a 64 anos, considerando a realização de um exame a cada três anos, em mulheres nessa faixa etária.

### 1.6. Taxa de Exames de Hemoglobina Glicada (Cuidado ao Diabético)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

Número médio de exames de hemoglobina glicada por beneficiários com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos de idade, no período considerado.

#### Meta

Apresentar média maior ou igual a 2 (dois) exames de hemoglobina glicada por beneficiário univocamente identificado com diabetes mellitus e idade entre 19 e 75 anos, no período considerado.

### 1.7. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - CÁRIE (Prevenção da Cárie)

▼ Ver mais informações

Indicador não aplicável

#### Conceituação

Percentual do número de procedimentos voltados à preservação das estruturas dentárias em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.

#### Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).

### 1.8. Proporção de Procedimentos Preventivos em Saúde Bucal - PERIODONTIA (Cuidados com a Gengiva)

▼ Ver mais informações

Indicador não aplicável

#### Conceituação

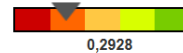
Percentual do número de procedimentos preventivos em periodontia em relação ao número total de procedimentos odontológicos realizados no período de análise.

#### Meta

A meta é atingir um resultado igual ou superior a 80% da mediana do setor (MS), por porte e grupo da operadora (MH ou OD).

**1.9. Razão de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista/Especialista para idosos (Cuidado Integral do Idoso)**

▼ Ver mais informações



**Conceituação**

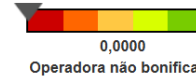
Razão de consultas ambulatoriais com generalistas pelo número de consultas ambulatoriais com especialistas para beneficiários na faixa etária de 60 anos ou mais no período considerado

**Meta**

A meta é atingir 1 consulta com generalista para até 5 consultas com especialistas (1:5 = 0,2)

**1.10. Programa de Promoção da Saúde e Prevenção de Riscos e Doenças (Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças dos Clientes)**

▼ Ver mais informações



**Conceituação**

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Dimensão Qualidade na Atenção à Saúde - IDQS, para as operadoras que tiverem programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças devidamente cadastrados e aprovados junto à ANS.

**Meta**

Estimular as OPS a desenvolverem programas para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, contribuindo para a melhoria dos níveis de saúde da população beneficiária.

**1.11. Participação em Programas de Indução de Melhoria da Qualidade (Participação em Programas de melhoria da Qualidade pelo Plano de Saúde)**

▼ Ver mais informações



**Conceituação**

Pontuação base atribuída ao resultado da dimensão IDQS, para as operadoras que participam do Programa de Certificação em Boas Práticas de Atenção à Saúde ou em Projetos de Indução de Qualidade vigentes no ano-base: (1) Certificação em Atenção Primária à Saúde – APS; (2) Projeto-piloto em APS Cuidado Integral à Saúde; (3) Certificação de Boas Práticas na Linha de Cuidado Materna e Neonatal (CBP Parto Adequado); e (4) Projeto-piloto Cuidado Integral à Gestante e ao Neonato – Parto Adequado.

**Meta**

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde ao aprimoramento da qualidade do cuidado à saúde de modo a atender às expectativas dos beneficiários e a atingir desfechos consistentes com as evidências científicas correntes.

**1.12. Participação no Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor (Adoção de remuneração que considere o desempenho dos prestadores de serviços de saúde)**

▼ Ver mais informações



**Conceituação**

Pontuação base atribuída ao resultado do Índice de Desempenho da Qualidade em Atenção à Saúde – IDQS, para as operadoras que participam do Projeto de Modelos de Remuneração Baseados em Valor no ano-base avaliado

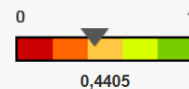
**Meta**

Estimular as operadoras de planos privados de assistência à saúde e os prestadores de serviços a utilizarem modelos de remuneração baseados em valor que contribuam para a sustentabilidade e o aprimoramento da qualidade do cuidado na saúde suplementar.

**2- IDGA - GARANTIA DE ACESSO**

Condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores.

▼ Ver mais informações



**2.1. Taxa de Sessões de Hemodiálise Crônica por Beneficiário (Renal Crônico)**

▼ Ver mais informações

Indicador não aplicável

**Conceituação**

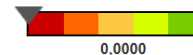
Número médio de sessões de hemodiálise crônica realizadas por beneficiários de planos que incluem a segmentação ambulatorial, no período considerado. Considera também a Taxa de utilização do SUS.

**Meta**

Apresentar um nº de sessões de hemodiálise crônica > 0,062 sessões por benef. por ano e apresentar utilização do SUS próxima de zero (considerou-se alta utilização do SUS taxa acima de 0,006663 aa)

## 2.2. Taxa de Consultas Médicas Ambulatoriais com Generalista por Idosos (Médico de Referência do Idoso)

▼ Ver mais informações



### Conceituação

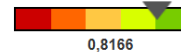
Número médio de consultas ambulatoriais com médico generalista por idoso (60 anos ou mais) univocamente identificado, limitando-se a duas consultas por beneficiário no período considerado.

### Meta

A meta é atingir um resultado de 2 consultas com médico generalista por beneficiário univocamente identificado na faixa etária de 60 anos ou mais, no ano-base avaliado.

## 2.3. Índice de Dispersão Combinado de Serviços de Urgência e Emergência 24 horas (Acesso a Urgência e Emergência 24 horas)

▼ Ver mais informações



### Conceituação

O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços de urgência e emergência que compõem a rede da operadora.

### Meta

Apresentar serviços urg./emerg. 24h em 100% dos municípios com previsão de cobertura assistencial. Attingir 100% dos atendimentos de urg./emerg. em prestadores cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS.

## 2.4. Taxa de Primeira Consulta ao Dentista por Beneficiário por ano (Consulta com Dentista)

▼ Ver mais informações

Indicador não aplicável

### Conceituação

Tem como objetivo avaliar a ida ao dentista anualmente para mensurar o acesso à prevenção de doenças e promoção da saúde bucal. É representado pelo número médio de primeiras consultas odontológicas por beneficiário da operadora no período considerado.

### Meta

O ideal é que cada beneficiário, maior ou igual a 2 anos de idade, faça pelo menos uma consulta anual com dentista. A meta é atingir 50% do ideal (resultado igual ou superior a 0,5 primeira consulta odontológica por beneficiário univocamente identificado, no período considerado).

## 2.5. Índice de Dispersão Combinado da Rede Assistencial Odontológica (Acesso ao Dentista)

▼ Ver mais informações

Indicador não aplicável

### Conceituação

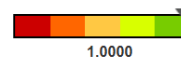
O indicador analisa de forma combinada a dispersão e a utilização dos serviços odontológicos que compõem a rede da operadora.

### Meta

Apresentar prestadores odontológ. em 100% dos municípios com previsão de cobertura assist. odontológ. Attingir 100% dos atendimentos odontológ. em prestadores cadastrados na rede da operadora no Sistema de Registro de Planos de Saúde - RPS.

## 2.6. Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Acreditação (Qualidade de Hospitais)

▼ Ver mais informações



### Conceituação

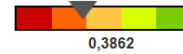
Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais com acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 510/2022 e outras certificações, comparativamente ao total de utilização da rede hospitalar da operadora.

### Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de hospitais com acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS e outras certificações.

## 2.7. Frequência de Utilização de Rede de SADT com Acreditação (Qualidade de Laboratórios)

▼ Ver mais informações



### Conceituação

Mostra a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede SADT com Acreditação em saúde reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS, nos termos da Resolução Normativa 510/2022 e outras certificações, comparativamente ao total de utilização da rede de SADT da operadora.

### Meta

A meta é atingir 80% da mediana do setor (MS) para a frequência de utilização de Serviço de Apoio à Diagnose e Terapias (SADT) com acreditação em saúde, reconhecidos pelo Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar – QUALISS e outras certificações.

## 2.8. Índice de efetiva comercialização de planos individuais (Acesso à Contratação Individual)

▼ Ver mais informações

Indicador não aplicável  
Operadora não pontuada

### Conceituação

Mostra o crescimento de beneficiários titulares na carteira da operadora por meio de comercialização de planos individuais regulamentados.

### Meta

Attingir um crescimento da carteira de beneficiários titulares em planos individuais regulamentados de :  
- OPS exclusivamente MH: 1,5% a.a.;  
- OPS exclusivamente OD: 4,0% a.a.;  
- OPS MH que atuam no segmento OD: attingir as metas indicadas, de acordo com a carteira MH ou OD

## 2.9. .9 Taxa de Dentes Permanentes com Tratamento Endodônticos Concluído (Acesso ao Tratamento de Canal)

▼ Ver mais informações

Indicador não aplicável

### Conceituação

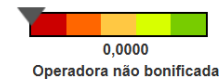
Número médio de dentes permanentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais de idade no ano-base avaliado.

### Meta

Apresentar resultado igual ou superior a 70% da média esperada para o ano, ou seja, 0,53 dentes com tratamento endodôntico concluído para cada 10 beneficiários com 12 anos ou mais.

## 2.10. .10 Frequência de Utilização de Rede de Hospitais com Atributo: Qualidade Monitorada (Monitoramento da Qualidade Hospitalar)

▼ Ver mais informações



### Conceituação

Mensura a proporção de utilização pelos beneficiários da operadora, de rede de hospitais gerais que participam do Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar (PM-Qualiss Hospitalar) comparativamente ao total de utilização da rede de hospitais gerais da operadora.

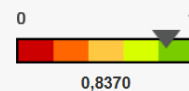
### Meta

Attingir um resultado igual ou superior a 90% para a frequência de internações de beneficiários da operadora em hospitais que participam efetivamente do PM-QUALISS Hospitalar, para que a operadora faça jus à bonificação máxima de 20% sobre a nota da dimensão IDGA sem bônus.

## 3 - IDSM - SUSTENTABILIDADE NO MERCADO

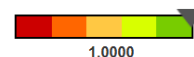
Monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores.

▼ Ver mais informações



## 3.1. Índice de Capital Regulatório (ICR) (Solidez do seu Plano de Saúde)

▼ Ver mais informações



### Conceituação

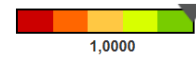
Razão entre o Patrimônio Líquido Ajustado e o Capital Regulatório exigido.

### Meta

A pontuação do indicador ICR da operadora deve ser igual a 1.

### 3.2. Taxa de Resolutividade de Notificação de Intermediação Preliminar (Resolução de Queixas do Cliente)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

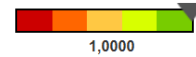
É uma taxa que permite avaliar a efetividade dos esforços de mediação ativa de conflitos, através da comunicação preliminar da ANS com as operadoras para a resolução de demandas de reclamação objeto de NIP assistencial e não assistencial, com data de atendimento no ano base, antes da instauração do processo administrativo.

#### Meta

Taxa de Resolutividade (TR) igual ou superior a 90,0%.

### 3.3. Índice Geral de Reclamações Anual (IGR Anual) (Reclamações Gerais do Cliente)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

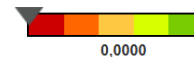
Número médio de reclamações de beneficiários de planos privados de saúde, que recorreram à ANS, no período dos doze meses do ano base. O índice é apresentado tendo como referência cada 100.000 beneficiários do universo de beneficiários analisado. Para cálculo do indicador são incluídas somente as reclamações recebidas nos doze meses do ano base e classificadas até a data de extração do dado.

#### Meta

A meta para este indicador foi estipulada com base no ano de 2016. A meta é de 7,07 reclamações para cada conjunto de 100.000 beneficiários.

### 3.4. Proporção de NTRPs com Valor Comercial da Mensalidade Atípicos (Preço do plano de Saúde)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

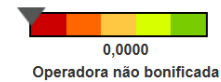
Razão entre a quantidade de Notas Técnicas de Registro de Produtos (NTRP) com valores comerciais nas primeira, sétima e décima faixas etárias abaixo do limite inferior estatístico e o total de NTRP's associadas a planos ativos em comercialização pela operadora.

#### Meta

A meta é atingir resultado igual a zero no indicador, ou seja, nenhuma NTRP com valor comercial da mensalidade, por faixa etária, abaixo do limite inferior estatístico.

### 3.5. Pesquisa de Satisfação do Beneficiário (Satisfação do Cliente/Paciente)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

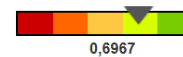
Pontuação base acrescida ao resultado do Índice de Desempenho de Sustentabilidade do Mercado (IDSM), para as Operadoras que realizarem a Pesquisa de Satisfação de Beneficiário de acordo com a metodologia estabelecida pela ANS para o ano-base avaliado, com divulgação dos resultados no portal eletrônico e comunicação à ANS.

#### Meta

Realizar a Pesquisa de Satisfação de Beneficiários, encaminhar o link da divulgação dos resultados e o Termo de Responsabilidade até a data de corte do IDSS avaliado.

### 3.6. Índice de Reajuste Médio Ponderado Aplicado aos Planos Coletivos (Moderação de Reajustes)

▼ Ver mais informações



#### Conceituação

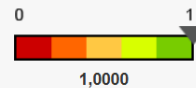
Avaliar a dispersão de reajustes aplicados a contratos coletivos na carteira da operadora, e o desvio à direita em relação a um índice de reajuste de contratos coletivos (apurado via sistema de Reajustes de Planos Coletivos - RPC para o ano-base).

#### Meta

A meta é atingir conjuntamente: uma Média ponderada de reajustes aplicados em planos coletivos da OPS menor ou igual ao reajuste de referência do RPC (reajuste médio ponderado dos contratos coletivos com 30 vidas ou mais de todas as OPS); em cada segmento (MH e OD) e um valor do coeficiente de variação dos reajustes da OPS inferior a 0,15.

#### 4 - IDGR - GESTÃO DE PROCESSOS E REGULÇÃO

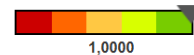
Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.



▼ Ver mais informações

##### 4.1. Índice composto de Qualidade Cadastral (SIB) (Qualidade dos Dados de Cadastro do Beneficiário)

▼ Ver mais informações



###### Conceituação

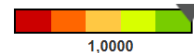
É uma medida da qualidade dos dados cadastrais de beneficiários de uma Operadora, relativa aos campos de identificação do beneficiário e de identificação do plano ao qual está vinculado, conforme seu cadastro no Sistema de Informações de Beneficiários.

###### Meta

100% de qualidade do preenchimento dos campos identificadores do beneficiário e do plano ao qual o beneficiário está vinculado.

##### 4.2. Taxa de utilização do SUS (Utilização do SUS por Cliente de Plano de Saúde)

▼ Ver mais informações



###### Conceituação

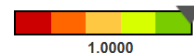
Delimitação de faixas para classificação de operadoras conforme sua utilização do SUS, baseada no número de eventos de utilização da rede pública de saúde por beneficiários identificados de operadoras de saúde suplementar. Apenas os beneficiários de planos de assistência médica serão considerados no cálculo.

###### Meta

Resultado da operadora inferior ao valor correspondente ao P80 (Percentil 80).

##### 4.3. Razão de Completude do Envio dos Dados do Padrão TISS (Razão TISS) (Qualidade da Informação em Saúde Enviada para a ANS)

▼ Ver mais informações



###### Conceituação

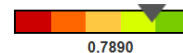
Relação entre o Total do Valor Informado em Reais dos eventos de atenção à saúde do Padrão TISS enviados à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e o Total do Valor em Reais da Despesa dos Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados, exceto despesas com o Sistema Único de Saúde – SUS e Recuperações, informados no Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS/ANS, da Assistência à Saúde Hospitalar e Odontológica, pela operadora de plano privado de saúde, no período considerado.

###### Meta

A meta anual é atingir um resultado igual a 1,0 no período considerado.

##### 4.4. Proporção de Glosas de Pagamentos a Prestadores de Serviços de Saúde (Relacionamento do Plano de Saúde com Hospitais, Laboratórios e Profissionais de Saúde)

▼ Ver mais informações



###### Conceituação

Indicador que visa representar a relação entre os valores cobrados pelos prestadores de serviços de saúde às operadoras de planos de saúde e as glosas aplicadas pelas mesmas, assim como a relação entre a quantidade de prestadores com glosas e o total de prestadores com os quais a operadora promoveu troca de informações no Padrão TISS no período selecionado.

###### Meta

Quanto menor a ocorrência de glosas, separadamente por segmento - Médico-Hospitalar e Odontológico, melhor a pontuação alcançada no indicador, sendo a pontuação máxima alcançada na situação de resultado do indicador igual ou inferior ao percentil 15, ou seja, quando a operadora está entre os 15% de operadoras do segmento MH ou OD que menos glosam.



#### 4.5. Proporção de Diagnósticos Inespecíficos nos Eventos de Internação Preenchidos nas Guias TISS (Qualidade dos Dados do Diagnóstico)

▼ Ver mais informações



1,0000

Operadora bonificada

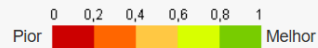
##### Conceituação

Mede a Qualidade do preenchimento do campo relativo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde - CID nas Guias TISS de internação. Faz a relação entre a quantidade de diagnósticos inespecíficos nos eventos de internação e o total dos eventos de internação com o código CID - incorporados no banco de dados da ANS no período analisado.

##### Meta

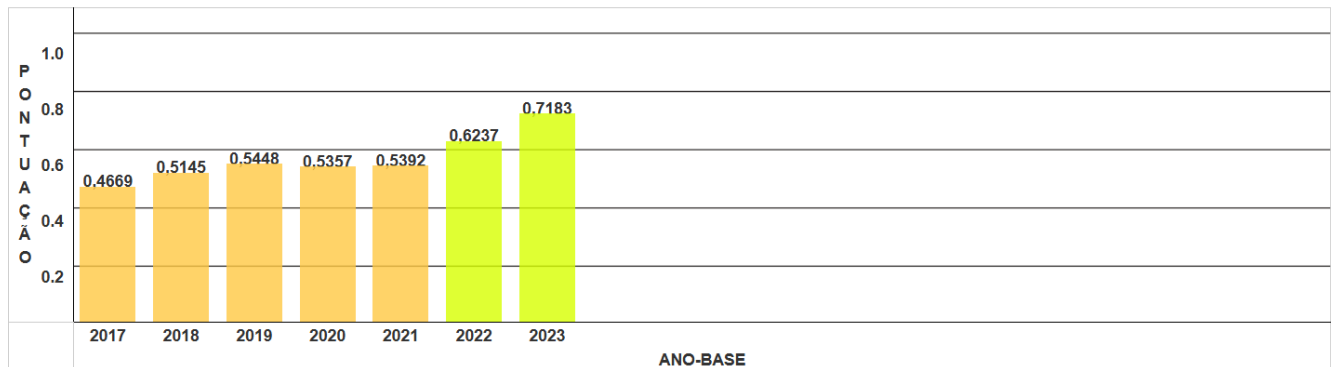
A meta é atingir um resultado inferior a 10% no período analisado. Entretanto, para estimular o aprimoramento do processo de troca de informações na saúde suplementar, será considerada uma meta ainda distante do desejado: 30%.

##### Faixas de notas de avaliação:

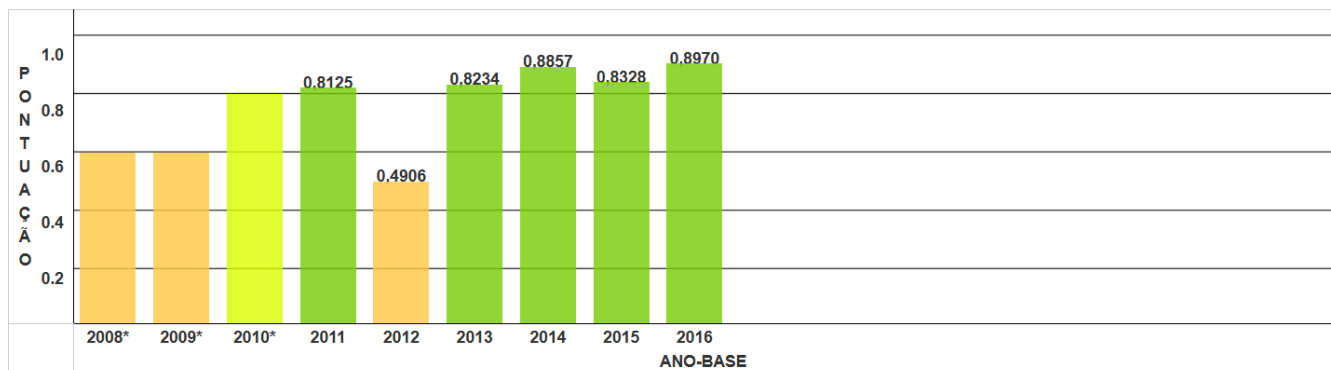


#### Gráfico de evolução do IDSS - TISS

AANS iniciou, a partir do IDSS ano-base 2017, uma nova etapa do Programa de Qualificação, que usa o Sistema de Informação do Padrão TISS (Troca de Informações na Saúde Suplementar) como fonte de dados para o processamento dos indicadores. A metodologia foi totalmente modificada, com os indicadores calculados sobre uma base de dados nova, gerando resultados que não são totalmente comparáveis com os anos anteriores.



#### Gráfico de evolução do IDSS



Para os anos de 2008, 2009 e 2010 os resultados foram apresentados apenas por faixa.