

## REGULAMENTO DO BEM+ PROGRAMA DE REMUNERAÇÃO VARIÁVEL DA UNIMED CAMPINAS

### DEFINIÇÕES E OBJETIVOS

O BEM+ é o Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas que tem como principal objetivo estimular a incorporação de novos modelos de bonificação ao médico cooperado, que possibilitem reconhecer a contribuição individual de cada sócio ao alcance dos resultados da Operadora, desestimulando a prática de pagamento *Fee For Service* (remuneração por procedimento).

A melhoria da remuneração médica se dará por meio do pagamento de um ganho adicional, denominado “bonificação variável” (produção médica mais bonificação do Programa), aos cooperados que atingirem as metas estabelecidas no Programa.

### REGRAS DE NOTIFICAÇÃO

Todos os cooperados PF (Pessoa Física) da Unimed Campinas são elegíveis, não sendo necessária inscrição no Programa BEM+.

Para fazer parte do BEM+, o cooperado deve ter produção médica regular no exercício vigente, bem como cumprir com as políticas estabelecidas no Estatuto Social, Regimento Interno e demais Normativas emitidas pela Gestão.

O cooperado não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos consecutivos caso tenha recebido alguma notificação da Unimed Campinas relacionada a não observância das Normas Internas da Cooperativa e após a devida apuração concluída.

O descritivo com todas as regras e processos de notificação pode ser acessado no documento “BEM+ Regras de Notificação”.

### META DE BONIFICAÇÃO

O crédito da bonificação variável aos cooperados está vinculado ao resultado Individual do(a) cooperado(a) e ao resultado coletivo da Unimed Campinas, também conhecido como sinistralidade. As metas (teto da meta e centro da meta) de sinistralidade em 2024, para que os cooperados recebam a bonificação, podem ser acessadas no Anexo I deste Regulamento, bem como no painel responsivo de acesso ao acompanhamento dos Indicadores.

A sinistralidade é um dos principais indicadores de todas as operadoras de planos de saúde. Ela é o resultado da divisão do custo assistencial da Cooperativa pela receita líquida. Portanto, quanto mais eficiente for a gestão assistencial, melhor será o resultado da Cooperativa.

$$\text{Sinistralidade} = \frac{\text{Custo assistencial}}{\text{Receita líquida}} \times 100\%$$

O custo assistencial, chamado de sinistro, é a soma do que é gasto nos atendimentos aos beneficiários do plano de saúde, por exemplo: internação hospitalar, cirurgia, consulta médica, execução de procedimento, dentre outros.

Já a receita líquida é o faturamento da Cooperativa após dedução dos impostos. Ela é proveniente das mensalidades pagas pelos beneficiários referentes aos contratos de planos de saúde e é um indicador importante para mensurar o desempenho comercial.

Como Cooperativa, as estratégias e ações são direcionadas para otimizar o custo, reduzindo desperdícios e garantindo ao beneficiário a melhor experiência na assistência médica.

A meta do indicador da sinistralidade poderá ser alterada de acordo com as premissas traçadas no Planejamento Estratégico da Cooperativa.

## **DETALHAMENTO TÉCNICO DOS INDICADORES DE MONITORAMENTO**

Para uma visão geral do negócio, divulgaremos também outros indicadores de resultado da Cooperativa, além do índice da sinistralidade do período. O objetivo é dar ainda mais transparência e acesso aos resultados econômico-financeiros da Cooperativa, contribuindo para a participação dos cooperados na gestão do nosso negócio.

Apresentaremos a evolução da nossa carteira de beneficiários e a participação do cooperado.

### **Carteira de Beneficiários**

A carteira de beneficiários contempla todos os clientes que possuem produtos da Unimed Campinas, como, por exemplo, produtos para clientes pessoa jurídica com tipo de contratação coletivo empresarial (destinados às empresas) ou com contrato coletivo por adesão (para associações e sindicatos) e produtos para clientes pessoa física, chamados de individual familiar. É um indicador importante para mensurar o desempenho comercial da Cooperativa e impacta diretamente na nossa receita. Quanto maior a nossa carteira, melhor. Isso significa que poderemos cuidar da saúde de mais pessoas.

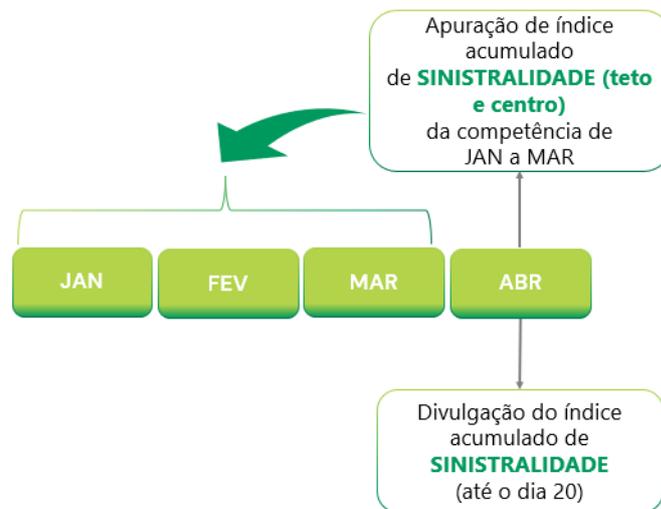
### **Participação do Cooperado**

A participação do Cooperado é o indicador que apresenta o quanto da receita líquida é direcionado ao Cooperado. Ele é composto pela produção médica, sobras distribuídas ao final do exercício e demais benefícios. Quanto maior a participação, melhor, pois indica que estamos valorizando o trabalho dos nossos Cooperados.

## **VIGÊNCIA**

O Programa BEM+ iniciou na competência de julho/2022, sendo que na primeira apuração foi considerada a sinistralidade acumulada entre os meses de julho a dezembro/2022. A partir de 2023, o período de apuração do Programa passou a ser trimestral e os cooperados podem acompanhar o indicador pelo painel do BEM+ disponibilizado para acesso no RES, Canal do Cooperado e Aplicativo Unimed Campinas - módulo do Cooperado.

A figura abaixo ilustra a apuração e divulgação do índice médio da sinistralidade para os cooperados.



Em 2024, reestruturamos o programa de acordo com as sugestões dos cooperados, visando otimizar sua eficácia e proporcionar benefícios ainda mais significativos.

#### ETAPAS DO PROGRAMA BEM+ PARA A BONIFICAÇÃO VARIÁVEL

O modelo de bonificação variável na Unimed Campinas segue as seguintes premissas:

- Responsabilidade na gestão dos recursos com foco na sustentabilidade
- Retorno aos cooperados da economia gerada na forma de ganhos adicionais sobre a produção médica
- Geração de resultados como consequência da escolha singular.

A partir destas premissas, a bonificação variável foi dividida em dois pilares, sendo um individual e o outro coletivo.



Em 2024, é fundamental destacar que as metas de bonificação para os indicadores individuais e coletivos serão independentes. Isso significa que existe uma meta específica para a bonificação dos indicadores individuais e outra meta para a bonificação do indicador coletivo, proporcionando uma abordagem mais flexível e focalizada nas diferentes dimensões de desempenho.

## **1. CORPORATIVO**

### **Indicadores Individuais**

Os indicadores individuais valorizam o cooperado enquanto sua prática médica. Para que haja a bonificação, os cooperados são então avaliados entre seus pares de especialidades em indicadores individuais escolhidos pelos Comitês de Especialistas. Os cooperados poderão receber uma bonificação adicional de até 10%, de acordo com o atingimento de cada indicador individual. Como premissa desta apuração, os cooperados serão avaliados perante a especialidade principal cadastrada na Unimed Campinas. Os indicadores individuais que compõe este pilar serão apresentados a seguir neste Regulamento.

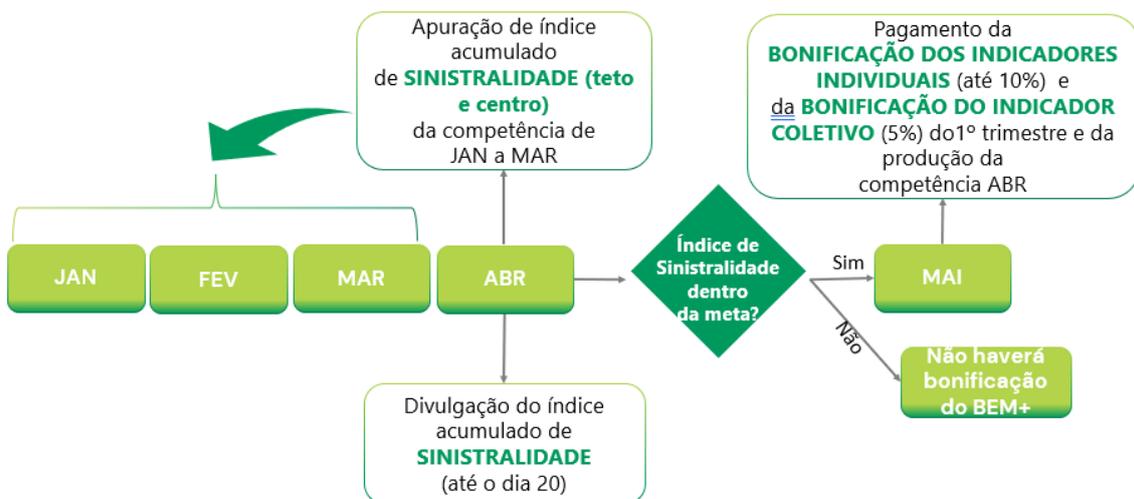
### **Indicador Coletivo**

A valorização do trabalho médico é reflexo do esforço coletivo dos cooperados e é concedida em conjunto. Para bonificação do Programa, o índice de sinistralidade acumulado em cada trimestre deve ser inferior à meta estabelecida para o período. Os médicos cooperados PF da Unimed Campinas que tiverem produção na competência de apuração e não tenham cometido nenhuma infração comprovada as normas internas da Cooperativa, receberão um adicional de 5% (cinco por cento) sobre a sua produção. As metas do índice de sinistralidade em 2024 podem ser acessadas no Anexo I deste Regulamento.

A Bonificação será calculada com base na média da produção médica do respectivo Trimestre, aplicando-se apenas às produções médicas do tipo CONSUL, HONORA e SERCOM.

O cálculo da bonificação exclui produções especiais (Extras e Plantões), terapias, autogerados na mesma UNCP e procedimentos de Tempo Ato Médico Não Dependente (conforme Lista de Procedimentos no anexo II).

Em 2024, o fluxo de pagamento da bonificação se dará conforme exemplificado abaixo. Ressaltamos que a meta do índice da sinistralidade, pode ser alterada ao longo do tempo conforme as definições do Planejamento Estratégico da Unimed Campinas.



O fluxo operacional demonstrado acima será aplicado de forma continuada nos períodos subsequentes.

## INDICADORES E PERCENTUAIS

Os indicadores individuais são divididos em dois agrupamentos: indicadores gerais individuais, que são comuns a todas as especialidades, e os indicadores assistenciais individuais, que são específicos para cada especialidade médica.

Os indicadores gerais individuais somam 4% na bonificação do cooperado, enquanto os indicadores assistenciais individuais somam 6%.

### DETALHAMENTO TÉCNICO DOS INDICADORES GERAIS INDIVIDUAIS, METAS E PERCENTUAL DE BONIFICAÇÃO

#### Participação nos Eventos e Treinamentos da Cooperativa no Trimestre

- Meta do indicador: participação maior ou igual a 50%.
- Critérios: Assistir aos treinamentos e demais cursos de capacitação disponibilizados pela Cooperativa, como a Academia de Cooperativismo, vídeos, textos, podcasts, conteúdos do EDUCA (Escola de Desenvolvimento Unimed Campinas), entre outros; Participação nas Assembleias Gerais (AGE e/ou AGO); Participação no Cooperativa em Suas Mãos; Participação no Conversa com Cooperados; Participação em outros eventos (abertos a todos).

#### Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre

- Meta do indicador: nota de avaliação maior ou igual a 4,5.
- Mínimo de pesquisas respondidas: 5 no trimestre
- Critérios: Ter pontuação maior ou igual a 4,5 na pesquisa de satisfação do beneficiário, em que o beneficiário avalia o atendimento prestado pelo cooperado.

### Disponibilização de 30 Consultas Eletivas no RES ou Execução de Toda Produção Médica em até 5 dias úteis

- Meta do indicador: Disponibilização de 30 ou mais consultas eletivas no RES ou execução total da sua produção médica em até 5 dias úteis.
- Critérios: Disponibilizar agenda mínima de 30 consultas eletivas no RES para que o beneficiário possa se auto agendar ou faça o agendamento via local de atendimento do cooperado; ou executar toda sua produção médica em até 5 dias úteis no RES.

➤ Quais são as situações que são contempladas nesse indicador?

- Apenas Produção de beneficiários Campinas
- Somente contas de “Produção Médica”
- Somente produção apresentada via RES
- Desconsiderados códigos: “10102019”, “10104011”, “10104020”
- Desconsiderado qualquer caso em que a data de autorização for posterior a data de atendimento.
- Caso a data de atendimento for em um sábado a contagem dos dias para entrega começa no próximo dia útil

### DETALHAMENTO TÉCNICO DOS INDICADORES INDIVIDUAIS

#### Custo Médio do Atendimento Eletivo

- Descrição: indica o custo médio do atendimento eletivo do médico ou da especialidade, levando-se em consideração também o valor dos exames solicitados.

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Custo gerado no atendimento eletivo nos últimos 12 meses}}{\text{Número de consultas eletivas nos últimos 12 meses}} \times 100$

- Polaridade: menor melhor.

#### Exame específico por consulta

- Descrição: indica a proporção de um determinado exame ou tipo de exame solicitado por médico cooperado em relação ao total de consultas eletivas realizada por este médico nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Número de exames específicos nos últimos 12 meses}}{\text{Número de consultas eletivas nos últimos 12 meses}} \times 100$

- Polaridade: menor melhor.

### Número de consultas eletivas por médico por mês

- Descrição: indica o número mensal médio de consultas eletivas realizadas pela especialidade ou pelo médico cooperado nos últimos 12 meses

- Fórmula de cálculo:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de consultas eletivas realizadas pelo médico cooperado ou pela especialidade nos últimos 12 meses}}{12 \text{ meses}} \times 100$$

- Polaridade: maior melhor.

### Número de exames e terapias por consulta

- Descrição: indica o número médio de exames complementares e terapias solicitados pela especialidade ou pelo médico cooperado por consultas eletivas realizadas nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:  $\text{Indicador} = \frac{\text{Número de exames e terapias solicitados pelo médico nos últimos 12 meses}}{\text{Número de consultas eletivas nos últimos 12 meses}} \times 100$

- Polaridade: menor melhor.

### Percentual de clientes fidelizados

- Descrição: Indica a proporção dos clientes da carteira de um cooperado que não realizaram consulta eletiva com outro médico da mesma especialidade nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de clientes da carteira fidelizados nos últimos 12 meses}}{\text{Número de clientes da carteira nos últimos 12 meses}} \times 100$$

- Polaridade: maior melhor.

### Percentual de clientes que consultaram com outro médico da mesma especialidade em até 45 dias

- Descrição: indica o percentual de clientes atendidos que tiveram, pelo menos, uma consulta eletiva com outro médico da mesma especialidade em até 45 dias após a consulta.

- Fórmula de cálculo:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de clientes com consulta eletiva com outro médico da mesma especialidade em até 45 dias}}{\text{Número de clientes com pelo menos uma consulta eletiva nos últimos 12 meses}} \times 100$$

- Polaridade: menor melhor.

### Percentual de exames e terapias autogerados

- Descrição: indica o número de exames complementares e terapias solicitados e executados pelo próprio médico cooperado nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de exames e terapias autogerados solicitados pelo médico ou pela especialidade nos últimos 12 meses}}{\text{Número de exames e terapias solicitados pelo médico ou pela especialidade nos últimos 12 meses}} \times 100$$

- Polaridade: menor melhor.

### Percentual de exames e terapias autogerados (UNCP)

- Descrição: indica o número de exames e terapias autogerados na mesma UNCP, ou seja, solicitados pelo médico ou pela especialidade, e executados na mesma UNCP da solicitação, nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de exames e terapias autogerados solicitados pelo médico ou pela especialidade, e executados na mesma UNCP da solicitação, nos últimos 12 meses}}{\text{Número de exames e terapias solicitados pelo médico ou pela especialidade nos últimos 12 meses}} \times 100$$

- Polaridade: menor melhor.

### Repetição de exames

- Descrição: Indica o percentual de exames repetidos solicitadas pelo cooperado nos últimos 12 meses, precedidas em menos de um ano pela realização do mesmo exame. O exame considerado neste indicador, para a sua especialidade, pode ser visualizado no Regulamento do BEM+ publicado no site do Programa.

- Fórmula de cálculo:

$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de solicitações repetidas do exame}}{\text{Número de solicitações do exame nos últimos 12 meses}} \times 100$$

Polaridade: menor melhor.

## **INDICADORES INDIVIDUAIS APLICADOS PARA BONIFICAÇÃO DE CADA ESPECIALIDADE MÉDICA**

### **Alergia e Imunologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Percentual de Exames e Terapias Autogerados
3. Exame Específico por Consulta
  - a. 40307263 - IGE, POR ALERGENO (CADA) - PESQUISA E/OU DOSAGEM

### **Cardiologia e Cardiologia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Percentual de Exames e Terapias Autogerados

### **Cirurgia Cardiovascular**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Exame Específico por Consulta
  - a. 40901106 - ECODOPPLERCARDIOGRAMA TRANSTORACICO

### **Cirurgia de Cabeça e Pescoço**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Cirurgia do Aparelho Digestivo e Cirurgia Bariátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Exame Específico por Consulta
  - a. 40202615 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA E TESTE DE UREASE (PESQUISA HELICOBACTER PYLORI)

### **Cirurgia Geral**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Exame Específico por Consulta
  - a. 40202615 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA E TESTE DE UREASE (PESQUISA HELICOBACTER PYLORI)

### **Cirurgia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Cirurgia Plástica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Percentual de Clientes que Consultaram com Outro Médico da Mesma Especialidade em até 45 Dias

### **Cirurgia Torácica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Cirurgia Vascular**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Exame Específico por Consulta
  - a. 40901483 - DOPPLER COLORIDO VENOSO DE MEMBRO INFERIOR – UNILATERAL

### **Clínica Médica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Coloproctologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Percentual de Clientes que Consultaram com Outro Médico da Mesma Especialidade em até 45 Dias

### **Dermatologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Endocrinologia e Metabologia e Endocrinologia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Percentual de Clientes Fidelizados

### **Endoscopia Digestiva**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo – considerado o próprio atendimento endoscópico como o procedimento eletivo principal
2. Exame Específico por Consulta
  - a. Códigos 4060 – Grupo exames de Anatomia Patológica e Citopatologia

### **Gastroenterologia e Gastroenterologia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Exame Específico por Consulta
  - a. 40202615 - ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA COM BIOPSIA E TESTE DE UREASE (PESQUISA HELICOBACTER PYLORI)

### **Genética Médica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Geriatría**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Ginecologia e Obstetrícia**

1. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Percentual de Exames e Terapias Autogerados

### **Hematologia e Hemoterapia e Hematologia Pediátrica e Hemoterapia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Infectologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Mastologia**

1. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Percentual de Exames e Terapias Autogerados

### **Medicina Física e Reabilitação**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Percentual de Exames e Terapias Autogerados (UNCP)

### **Nefrologia e Nefrologia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Neurocirurgia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Exame Específico por Consulta:
  - a. 41101014 - RM - CRANIO (ENCEFALO)
  - b. 41101227 - RM - COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR

### **Neurologia Clínica e Neurofisiologia Clínica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Percentual de Clientes que Consultaram com Outro Médico da Mesma Especialidade em até 45 Dias

### **Neurologia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Percentual de Clientes que Consultaram com Outro Médico da Mesma Especialidade em até 45 Dias

### **Oncologia Clínica, Oncologia Pediátrica e Cirurgia Oncológica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Exame Específico por Consulta
  - a. 41001079 - TC – TORAX

### **Ortopedia e Traumatologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Exame Específico por Consulta
  - a. Códigos 4110 – Grupo exames de Ressonância Magnética

### **Oftalmologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Repetição de exames
  - a. Percentual de Solicitações Repetidas de Paquimetria Ultrassônica Monocular

### **Otorrinolaringologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Percentual de Clientes que Consultaram com Outro Médico da Mesma Especialidade em até 45 Dias

### **Pediatria e Homeopatia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Pneumologia e Pneumologia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Percentual de Exames e Terapias Autogerados

### **Psiquiatria**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Percentual de Clientes Fidelizados

### **Radioterapia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Número de Exames e Terapias por Consulta

### **Reumatologia e Reumatologia Pediátrica**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Consultas Eletivas por Médico por Mês
3. Exame Específico por Consulta
  - a. Códigos 4030, 4031 e 4032 – Grupo exames de Medicina Laboratorial

### **Urologia**

1. Custo Médio do Atendimento Eletivo
2. Número de Exames e Terapias por Consulta
3. Exame Específico por Consulta:
  - a. Códigos 4090 – Grupo exames de Ultrassonografia
  - b. Códigos 4100 – Grupo exames de Tomografia Computadorizada

### **Anestesiologia / Medicina intensiva / Medicina intensiva pediátrica / Neonatologia**

A equipe técnica (Comitê de Especialistas, Conselho Técnico e equipe do BEM+) seguem em avaliação para desdobrar os indicadores que serão aplicados para bonificação. Neste momento, a especialidade será bonificada perante os indicadores gerais individuais

## 2. SERVIÇOS PRÓPRIOS - PROVIMENTO À SAÚDE

### 2.1. PA VIRTUAL – UNIMED ÁGIL

#### Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre (Corporativo)

- Mínimo de pesquisas respondidas: 5 no trimestre
- Critérios: Ter pontuação maior ou igual a 4,5 na pesquisa de satisfação do beneficiário, em que o beneficiário avalia o atendimento prestado pelo cooperado.
- Meta do indicador: nota de avaliação maior ou igual a 4,5.
- Polaridade: Maior melhor
- Observação: Apenas o resultado da pesquisa do Serviço Próprio.

#### Quantidade de Exames solicitado por Consulta

- Descrição: indica o número médio de exames complementares solicitados médico cooperado por consultas eletivas realizadas nos últimos 12 meses.
- Fórmula de cálculo: 
$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de exames solicitados pelo médico nos últimos 12 meses}}{\text{Número de consultas eletivas nos últimos 12 meses no PA Virtual}} \times 100$$
- Polaridade: menor melhor.
- Meta: 0,50

#### Quantidade de Atestados com mais de 24h emitidos por consulta

- Descrição: indica o número de atestados com mais de 24 horas emitidos pelo médico cooperado por consultas eletivas realizadas nos últimos 12 meses.
- Fórmula de cálculo: 
$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número de atestados com mais de 24 horas emitido nos últimos 12 meses}}{\text{Número de consultas eletivas nos últimos 12 meses no PA virtual}} \times 100$$
- Polaridade: menor melhor.
- Meta: 0,50

#### Recorrência de Atendimento no PA Virtual

- Descrição: Indica o número de recorrência de consulta PA virtual até 3 dias após consulta PS presencial realizadas nos últimos 12 meses.
- Fórmula de cálculo: 
$$\text{Indicador} = \frac{\text{Quantidade de atendimento no PS presencial em até 3 dias após atendimento no PA Virtual}}{\text{Quantidade de atendimento no PA virtual realizadas nos últimos 12 meses}} \times 100$$
- Polaridade: menor melhor.
- Meta: 15%

## 2.2. CENTRO DE ESPECIALIDADES

### Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre (Corporativo)

- Mínimo de pesquisas respondidas: 5 no trimestre
- Critérios: Ter pontuação maior ou igual a 4,5 na pesquisa de satisfação do beneficiário, em que o beneficiário avalia o atendimento prestado pelo cooperado.
- Meta do indicador: nota de avaliação maior ou igual a 4,5.
- Polaridade: Maior melhor
- Observação: Apenas o resultado da pesquisa do Serviço Próprio

### Quantidade de retornos com mais de 90 dias do Atendimento anterior

- Descrição: Indica o número de atendimentos com mais 90 dias do atendimento anterior realizadas nos últimos 12 meses.
- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Quantidade de atendimento com mais de 90 dias desde o atendimento anterior}}{\text{Quantidade de atendimentos realizadas nos últimos 12 meses}} \times 100$
- Polaridade: Maior melhor.
- Meta: 75%

### Quantidade de Encaminhamentos Corretos

- Descrição: Indica a taxa de encaminhamento realizados corretamente.
- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Encaminhamentos realizados corretamente nos últimos 12 meses}}{\text{Encaminhamentos realizados no mesmo período}} \times 100$
- Polaridade: Maior melhor.
- Meta: 90%

## 2.3. GESTÃO DE CRÔNICOS

### Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre (Corporativo)

- Mínimo de pesquisas respondidas: 5 no trimestre
- Critérios: Ter pontuação maior ou igual a 4,5 na pesquisa de satisfação do beneficiário, em que o beneficiário avalia o atendimento prestado pelo cooperado.
- Meta do indicador: nota de avaliação maior ou igual a 4,5.
- Polaridade: Maior melhor
- Observação: Apenas o resultado da pesquisa do Serviço Próprio

### Percentual de demandas clínica realizada

- Descrição: Indica o percentual da quantidade de demanda clínica realizadas nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Quantidade demanda clínica atendida nos últimos 12 meses}}{\text{Quantidade de demanda clínica realizadas no mesmo período}} \times 100$

- Meta 90%
- Polaridade: Maior melhor.

### Recorrência de Atendimento em PA após consulta no GC

- Descrição: Indica o percentual de atendimentos em PA em até 3 dias após uma consulta realizada no gerenciamento de crônicos nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Quantidade de atendimentos em PA até 3 dias após consulta realizada no GC}}{\text{Quantidade de consulta realizadas no GC}} \times 100$

- Meta: 3,63%
- Polaridade: Menor melhor

## **2.4. PERSONAL**

### Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre (Corporativo)

- Mínimo de pesquisas respondidas: 5 no trimestre
- Critérios: Ter pontuação maior ou igual a 4,5 na pesquisa de satisfação do beneficiário, em que o beneficiário avalia o atendimento prestado pelo cooperado.
- Meta do indicador: nota de avaliação maior ou igual a 4,5.
- Polaridade: Maior melhor
- Observação: Apenas o resultado da pesquisa do Serviço Próprio

### Taxa de consulta em Pronto Atendimento por beneficiário – Atenção Primária a Saúde Personal (Pediatria)

- Descrição: Indica a taxa de consultas em Pronto Atendimento pelos beneficiários Atenção Primária a Saúde Personal (Pediatria) realizadas nos últimos 12 meses.

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Total de de consultas em Pronto Atendimento realizadas no período por beneficiário APS Personal (Pediatria) nos últimos 12 meses}}{\text{Número total da população exposta ativa do APS Personal (Pediatria) no mesmo período}} \times 100$

- Polaridade: Menor melhor.
- Meta: 0,189

### Taxa de exames ambulatoriais em Pronto Atendimento por beneficiário – Atenção Primária a Saúde Personal (Pediatria)

- Descrição: Indica a taxa de exames ambulatoriais (eletivos e urgências) realizados por beneficiário da carteira APS (Pediatria)

Número total de exames ambulatoriais  
(eletivos, urgências e emergências),  
diagnósticos (imagem e laboratorial) realizados  
pelos beneficiários da carteira de APS (Pediatria) no

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{nos últimos 12 meses}}{\text{Número total da população exposta ativa do APS Personal (Pediatria) no mesmo período}} \times 100$

- Polaridade: Menor melhor.
- Meta: 0,342

#### Percentual de encaminhamentos para outras especialidades médicas na atenção secundária – Atenção Primária a Saúde Personal

- Descrição: Indica o percentual de encaminhamentos para outras especialidades médicas na atenção secundária por beneficiários da carteira da Atenção Primária a Saúde Pediatria realizadas nos últimos 12 meses.

Número de encaminhamentos realizados pelos médicos  
da Atenção Primária a Saúde para prestadores médicos  
externos à Atenção Primária a Saúde (atenção secundária)  
*em determinado período*

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Número total de atendimento médicos realizados nos serviços de APS Personal (Pediatria) no mesmo período}}{\text{Número total de atendimento médicos realizados nos serviços de APS Personal (Pediatria) no mesmo período}} \times 100$

- Polaridade: Menor melhor
- Meta: 0,693.

### 3. SERVIÇOS PRÓPRIOS – PAUC

#### NPS

- Descrição: A NPS do atendimento médico é uma métrica essencial para avaliar a satisfação e a lealdade dos pacientes em relação aos serviços médicos prestados. Este indicador ajuda a entendermos a qualidade percebida de seu atendimento e a identificarem áreas de melhoria, garantindo que os pacientes recebam cuidados excepcionais e estejam propensos a recomendar os serviços a outras pessoas.
- Meta do indicador: Maior ou igual a 60%.
- Fórmula de cálculo:  $NPS = \% \text{ Promotores} - \% \text{ Detratores}$ .
- Polaridade: Maior melhor.

#### Tempo de atendimento médico por classificação de risco Verde

- Descrição: O indicador tem o objetivo de monitorar o percentual de atendimentos realizados dentro do prazo estipulado pela classificação de risco do paciente no protocolo de Manchester com classificação VERDE. O método foi feito para distinguir em quais situações há riscos fatais, de perda de função ou mesmo de órgãos, priorizando o atendimento.
- Meta do indicador: Maior ou igual a 97%.
- Fórmula de cálculo:  $\text{Indicador} = \frac{\text{Total atendido no prazo}}{\text{Total classificados verdes}} \times 100$
- Polaridade: Maior melhor.

#### Média de exames solicitados por consulta Consultório

- Descrição: Indicador individual restrito aos atendimentos de consultório das especialidades Clínica Médica, Ortopedia e Pediatria que monitora a média de exames solicitados por atendimento. Serão considerados exames laboratoriais e de imagem.
- Meta do indicador: Média de 0,90 exames por consulta realizada.
- Fórmula de cálculo:  $\text{Indicador} = \frac{\text{Total de exames}}{\text{Total atendimentos}} \times 100$
- Polaridade: Menor melhor.

## 4. SERVIÇOS PRÓPRIOS – HUC

### NPS

- Descrição: A NPS do atendimento médico é uma métrica essencial para avaliar a satisfação e a lealdade dos pacientes em relação aos serviços médicos prestados. Este indicador ajuda a entendermos a qualidade percebida de seu atendimento e a identificarem áreas de melhoria, garantindo que os pacientes recebam cuidados excepcionais e estejam propensos a recomendar os serviços a outras pessoas.
- Meta do indicador: Maior ou igual a 75%.
- Fórmula de cálculo:  $NPS = \% \text{ Promotores} - \% \text{ Detratores}$
- Polaridade: Maior melhor

### Taxa de infecção de sítio cirúrgico

- Descrição: Monitora a taxa de infecções oriundas de cirurgias classificadas como limpas, ou seja, não é esperado infecção por circunstâncias não relacionadas ao ato cirúrgico, dessa forma, serão consideradas as infecções de sítio cirúrgico, em cirurgias limpas, dividido pelo número total de cirurgias limpas, vezes 100.
- Meta do indicador: 0,5%.
- Fórmula de cálculo:  $\text{Indicador} = \frac{\text{Infecção em cirurgias limpas}}{\text{Cirurgias limpas realizadas}} \times 100$
- Polaridade: Menor melhor

### Eficiência do uso do leito DRG

- Descrição: A eficiência do uso de leitos é parte de indicadores analíticos da plataforma DRG, que, com base codificações dos atendimentos, estabelece a permanência ideal de cada paciente para comparação com o efetivo realizado. O escopo será geral, ou seja, pacientes clínicos e cirúrgicos e o percentil utilizado será de 50%.
- Meta do indicador: 95%
- Fórmula de cálculo:  $\text{Indicador} = \frac{\text{Diárias realizadas}}{\text{Diárias Previstas pelo DRG}} \times 100$
- Polaridade: **Maior** melhor

### Percentual de altas de internação clínica até as 10 horas

- Descrição: Esse indicador monitora a quantidade de altas realizadas dentro do horário limite das 10 horas com o objetivo de fortalecer o giro de leitos e aumento da taxa de ocupação hospitalar. Serão considerados os pacientes clínicos exclusivamente, exceto UTI.
- Meta do indicador: 70%
- Fórmula de cálculo: 
$$\text{Indicador} = \frac{\text{Alta até às 10 horas}}{\text{Total de Altas}} \times 100$$
- Polaridade: Maior melhor

### Reinternação na UTI em 48 horas após transferência ou alta

- Descrição: Esse indicador monitora as reinternações na uti realizadas em até 48 horas depois da alta ou transferência.
- Meta do indicador: 1%
- Fórmula de cálculo: 
$$\text{Indicador} = \frac{\text{Reinternação na UTI em até 48 horas}}{\text{Total de Transferências / Altas}} \times 100$$
- Polaridade: Menor melhor

## 5. SERVIÇOS PRÓPRIOS – ADUC

### Participação dos Treinamentos Institucionais

- Meta do indicador: participação maior ou igual a 70%.
- Critérios: Participar dos treinamentos Institucionais do serviço
- Polaridade: Maior melhor

### Percentual de Internações Evitáveis

- Descrição: Prevenção de reinternação a partir da alta no prazo estipulado
- Meta do indicador: Menor que a média da série histórica dos últimos 6 meses (1%)

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Total de internações evitáveis no mês}}{\text{Número total de pacientes de equipe no mês}} \times 100$

- Polaridade: Menor melhor

### Taxa de Reinternação Hospitalar entre 8 e 30 dias da Alta Hospitalar

- Descrição: Prevenção de reinternação a partir da alta no prazo estipulado.
- Meta: Menor que a média da série histórica dos últimos 6 meses (7,7%)

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Número de reinternações entre 8 e 30 dias da alta hospitalar}}{\text{Número total de admissões de origem hospitalar no mês}} \times 100$

- Polaridade: Menor melhor

### Taxa de Assertividade do Plano Terapêutico

- Descrição: Assertividade do plano terapêutico aplicado no tratamento.
- Meta: Igual ou maior de 85%

- Fórmula de cálculo:  $Indicador = \frac{\text{Número de planos terapêuticos conformes}}{\text{Número total de planos terapêuticos avaliados}} \times 100$

- Polaridade: Maior melhor

## 6. CQA – CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL

### NPS

- Descrição: A NPS do atendimento médico é uma métrica essencial para avaliar a satisfação e a lealdade dos pacientes em relação aos serviços médicos prestados. Este indicador ajuda a entendermos a qualidade percebida de seu atendimento e a identificarem áreas de melhoria, garantindo que os pacientes recebam cuidados excepcionais e estejam propensos a recomendar os serviços a outras pessoas.
- Meta do indicador: Maior ou igual a 85%.
- Fórmula de cálculo:  $NPS = \% \text{ Promotores} - \% \text{ Detratores}$
- Polaridade: Maior melhor

## DISPOSIÇÕES GERAIS

O Programa não será aplicado para os atendimentos de qualquer natureza realizados por médicos credenciados e demais profissionais não médicos, mesmo aqueles que recebem por meio de Pessoa Jurídica Cooperada.

O valor do adicional de bonificação variável será considerado para todos os fins como outras despesas operacionais.

O índice de sinistralidade e os indicadores de monitoramento estão disponíveis para acesso via RES, Canal e Aplicativo do Cooperado, de forma que os médicos cooperados possam acompanhar os resultados e a eficiência coletiva da Unimed Campinas.

Informamos que possível omissão deste Regulamento será tratada pelo Comitê do Programa, bem como a análise de qualquer solicitação dos Cooperados referente ao Programa BEM+.

O presente Regulamento entra em vigor em 01 de janeiro de 2023.

Publicação	Controle de Versões	Data de Publicação
#1	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_V6_final.docx	24/11/2022
#2	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_V8_final.docx	16/03/2023
#3	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_v11_final.docx	22/08/2023
#4	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_V12_final.docx	xx/02/2024
#5	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_V13_final.docx	31/07/2024