

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 despesa pagamento *Fee for Service* (remuneração por procedimento).

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

REGRAS DE NOTIFICAÇÃO

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

Contudo, 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.

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.

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 e empresas 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.

As metas individual e coletiva de sinistralidade podem ser acessadas através do RES, Canal do Cooperado e Aplicativo Unimed Campinas - módulo do Cooperado.

A meta da sinistralidade poderá ser alterada de acordo com as premissas traçadas no Planejamento Estratégico da Cooperativa. E o pagamento da bonificação está atrelado a existência de saldo de ato cooperativo.

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.

O programa sempre será atualizado 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 atuação individual de cada cooperado.

A partir destas premissas, o programa da bonificação variável foi dividido em três pilares, sendo notificação, indicadores individuais e outro coletivo.



É fundamental destacar que as metas de bonificação para os indicadores individuais e coletivos são 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 focada 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 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.

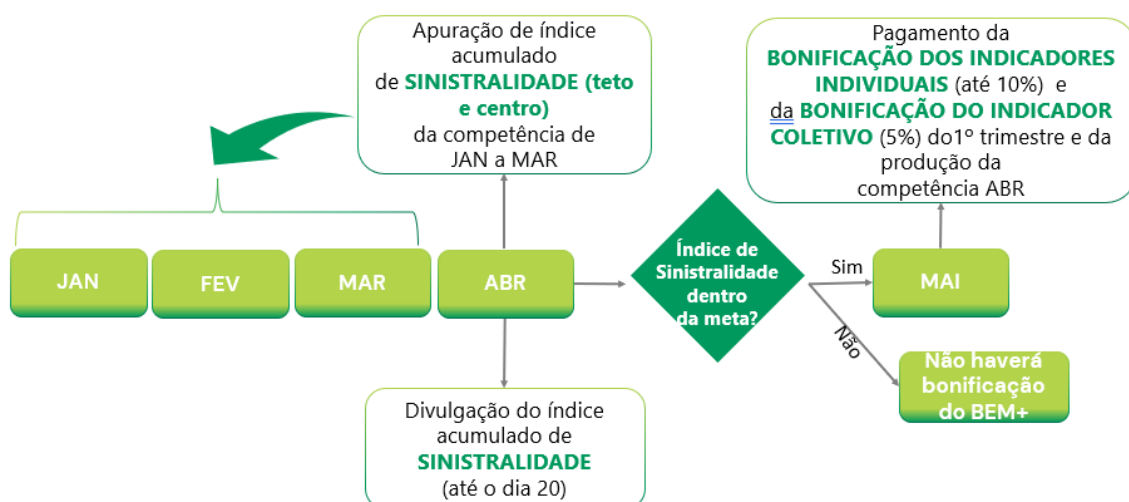
Indicador Coletivo

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 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.

A Bonificação será calculada sobre o total da produção médica do respectivo trimestre, com um teto limite de R\$ 15.000,00 para os indicadores individuais e R\$ 10.000,00 para os indicadores coletivos (a partir do 2º trimestre de 2025), aplicando-se apenas às produções médicas do tipo CONSULTA, HONORÁRIO e SERCOM – SERVIÇOS COMPLEMENTARES (não autogerados na mesma UNCP e classificados como ato médico tempo dependente) relativos a atendimentos de beneficiários Unimed Campinas. Ou seja, a produção médica de intercâmbio não irá compor a base de cálculo.

O cálculo da bonificação exclui serviços complementares autogerados na mesma UNCP e procedimentos de Ato Médico Não Tempo Dependente.

O fluxo de pagamento da bonificação se dará conforme exemplificado abaixo.



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, conteúdo 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).

Serão divulgados os eventos e treinamentos que serão considerados no trimestre para a bonificação.

Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre

Meta do indicador: nota de avaliação maior ou igual a 4.

Mínimo de pesquisas respondidas: 3 no trimestre

Critérios: Ter pontuação maior ou igual a 4 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 mensais no RES ou execução total da sua produção médica em até 5 dias úteis.

Critérios: Disponibilizar agenda mínima de 30 consultas eletivas mensais 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?

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, ou seja, desconsiderados os casos de urgência e solicitações complementares.

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 e terapias solicitados.

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

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.

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

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

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

Polaridade: maior melhor

Número de exames e terapias por consulta

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

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

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.

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

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

Polaridade: menor melhor

Percentual de exames e terapias autogerados

Descrição: indica o percentual do valor total de exames e terapias solicitados e executados pelo próprio médico cooperado nos últimos 12 meses.

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

Polaridade: menor melhor

Percentual de exames e terapias autogerados na UNCP

Descrição: indica o percentual do valor total 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:
$$Indicador = \frac{\text{Valor total de exames e terapias autogerados na mesma uncp nos últimos 12 meses}}{\text{Valor total de exames e terapias solicitados pelo médico ou pela especialidade nos últimos 12 meses}} \times 100$$

Polaridade: menor melhor

Repetição de exames

Descrição: Indica o percentual de exames repetidos solicitados 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 a seguir, no detalhamento dos indicadores de cada especialidade.

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

Polaridade: menor melhor

Consultas de Retorno

Descrição: Indica o percentual de consultas eletivas de retorno executadas pelo cooperado nos últimos 12 meses, em relação a quantidade geral de consultas eletivas executadas pelo cooperado

Fórmula de cálculo:
$$Indicador = \frac{\text{Quantidade de Consultas eletivas de Retorno nos últimos 12 meses}}{\text{Quantidade Geral de Consultas eletivas nos últimos 12 meses}} \times 100$$

Polaridade: Maior 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. Número de Exames e Terapias por Consulta

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

Geriatria

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. Custo Médio do Atendimento Eletivo

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 - 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 /Diagnóstico Por imagem – Ultrassonografia/ Endoscopia Digestiva / Medicina intensiva / Medicina intensiva pediátrica / Neonatologia / Patologia / Patologia Clínica/Medicina Laboratorial / Radiologia e Diagnóstico por imagem

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

SERVIÇOS PRÓPRIOS - PROVIMENTO À SAÚDE

1.1. PA VIRTUAL – UNIMED ÁGIL

Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre

Mínimo de pesquisas respondidas: 5 no trimestre

CrITÉrios: ter pontuação maior ou igual a 4,8 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 4,8.

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 e terapias solicitados pelo médico cooperado por consultas eletivas realizadas nos últimos 12 meses.

Fórmula de cálculo: $Indicador = \frac{\text{Número de exames solicitados pelo médico nos últimos 12 meses}}{\text{Número de consultas eletivas nos últimos 12 meses no PA Virtual}}$

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: $Indicador = \frac{\text{Número de atestados com mais de 24 horas emitido nos últimos 12 meses}}{\text{Número de consultas eletivas nos últimos 12 meses no PA virtual}}$

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: $Indicador = \frac{\text{Quantidade de atendimento no PS presencial em até 3 dias após atendimento no PA Virtual}}{\text{Quantidade de atendimento no PA virtual realizadas nos últimos 12 meses}} \times 100$

Polaridade: menor melhor

Meta: 15%

1.2. CENTRO DE ESPECIALIDADES

Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre

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 de 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%

1.3. GESTÃO DE CRÔNICOS

Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre

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 demanda clínica realizada

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

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

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.

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

Meta: 3,63%

Polaridade: Menor melhor

1.4. PERSONAL

Avaliação na Pesquisa de Satisfação do Beneficiário no Trimestre

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.

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

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)

$$\text{Fórmula de cálculo: } \text{Indicador} = \frac{\text{Número total de exames ambulatoriais (eletivos, urgências e emergências), diagnósticos (imagem e laboratorial) realizados pelos beneficiários da carteira de APS (Pediatria) no nos últimos 12 meses}}{\text{Número total da população exposta ativa do APS Personal (Pediatria) no mesmo período}} \times 100$$

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.

$$\text{Fórmula de cálculo: } \text{Indicador} = \frac{\text{Número de encaminhamentos realizados pelos médicos da Atenção Primária a Saúde para prestadores médicos externos à Atenção Primária a Saúde (atenção secundária) em determinado período}}{\text{Número total de atendimento médicos realizados nos serviços de APS Personal (Pediatria) no mesmo período}} \times 100$$

Polaridade: Menor melhor

Meta: 0,693

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: $\text{Indicador} = \frac{\text{Total de exames}}{\text{Total atendimentos}}$

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.

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 nas 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: Menor 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

SERVIÇOS PRÓPRIOS – ADUC

Participação dos Treinamentos Institucionais

Meta do indicador: participação maior ou igual a 70%.

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

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

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

Polaridade: Maior melhor

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

CONFORMIDADE DOS DOCUMENTOS DO PRONTUÁRIO

Descrição: Este indicador mede a proporção de documentos do prontuário que possuem assinatura eletrônica, garantindo a autenticidade e segurança, conforme a RDC e o código de ética médica.

Meta do indicador: 90%

Fórmula de cálculo:
$$\text{Indicador} = \frac{\text{Número total de prontuários com assinatura}}{\text{Número total de prontuários avaliados}} \times 100$$

Polaridade: Maior melhor

TAXA DE ADESÃO AO TREINAMENTO DE QUALIDADE E SEGURANÇA DO PACIENTE

Descrição: Este indicador mede a adesão do corpo clínico aos treinamentos de qualidade e segurança do paciente, promovidos através da plataforma EDUCA. Os treinamentos cobrem temas como as 6 Metas Internacionais de Segurança do Paciente, Riscos Assistenciais, Padrão de Siglas, Notificações e Campanhas Institucionais

Meta do indicador: Igual ou maior que 60%

Polaridade: Maior melhor

DETALHAMENTO DOS MOTIVOS DE NOTIFICAÇÃO

CORPORATIVO

SOLICITAÇÕES FORA DO ROL DA ANS, SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTO SEM O DEVIDO SEGUIMENTO DA DUT, SOLICITAÇÕES SEM COBERTURA CONTRATUAL E SOLICITAÇÕES EM DESACORDO COM NORMATIVAS (NORMA TÉCNICA, DIRETORIA MÉDICO SOCIAL, DIRETORIA ÁREA HOSPITALAR SERVIÇOS CREDENCIADOS, INSTRUÇÃO NORMATIVA, ETC) VIGENTES DA UNIMED CAMPINAS

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, referência, etc). Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados planos regulamentados. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas somente para aqueles que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde.

Na saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias em saúde, bem como a definição de regras para sua utilização, regulamentada pela Resolução Normativa nº 470/2021, é definida pela ANS por meio dos sucessivos ciclos de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que ocorrem continuamente.

Tanto pessoas físicas quanto pessoas jurídicas interessadas podem encaminhar suas propostas de atualização do Rol, contando com a participação do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE. Este comitê de caráter consultivo é um fórum pelo qual se estabelece o diálogo permanente com os agentes da saúde suplementar e a sociedade.

Para saber se um determinado procedimento faz parte da cobertura mínima que a operadora é obrigada a oferecer, consulte o Rol pelo site da ANS em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/verificar-cobertura-de-plano-de-saude>.

Nesta mesma tela, é possível verificar os critérios de liberação do procedimento pesquisado, caso este tenha DUT (Diretrizes de Utilização).

As Diretrizes de Utilização (DUT) são regras e normas elaboradas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) que servem para orientação e regulamentação do uso adequado de procedimentos médicos e exames complementares. Elas são descritas e baseadas em estudos médicos com a finalidade de utilização das novas tecnologias ou exames que realmente possam trazer benefícios para o paciente ou que auxiliem os médicos no diagnóstico de doenças.

O cooperado será notificado perante solicitações fora do Rol da ANS, solicitações sem cobertura contratual e solicitações em desacordo com Normativas (Norma Técnica, DMS, DAHSC, Instrução Normativa, etc) vigentes da Unimed Campinas. O cooperado poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

SOLICITAÇÕES, PARA A UNIMED CAMPINAS, DE PROCEDIMENTOS COM TECNOLOGIAS AINDA NÃO INCORPORADAS PELA COOPERATIVA

De acordo com a Organização Mundial da Saúde, Tecnologia em Saúde é a “aplicação de conhecimentos e habilidades organizados na forma de dispositivos, medicamentos, vacinas, procedimentos e sistemas desenvolvidos para resolver um problema de saúde e melhorar a qualidade de vida”. O termo “Tecnologia em Saúde” abrange, então, um conjunto de aparatos com o objetivo de promover a saúde, prevenir e tratar as doenças e reabilitar as pessoas, incluindo: medicamentos; dispositivos médicos; procedimentos; triagem diagnóstica; sistemas organizacionais e de suporte dentro dos quais os cuidados à saúde são oferecidos.

Novas tecnologias têm sido lançadas no mercado todos os dias e, com isso, crescem as demandas para utilizá-las. No entanto, oferecer todas as tecnologias disponíveis no mercado para todas as pessoas, inviabilizaria a sustentabilidade da Operadora. Além disso, essas tecnologias nem sempre apresentam benefícios reais ou segurança satisfatória quando comparadas as demais alternativas terapêuticas disponíveis, quando estas existem.

A Unimed Campinas tem se preocupado em identificar as reais necessidades de saúde dos seus beneficiários, avaliar as tecnologias existentes, eleger as prioritárias e organizar o acesso aos serviços e produtos.

O cooperado será notificado perante solicitações, para a Unimed Campinas, de procedimentos com tecnologias ainda não incorporadas pela Cooperativa. O cooperado poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

URGENCIALIZAÇÃO DE EXAMES E PROCEDIMENTOS

O ato de solicitar exames e procedimentos com o status urgente faz com que a solicitação não fique sujeita a todas as validações e ao fluxo usual da Regulação Médica. Portanto, nesses cenários, os médicos reguladores podem emitir parecer favorável (aprovando a solicitação) ou desfavorável (reprovando a solicitação), de acordo com a justificativa e com os parâmetros sistêmicos.

A prática de classificar situações eletivas como "urgência" é comumente conhecida como "urgencialização de exames e procedimentos" e não é defendida pela Cooperativa.

O cooperado que for notificado perante solicitações com urgencializações de exames e procedimentos poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

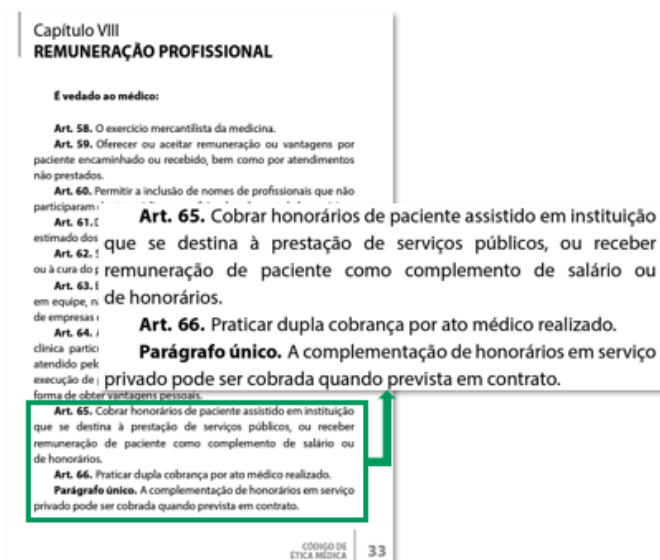
COBRANÇA PARTICULAR INDEVIDA DE PROCEDIMENTOS, EXAMES E CONSULTAS DOS BENEFICIÁRIOS UNIMED CAMPINAS

É vedada a cobrança de valores adicionais por procedimentos, exames, consultas ou qualquer outra prestação de serviço que tenha cobertura obrigatória pelo plano contratado.

Caso o prestador de serviço de saúde anuncie a cobrança de valores adicionais para o beneficiário, está cometendo uma irregularidade não só perante à Operadora, mas também perante à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que regula e fiscaliza as operadoras de planos de saúde, além de contrariar o Código de Defesa do Consumidor - Lei 8078/90 e de Ética Médica.

Diante de cobrança extra, o beneficiário geralmente entra em contato com a Operadora para expor a situação e/ou solicitar reembolso pelo procedimento cobrado. Há ainda a possibilidade de abertura de procedimento administrativo na ANS, que pode resultar na aplicação de multa.

Nas localidades em que o acesso seja gravemente comprometido, a ANS poderá ainda determinar a suspensão da comercialização de planos de saúde até que o acesso seja restabelecido, sem prejuízo das penalidades cabíveis.



O cooperado que for notificado perante cobranças particulares indevidas de procedimentos, exames e consultas dos beneficiários Unimed Campinas poderá se justificar durante o processo de apuração da denúncia. Ao final do processo de apuração, o cooperado será notificado.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

NIP (NOTIFICAÇÃO POR INTERMEDIÇÃO PRELIMINAR) E AÇÕES NO PROCON

A NIP (Notificação de Intermediação Preliminar) é o instrumento de mediação que visa a solução consensual de conflitos entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. A partir da demanda cadastrada pelo usuário através dos canais de atendimento da ANS, a operadora é notificada, por meio eletrônico, e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias à solução do problema.

Essas notificações são classificadas em duas situações:

- **NIP assistencial:** notificação que tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.
- **NIP não assistencial:** notificação que tem como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

Embora possam evitar a judicialização, as NIP's podem impactar diretamente nas finanças dos planos de saúde e, como consequência, nos valores das mensalidades.

Toda vez que a operadora é autuada com uma NIP, corre o risco de ser obrigada a pagar uma multa. Para cada tipo de demanda existe um valor de multa correspondente. Os valores mais altos podem variar de R\$ 80 mil a R\$ 250 mil. A operadora ainda corre o risco de ter o seu produto suspenso de ser comercializado.

O cooperado que for notificado perante NIP e ações no PROCON atreladas a solicitações fora de cobertura pelo cooperado, poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

AÇÕES JUDICIAIS

Um estudo produzido pelo Insper, divulgado pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ), aponta que a judicialização contra os planos de saúde cresceu 30% entre anos 2022 e 2023.

A judicialização da saúde se refere à busca do Judiciário como a última alternativa para obtenção do medicamento ou tratamento ora negados. Muitas vezes, demandas individuais não previstas nos contratos e tampouco contempladas pela legislação em vigor.

Quando essas demandas individuais são atendidas, mesmo que em caráter temporário, comprometem a capacidade orçamentária necessária para atender o coletivo.

“Não é possível oferecer tudo, o tempo todo, para todo mundo. Se um indivíduo entra na justiça para pleitear algo que não está no seu contrato, seja algo não coberto pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), está forçando o plano de saúde a arcar com uma conta que não deveria.”

(IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar, 2019)

O gasto adicional, certamente, entrará na conta da Operadora para o reajuste da contraprestação do ano seguinte, gerando um círculo vicioso. Descontentes com o reajuste, mais pessoas vão acessar a Justiça para contestar o que consideram um abuso; outros beneficiários deixarão o plano por não poder arcar com o aumento de custos; e, o sistema se torna mais caro para todo mundo. O que não é bom para ninguém.

O cooperado que for notificado perante ações judiciais atreladas a solicitações fora de cobertura, poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

SOLICITAÇÕES DE CÓDIGOS POR SIMILARIDADE

A solicitação de códigos por similaridade e/ou analogia ocorre quando se é verificada uma codificação que não traduz exatamente o tratamento cirúrgico que será realizado ou até mesmo quando é solicitada uma codificação "alternativa", sendo que a codificação dedicada já consta no Rol de Procedimentos.

O cooperado que for notificado perante solicitações de código por similaridade poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

SOLICITAÇÕES DE MATERIAIS, MEDICAMENTOS E OPME NÃO NORMATIZADOS

A cobertura de OPME (Órteses, Próteses e Medicamentos Especiais) é uma obrigatoriedade estabelecida para a ANS para os planos privados de assistência à saúde. Contudo, não é indicado

que os cooperados solicitem OPMEs não normatizados na Unimed Campinas. Entende-se por OPMEs normatizados e não normatizados:

OPMEs normatizados: são aqueles que estão relacionados com um determinado procedimento médico constante no ROL da ANS e possuem ou não uma norma técnica vigente na Unimed. Quando não possuem norma técnica, foram validados ao longo do tempo pela auditoria médica. O material normatizado também é o material negociado, ou seja, não basta possuir aval técnico, mas também é necessário que o item esteja previamente acordado pela Cooperativa junto ao fornecedor.

OPMEs não normatizados: são aqueles que ainda não foram validados pelo conselho técnico e/ou regulação médica, geralmente não imprescindíveis, de alto custo e muitas vezes não negociados na Cooperativa.

O cooperado que for notificado perante solicitações de materiais, medicamentos e OPMEs não padronizados poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

INTERNAÇÕES COM INEFICIÊNCIA OPERACIONAL (DRG)

O tempo de permanência hospitalar é um indicador crítico da eficiência na gestão assistencial. Internações prolongadas representam desperdício de recursos, aumento de riscos assistenciais e impacto negativo nos resultados operacionais das instituições de saúde.

A metodologia DRG (Diagnosis Related Groups) permite uma análise detalhada da eficiência das internações, identificando oportunidades de melhoria na gestão dos leitos hospitalares e promovendo um cuidado mais seguro e de maior valor para os pacientes.

Com base nessa metodologia, a cooperativa realizará o monitoramento contínuo das internações com indícios de ineficiência operacional e notificará os cooperados sempre que forem identificadas inconformidades, com o objetivo de promover:

- Jornadas hospitalares mais seguras, com redução de complicações e de condições adquiridas no ambiente hospitalar;
- Administração mais eficaz da permanência hospitalar, com otimização do giro de leitos;
- Avaliação da efetividade de programas voltados à redução de internações prolongadas;
- Gestão qualificada de pacientes crônicos e de alta complexidade;
- Processos de desospitalização seguros e coordenados;
- Melhoria da qualidade assistencial e redução da sinistralidade;
- Valorização dos profissionais da saúde envolvidos no cuidado;

O cooperado que for notificado pelas internações com ineficiência operacional no período, considerando o maior número de diárias excedentes poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a

justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas

URGENCIALIZAÇÃO NAS INTERNAÇÕES

O ato de solicitar internações com status urgência para acelerar a admissão do paciente no hospital, faz com que a internação não fique sujeita a todas as validações e ao fluxo usual da Auditoria Médica. Portanto, nesses cenários, os médicos auditores podem comprovar a urgencialização após análise.

A prática de classificar situações eletivas como "urgência" é comumente conhecida como "urgencialização" e não é defendida pela Cooperativa.

O cooperado que for notificado perante urgencialização de internação comprovada após análise do médico auditor poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

DENÚNCIAS RECEBIDAS E APURADAS PELOS CANAIS DE COMPLIANCE E OUVIDORIA, ABERTURA DE PROCEDIMENTOS ADMINISTRATIVOS E AÇÕES CREMESP

Serão notificados os cooperados que tiverem denúncias pelos canais de Compliance e Ouvidoria, em investigação, ou consideradas procedentes pelo Comitê de Ética e Compliance ou que geraram pontuação pela Política de Consequências para Desvios de Conduta dos Cooperados da Unimed Campinas; caso a cooperativa abra um Procedimento Administrativo contra o cooperado (durante o período de apuração e julgamento, o cooperado não receberá a bonificação); e ações no CREMESP, em investigação e consideradas procedentes pelo Conselho.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

O cooperado em trâmite de apuração de denúncias ficará suspenso do programa até que seja concluída. Caso a denúncia seja finalizada como não procedente, todas as bonificações que ficaram suspensas serão pagas para o cooperado junto com a produção do mês vigente.

O cooperado poderá se justificar durante o processo de apuração das denúncias. Ao final do processo, o cooperado será notificado.

FALTA DE RETORNO E/OU FALTA DE INTEGRIDADE NAS RESPOSTAS AOS QUESTIONAMENTOS DA AUDITORIA OU REGULAÇÃO MÉDICA

A comunicação rápida e assertiva entre os cooperados e a Regulação e Auditoria Médica impulsiona a qualidade dos serviços prestados, melhora a eficiência operacional e fortalece a gestão de riscos. É essencial para a construção e manutenção da confiança dos cooperados e para a capacidade contínua de aprimoramento da cooperativa.

A ausência de retorno pode expor a cooperativa a custos desnecessários ou, ainda, a penalidades legais e regulatórias, em virtude dos prazos limites determinados pela Agência Nacional de Saúde - ANS.

Portanto, destacamos a relevância do retorno e integridade nas respostas encaminhadas a Regulação ou Auditoria Médica, devendo se evitar respostas apenas com caracteres especiais ou letras, pois comprometem a clareza das informações fornecidas, e a atuação necessária das equipes técnicas. Com isso, garantimos uma melhor experiência e assistência ao nosso cliente.

O cooperado será notificado perante falta de retorno e/ou falta de integridade nas respostas aos questionamentos da auditoria ou regulação médica e poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

RECORRÊNCIA EM SOLICITAÇÕES DE PROCEDIMENTOS/MATERIAIS/MEDICAMENTOS QUE LEVEM A REALIZAÇÃO DE JUNTA MÉDICA E RECUSA EM ASSISTIR O BENEFICIÁRIO APÓS PARECER DESFAVORÁVEL DE JUNTA MÉDICA

A recusa em assistir um beneficiário após um parecer desfavorável de Junta Médica pode acarretar uma série de implicações críticas para uma Cooperativa Médica. Este cenário destaca a relevância de abordar com responsabilidade e sensibilidade as decisões relacionadas à prestação de cuidados de saúde.

A decisão de recusar assistir um beneficiário com base em um parecer desfavorável da Junta Médica levanta questões éticas relacionadas ao acesso equitativo aos serviços de saúde. A cooperação ética na medicina implica o compromisso de fornecer cuidados adequados, independentemente de circunstâncias individuais.

A recusa em fornecer assistência após uma avaliação desfavorável pode gerar desconfiança por parte dos beneficiários e do público em geral. Isso pode resultar em uma queda na adesão de novos contratos, bem como na possível perda de existentes, prejudicando a credibilidade da cooperativa no mercado.

A negação de assistência com base em um parecer desfavorável deve ser avaliada em conformidade com as regulamentações e leis pertinentes. Falhar em cumprir esses requisitos

pode resultar em implicações legais, incluindo ações judiciais e sanções, com impactos financeiros e reputacionais.

A recusa em assistir um beneficiário também pode comprometer a relação médico-paciente. A confiança entre o paciente e o prestador de cuidados de saúde é fundamental para um tratamento eficaz. Uma decisão de recusa após uma avaliação desfavorável pode minar essa confiança, resultando em uma relação prejudicada e dificultando futuras interações.

No âmbito operacional, a recusa em fornecer assistência pode impactar a eficiência e a gestão de recursos da cooperativa. Caso essa decisão não seja tomada com base em critérios claros e transparentes, a alocação inadequada de recursos pode ocorrer, afetando negativamente o desempenho operacional e potencialmente resultando em desperdício de recursos.

O cooperado será notificado perante recorrência em solicitações de procedimentos/materiais/medicamentos que levem a realização de junta médica e também pela recusa em assistir o beneficiário após parecer desfavorável de junta médica. E poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

NÃO CONFORMIDADE NA PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS EM DESACORDO COM A AVALIAÇÃO DA COOPERATIVA

A prescrição de medicamentos de marca específica, quando existe a possibilidade de substituição por um equivalente terapêutico de menor custo, é uma prática que demanda atenção no contexto da saúde suplementar. Em muitas situações, o médico cooperado solicita ao beneficiário um medicamento de marca específica que, ao ser revisado pela equipe reguladora, é identificado como passível de substituição por uma alternativa genérica ou de menor custo, sem prejuízo à eficácia e segurança do tratamento. Apesar da avaliação do regulador, o cooperado, por vezes, insiste na solicitação do medicamento de marca original, desconsiderando a recomendação de substituição.

Essa atitude gera impactos diretos no aumento da sinistralidade, uma vez que os medicamentos de marca possuem, em geral, um custo significativamente mais elevado em comparação às suas versões genéricas ou similares. A prática de não seguir as orientações do regulador da cooperativa desrespeita princípios fundamentais de otimização dos recursos assistenciais, comprometendo a sustentabilidade financeira da cooperativa e dos serviços oferecidos.

A substituição por medicamentos equivalentes comprovados, como genéricos ou similares, visa garantir que o paciente receba o tratamento adequado com custos controlados, sem prejuízo à qualidade ou eficácia clínica.

O cooperado será notificado perante a insistência na prescrição de medicamentos de marca, em desacordo com a recomendação do regulador da Cooperativa e poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

A adesão às orientações da auditoria reguladora e o respeito às diretrizes estabelecidas são essenciais para manter a qualidade do atendimento e garantir a sustentabilidade financeira da cooperativa, sem comprometer o cuidado aos pacientes.

MAIORES SOLICITANTES DE SADT DA COOPERATIVA

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos os cooperados PF que estiverem entre os solicitantes de maiores custos de SADTs da cooperativa

Serão identificados os cooperados que solicitarem nos últimos 12 meses o valor total de SADT acima do percentil 99, comparados a todos os demais cooperados, e ainda serão considerados apenas os solicitantes que estiverem acima da mediana de sua especialidade principal.

Quando um cooperado está acima do percentil 99, significa que 99% dos demais cooperados solicitaram um custo total de SADTs menor. Também indica que o solicitante em questão faz parte do grupo de 1% dos solicitantes de maiores custos de SADTs.

Valorizar o trabalho médico, reduzir os desperdícios assistenciais e assegurar excelência no atendimento aos clientes e na prestação de serviços, com a realização de uma boa prática médica, são os grandes desafios da nossa Cooperativa.

A solicitação de procedimento bem indicado, por mais caro que seja, é válida. A solicitação de procedimento desnecessário ou mal indicado, por mais barato que seja, é DESPERDÍCIO.

SERVIÇOS PRÓPRIOS

CQA – CENTRO DE QUIMIOTERAPIA AMBULATORIAL

GUIA NEGADA EM PROTOCOLOS CLÍNICOS DE TRATAMENTO ONCOLÓGICO

A negativa de guias em protocolos clínicos de tratamento oncológico é um tema delicado e frequentemente abordado na prática de auditoria médica. No âmbito da Saúde Suplementar, principalmente dentro das cooperativas médicas, a aprovação de tratamentos oncológicos segue diretrizes rígidas para garantir tanto a eficácia terapêutica quanto a sustentabilidade financeira dos serviços prestados.

Os protocolos clínicos estabelecem uma série de critérios baseados em evidências científicas e diretrizes nacionais e internacionais. Estes critérios são necessários para guiar o uso apropriado de medicamentos, procedimentos e terapias dentro do contexto do tratamento oncológico. A aprovação de guias dentro destes protocolos depende, essencialmente, do alinhamento das solicitações médicas com tais diretrizes.

É crucial que os cooperados estejam cientes das diretrizes vigentes e mantenham a comunicação clara e detalhada com a auditoria médica. Solicitações bem fundamentadas, acompanhadas de documentação clínica robusta e alinhadas com as diretrizes de protocolos, são menos propensas a negações. O conhecimento e o cumprimento dos protocolos estabelecidos não apenas facilitam a aprovação de guias, mas também asseguram um atendimento de qualidade e dentro dos parâmetros técnicos e éticos estabelecidos pela cooperativa médica.

O cooperado PF que for notificado perante solicitações de guias negadas em protocolos clínicos de tratamento oncológico, poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

TEMPO DE RESPOSTAS E-MAIL AUDITORIA DE GUIAS

Garantir respostas ágeis e eficientes aos e-mails enviados pela Auditoria de Guias é uma prática essencial na gestão de processos assistenciais, visando à manutenção da qualidade e eficiência nos serviços de saúde oferecidos. A interação oportuna entre os médicos cooperados e a equipe de Emissão de Guias é crucial para o fluxo adequado das aprovações e para a garantia da conformidade com as diretrizes estabelecidas.

A auditoria de guias desempenha um papel fundamental na avaliação e validação das solicitações médicas, assegurando que todas as intervenções propostas estejam de acordo com os protocolos clínicos e regulamentos vigentes. Para isso, a colaboração dos médicos no envio de informações complementares e na adequação dos documentos solicitados é vital.

É imperativo que os médicos cooperados mantenham uma vigilância constante sobre as comunicações eletrônicas e respondam prontamente às solicitações da Auditoria de Guias. A eficiência nas respostas contribui para a melhoria dos processos internos, otimiza o atendimento ao paciente e fortalece a posição da cooperativa como uma entidade comprometida com a excelência e a conformidade regulatória. Além disso, manter um fluxo de comunicação eficaz demonstra profissionalismo e respeito pelo trabalho em equipe, valores essenciais no ambiente de saúde cooperativa.

O cooperado que for notificado por não responder em até 72 horas às solicitações via e-mail feitas pela Auditoria de Guias poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

PROVIMENTO À SAÚDE

PLANTÕES INICIADOS NO PRAZO

O cumprimento do início dos plantões no prazo estipulado é um fator crucial para o funcionamento eficiente das operações médicas em uma cooperativa de saúde. A pontualidade no início dos plantões garante a continuidade no atendimento e evita interrupções que podem comprometer o cuidado ao paciente e o funcionamento da unidade de saúde.

O início pontual dos plantões é um componente essencial da prática médica colaborativa e eficiente. Manter a pontualidade fortalece a confiança entre os profissionais de saúde, melhora a qualidade do atendimento e garante que a experiência dos pacientes seja positiva e segura. Ao priorizar o cumprimento dos horários de plantão, os médicos cooperados demonstram um compromisso claro com a excelência profissional e o cuidado contínuo, pilares fundamentais para o sucesso da cooperativa de saúde.

O cooperado que for notificado por não iniciar os plantões no prazo estipulado poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

ASSINATURA DE PRONTUÁRIOS

A assinatura de prontuários é um ato essencial na prática médica, fundamental para a validação e integridade dos registros clínicos dos pacientes. A documentação adequada e a assinatura dos prontuários garantem que todas as intervenções médicas, diagnósticos e tratamentos estejam devidamente registrados, refletindo a precisão e a responsabilidade no atendimento.

A assinatura de prontuários não é apenas um requisito administrativo, mas um componente crucial da prática clínica responsável e ética. Ao assegurar que todos os prontuários estejam devidamente assinados, os médicos cooperados demonstram um compromisso claro com a integridade dos registros clínicos, a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. Esta prática reflete a excelência profissional e a adesão aos mais altos padrões de responsabilidade e cuidado, fundamentais para o sucesso e a reputação da cooperativa médica.

O cooperado que for notificado por não assinar prontuários no prazo adequado poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze

dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

ATENDIMENTO DOMICILIAR UNIMED CAMPINAS - ADUC

NIP – NOTIFICAÇÕES POR INTERMEDIÇÃO PRELIMINAR

A NIP (Notificação de Intermediação Preliminar) é o instrumento de mediação que visa a solução consensual de conflitos entre operadoras e beneficiários de planos de saúde. A partir da demanda cadastrada pelo usuário através dos canais de atendimento da ANS, a operadora é notificada, por meio eletrônico, e tem até dez dias úteis para adotar as medidas necessárias à solução do problema.

Essas notificações são classificadas em duas situações:

- **NIP assistencial:** notificação que tem como referência toda e qualquer restrição de acesso à cobertura assistencial.
- **NIP não assistencial:** notificação que tem como referência outros temas que não a cobertura assistencial, desde que o beneficiário seja diretamente afetado pela conduta e a situação seja passível de intermediação.

Embora possam evitar a judicialização, as NIP's podem impactar diretamente nas finanças dos planos de saúde e, como consequência, nos valores das mensalidades.

Toda vez que a operadora é autuada com uma NIP, corre o risco de ser obrigada a pagar uma multa. Para cada tipo de demanda existe um valor de multa correspondente. Os valores mais altos podem variar de R\$ 60 mil a R\$ 250 mil. A operadora ainda corre o risco de ter o seu produto suspenso de ser comercializado.

O cooperado que for notificado perante NIP e ações no PROCON atreladas a solicitações fora de cobertura pelo cooperado poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

FALTA DE RETORNO PARA O NAT, DENTRO DO PRAZO ESTABELECIDO.

O cumprimento dos prazos estabelecidos para retorno ao Núcleo de Apoio Técnico (NAT) é essencial para a gestão eficaz dos processos assistenciais e administrativos dentro da cooperativa médica. O NAT desempenha um papel crucial na análise e aprovação de procedimentos, tratamentos e autorizações, e o retorno tempestivo das informações solicitadas é fundamental para garantir a continuidade e a eficiência do atendimento ao paciente.

A importância do retorno ao NAT dentro do prazo estabelecido não pode ser subestimada. Esta prática é fundamental para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento ao paciente, a eficiência dos processos operacionais e a conformidade com as normas regulamentares. Ao assegurar que as informações sejam fornecidas de maneira oportuna, os médicos cooperados demonstram um compromisso com a excelência na prestação de cuidados de saúde e com a responsabilidade profissional, contribuindo para um sistema de saúde mais eficaz e centrado no paciente.

O cooperado que for notificado por falta de retorno ao NAT dentro do prazo estabelecido poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

SOLICITAÇÕES FORA DO ROL DA ANS, SOLICITAÇÕES SEM COBERTURA CONTRATUAL E SOLICITAÇÕES EM DESACORDO COM NORMATIVAS (NORMA TÉCNICA, DMS, DAHSC, INSTRUÇÃO NORMATIVA, ETC) VIGENTES DA UNIMED CAMPINAS

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a listagem mínima obrigatória de exames, consultas, cirurgias e demais procedimentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer, conforme cada tipo de plano de saúde (ambulatorial, hospitalar com ou sem obstetrícia, etc). Essa lista é válida para os planos contratados a partir de 02 de janeiro de 1999, os chamados planos regulamentados. É válida também para os planos contratados antes dessa data, mas somente para aqueles que foram adaptados à Lei dos Planos de Saúde.

Na saúde suplementar, a incorporação de novas tecnologias em saúde, bem como a definição de regras para sua utilização, regulamentada pela Resolução Normativa nº 470/2021, é definida pela ANS por meio dos sucessivos ciclos de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde que ocorrem continuamente.

Tanto pessoas físicas quanto pessoas jurídicas interessadas podem encaminhar suas propostas de atualização do Rol, contando com a participação do Comitê Permanente de Regulação da Atenção à Saúde - COSAÚDE. Este comitê de caráter consultivo é um fórum pelo qual se estabelece o diálogo permanente com os agentes da saúde suplementar e a sociedade.

Para saber se um determinado procedimento faz parte da cobertura mínima que a operadora é obrigada a oferecer, consulte o Rol pelo site da ANS em: <https://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/o-que-o-seu-plano-de-saude-deve-cobrir/verificar-cobertura-de-plano-de-saude>.

Nesta mesma tela, é possível verificar os critérios de liberação do procedimento pesquisado, caso este tenha DUT (Diretrizes de Utilização).

As Diretrizes de Utilização (DUT) são regras e normas elaboradas pela Agência Nacional de Saúde (ANS) que servem para orientação e regulamentação do uso adequado de procedimentos médicos e exames complementares. Elas são descritas e baseadas em estudos médicos com a finalidade de utilização das novas tecnologias ou exames que realmente possam trazer benefícios para o paciente ou que auxiliem os médicos no diagnóstico de doenças.

O cooperado que for notificado perante solicitações fora do Rol da ANS, solicitações sem cobertura contratual e solicitações em desacordo com Normativas (Norma Técnica, DMS, DAHSC, Instrução Normativa, etc) vigentes da Unimed Campinas, poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

HOSPITAL UNIMED CAMPINAS – HUC

AValiação Qualitativa – Prontuário Eletrônico

A avaliação qualitativa dos prontuários eletrônicos é um processo vital para garantir a qualidade e a integridade das informações clínicas registradas. Esta avaliação é conduzida pelas comissões de Prontuário e Óbito e visa assegurar que os prontuários eletrônicos contenham registros precisos, completos e alinhados com as melhores práticas clínicas e regulamentares. A análise sistemática e aleatória dos prontuários contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde oferecidos pela cooperativa.

A avaliação qualitativa dos prontuários eletrônicos é um componente essencial da gestão da qualidade na assistência médica. Ao garantir que os registros sejam completos, precisos e conformes com as melhores práticas, a cooperativa fortalece a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a eficiência operacional. A prática de revisar os prontuários de forma aleatória e amostral, sem metas individuais por médico, reflete um compromisso com a equidade e a representatividade na avaliação, promovendo uma cultura de excelência e responsabilidade na documentação clínica.

O cooperado que for notificado por não conformidade na avaliação qualitativa dos prontuários eletrônicos poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

MANIFESTAÇÃO DE CLIENTES EXTERNOS

A manifestação negativa do cliente representa um feedback essencial para a melhoria contínua dos serviços prestados pela cooperativa médica. Estas manifestações podem envolver reclamações sobre a qualidade do atendimento, a comunicação com a equipe de saúde, ou a eficácia dos tratamentos oferecidos. Abordar essas questões com seriedade e eficácia é fundamental para assegurar a satisfação do paciente, a qualidade do cuidado, e a reputação da cooperativa.

A manifestação negativa do cliente, quando gerida de forma eficaz, pode ser uma ferramenta poderosa para a melhoria dos serviços de saúde. Ao abordar essas manifestações com seriedade, a cooperativa demonstra um compromisso com a satisfação do paciente, a qualidade do atendimento e a melhoria contínua. A resposta proativa e a implementação de medidas corretivas refletem a dedicação à excelência e à responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, fortalecendo a confiança dos pacientes e a reputação da cooperativa.

O cooperado que for notificado por não resolver de maneira satisfatória uma manifestação negativa do cliente, poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

PRONTO ATENDIMENTO UNIMED CAMPINAS – PAUC

AVALIAÇÃO QUALITATIVA – PRONTUARIO ELETRONICO

A avaliação qualitativa dos prontuários eletrônicos é um processo vital para garantir a qualidade e a integridade das informações clínicas registradas. Esta avaliação é conduzida pelas comissões de Prontuário e Óbito e visa assegurar que os prontuários eletrônicos contenham registros precisos, completos e alinhados com as melhores práticas clínicas e regulamentares. A análise sistemática e aleatória dos prontuários contribui para a melhoria contínua dos serviços de saúde oferecidos pela cooperativa.

A avaliação qualitativa dos prontuários eletrônicos é um componente essencial da gestão da qualidade na assistência médica. Ao garantir que os registros sejam completos, precisos e conformes com as melhores práticas, a cooperativa fortalece a segurança do paciente, a continuidade do cuidado e a eficiência operacional. A prática de revisar os prontuários de forma aleatória e amostral, sem metas individuais por médico, reflete um compromisso com a

equidade e a representatividade na avaliação, promovendo uma cultura de excelência e responsabilidade na documentação clínica.

o cooperado que for notificado por não conformidade na avaliação qualitativa dos prontuários eletrônicos poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

MANIFESTAÇÃO DE CLIENTES EXTERNOS

A manifestação negativa do cliente representa um feedback essencial para a melhoria contínua dos serviços prestados pela cooperativa médica. Estas manifestações podem envolver reclamações sobre a qualidade do atendimento, a comunicação com a equipe de saúde, ou a eficácia dos tratamentos oferecidos. Abordar essas questões com seriedade e eficácia é fundamental para assegurar a satisfação do paciente, a qualidade do cuidado, e a reputação da cooperativa.

A manifestação negativa do cliente, quando gerida de forma eficaz, pode ser uma ferramenta poderosa para a melhoria dos serviços de saúde. Ao abordar essas manifestações com seriedade, a cooperativa demonstra um compromisso com a satisfação do paciente, a qualidade do atendimento e a melhoria contínua. A resposta proativa e a implementação de medidas corretivas refletem a dedicação à excelência e à responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, fortalecendo a confiança dos pacientes e a reputação da cooperativa.

o cooperado que for notificado por não resolver de maneira satisfatória uma manifestação negativa do cliente poderá se justificar em um período de 15 dias úteis, contados a partir da data de envio da notificação. A área técnica avaliará a justificativa do cooperado e retornará com o parecer final em até treze dias úteis após o recebimento da justificativa, comunicando se o médico receberá ou não a bonificação.

Não receberá a bonificação pelo período de dois pagamentos o cooperado que acumular a partir de 2 notificações no trimestre não justificadas, ou com justificativas não acatadas.

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	28/02/2024
#5	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_V13_final.docx	31/07/2024
#6	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_V14_final.docx	30/11/2024
#7	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_+ Serviço Próprio_V15_final.docx	27/03/2025
#8	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_+ Serviço Próprio_V16_final.docx	01/07/2025

#9	Regulamento BEM+ Programa de Remuneração Variável da Unimed Campinas_+ Serviço Próprio_V17_final.docx	01/10/2025
----	---	------------