

Relatório Anual 2019



Mensagem aos Beneficiários

A excelência na atenção à saúde, a melhoria contínua dos serviços prestados e a transparência na gestão e na operação do plano são os compromissos da AMS Petrobras com os nossos 284.979 beneficiários. A publicação deste relatório reforça nosso trabalho em direção a esses propósitos. Para além de prestar contas, a intenção é levar ao conhecimento de todos as necessidades e especificidades de nossa atividade, compartilhando avanços importantes.

Em 2019, o esforço diário de nossos colaboradores na revisão do modelo de negociação com a rede credenciada gerou uma economia de R\$ 17 milhões. Com foco na qualidade, reduzimos em 32% as demandas sobre a AMS levadas à Ouvidoria da Petrobras e diminuímos em 40% as Notificações de Intermediação Preliminar (NIPs) junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Comemoramos, ainda, o aprimoramento do autosserviço - pelo portal AMS, Botão de Serviços e aplicativos SAP Fiori e Família Petrobras - e a implantação do atendimento digital via WhatsApp.

Em 2020, ampliamos os controles internos e investimos na especialização de nossos colaboradores na área de saúde suplementar. Para seguir no caminho da melhoria contínua, iniciamos também a transição para um novo modelo de gestão, por meio de uma associação civil, sem fins lucrativos e com total controle pela Companhia, mantendo a modalidade de autogestão e a Petrobras como patrocinadora. Essa ação visa também alinhar ainda mais a gestão da AMS às exigências regulatórias, tais quais a CGPAR 23, com o menor impacto para os nossos beneficiários.

O novo modelo trará ganhos em tecnologia, governança e compliance, em alinhamento às melhores práticas de mercado e de acordo com as exigências da ANS. A mudança ocorrerá de forma gradativa, com um plano de implantação e transição que será comunicado de forma transparente em momento oportuno.

A AMS está mudando para ser melhor para você e nossos canais de informação trarão cada vez mais informações com toda a transparência necessária.

Boa leitura!



Claudio Costa

Gerente Executivo de Recursos Humanos da Petrobras

Objetivo

A Assistência Multidisciplinar de Saúde (AMS) é um **benefício de assistência à saúde oferecido pela Petrobras, que atua nas dimensões de promoção, prevenção e recuperação da saúde**, com garantias definidas em normas internas e em acordos coletivos de trabalho registrados na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), no Sistema de Cadastro de Planos Antigos, sob o código AMS.

O Relatório Anual é **o principal instrumento de prestação de contas as partes interessadas da AMS**. O documento **reúne informações sobre o desempenho do plano de saúde** administrado pela área de Recursos Humanos da Petrobras e apresenta, de forma resumida, as **atividades de gestão do último ano**.

Sumário

1. AMS 2019: Missão e Pilares
2. Força de Trabalho
3. Beneficiários
4. Rede Credenciada
5. Custos
6. Indicadores
7. Programas Complementares
8. Controles
9. Principais Realizações em 2019

Instruções de Navegação:

- Clique nos itens deste sumário para acessar diretamente o capítulo;
- Clique em AMS, no canto superior das páginas, para retornar ao sumário.

AMS 2019: Missão e Pilares



“Responder pela **máxima eficiência** e sustentabilidade do plano de saúde suplementar de forma a **assegurar melhoria contínua de qualidade** dos serviços prestados aos beneficiários.”

Pilares de 2019

AMS - Assistência Multidisciplinar de Saúde



Melhoria da
experiência do
beneficiário



Eliminação de
fraude, abuso e
desperdício



Maximização
da eficiência e
redução de
custos

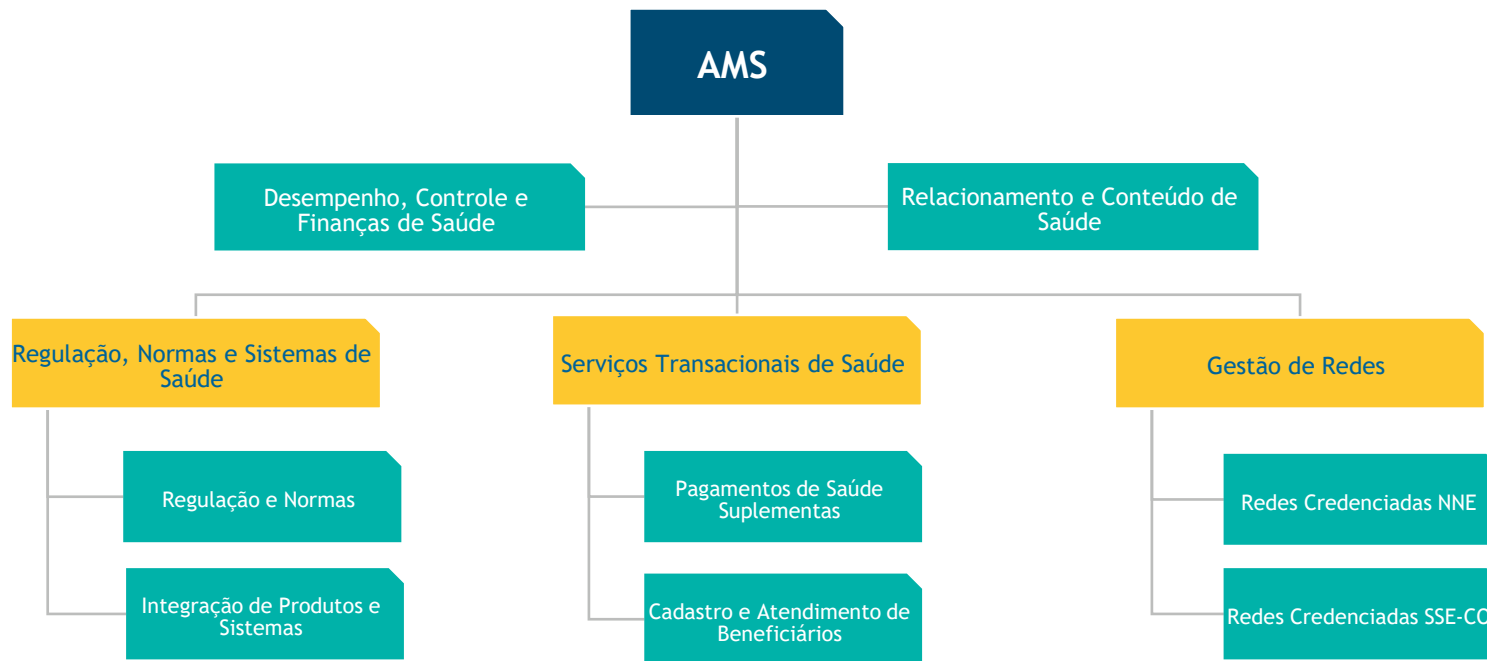


Alinhamento
com órgãos
reguladores

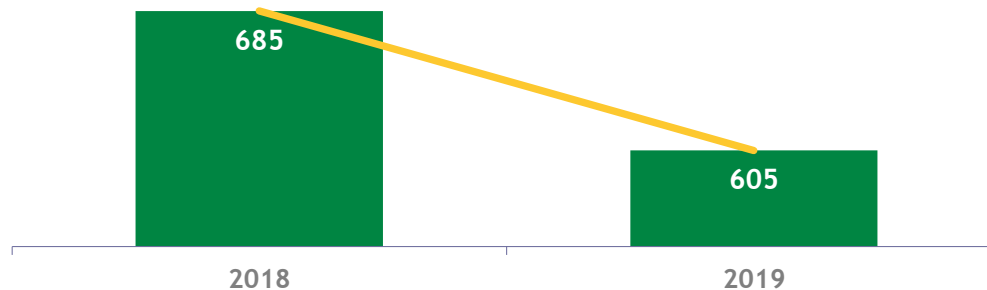
Força de Trabalho



Organograma



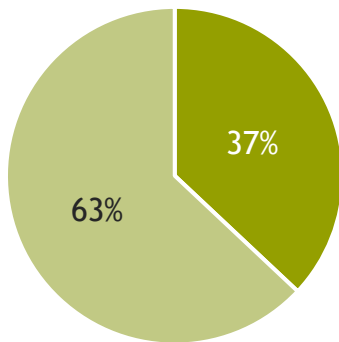
Equipe AMS: quantitativo e tipo de relacionamento



Tipo de Relacionamento	2018		2019	
	Qntd.	%	Qntd.	%
Empregado próprio	188	27	181	30
Prest. de serviço	497	73	424	70
Total	685	-	605	-

Empregados Próprios

Nível do Cargo - Petrobras

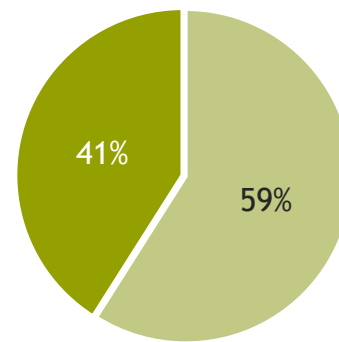


■ Nível Médio

■ Nível Superior

Metade dos empregados com cargos de nível médio têm Ensino Superior, totalizando 82% dos empregados com nível superior.

Perfil



■ Administrativo

■ Profissional de Saúde

Profissionais de Saúde: médicos, enfermeiros, dentistas, psicólogos e assistentes sociais.

Beneficiários



Quem são:



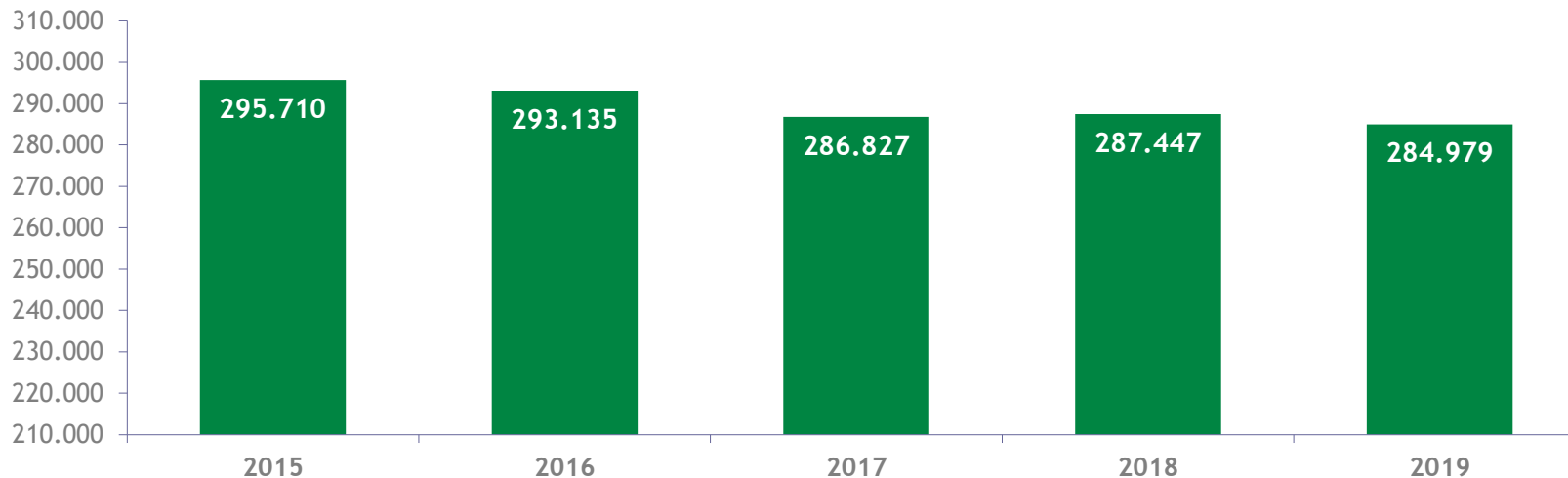
Beneficiários titulares são:

- empregados(as);
- aposentados(as);
- pensionistas(as);
- anistiados(as).

Beneficiários dependentes são:

- companheiro(a);
- cônjuge;
- enteado(a);
- filho(a).

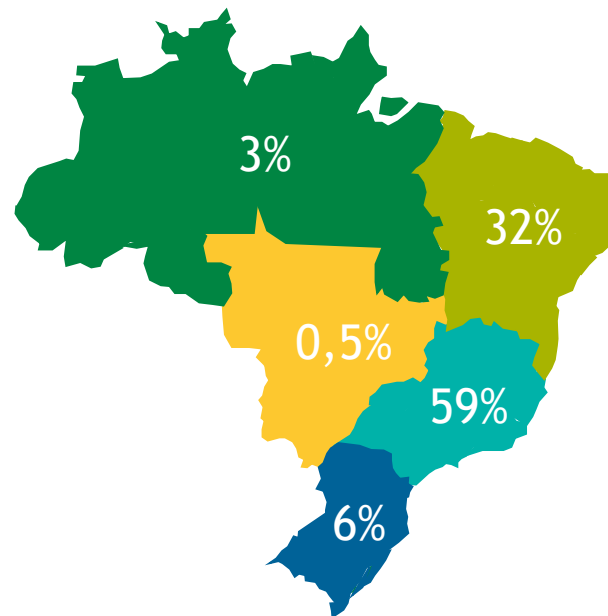
Número de Beneficiários: redução de 3,6% nos últimos 05 anos



A diminuição do número de beneficiários nos últimos anos e o perfil etário da carteira, com prevalência de idosos, são resultado de um contexto amplo: redução de ingressos por concurso público, número de óbitos e perda do direito dos filhos por idade superiores ao número de nascimentos.

Distribuição por empresa e em território nacional

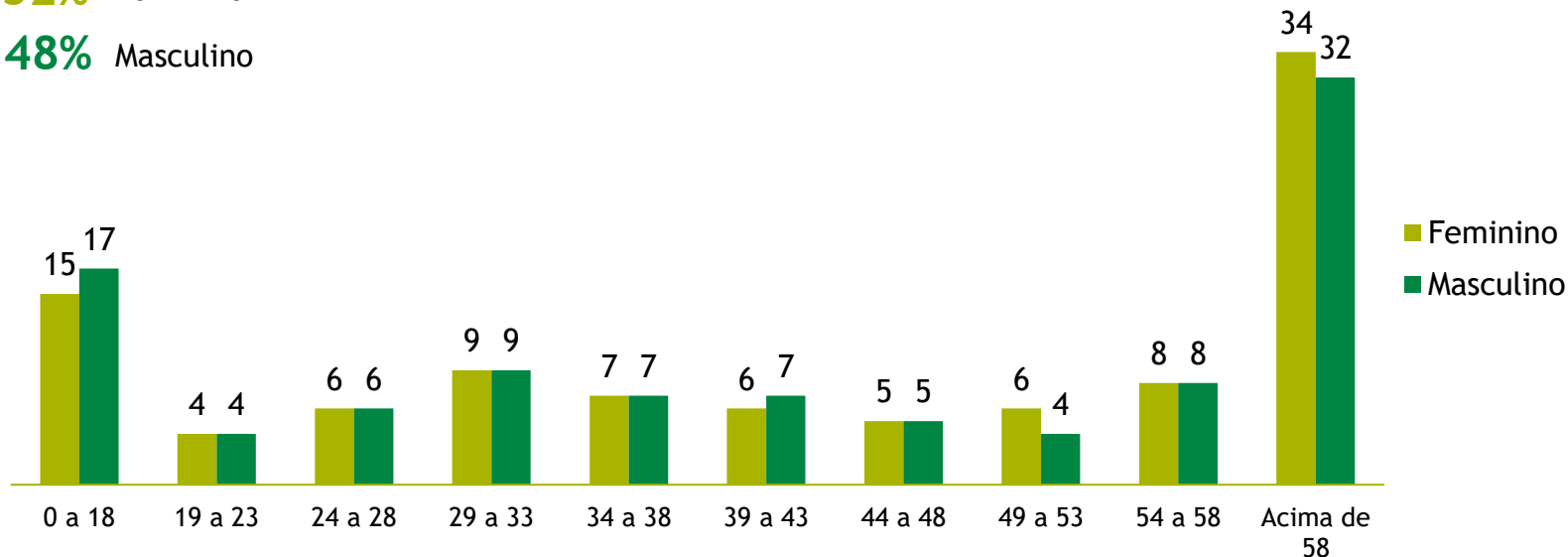
<i>Empresa</i>	<i>Quantidade</i>	<i>Percentual</i>
Petrobras - Petróleo	265.787	93,3%
Transpetro	17.901	6,3%
TBG	793	0,3%
Petrobras Biocombustível	374	0,1%
Termobahia	124	0,04%



Distribuição por gênero e faixa etária

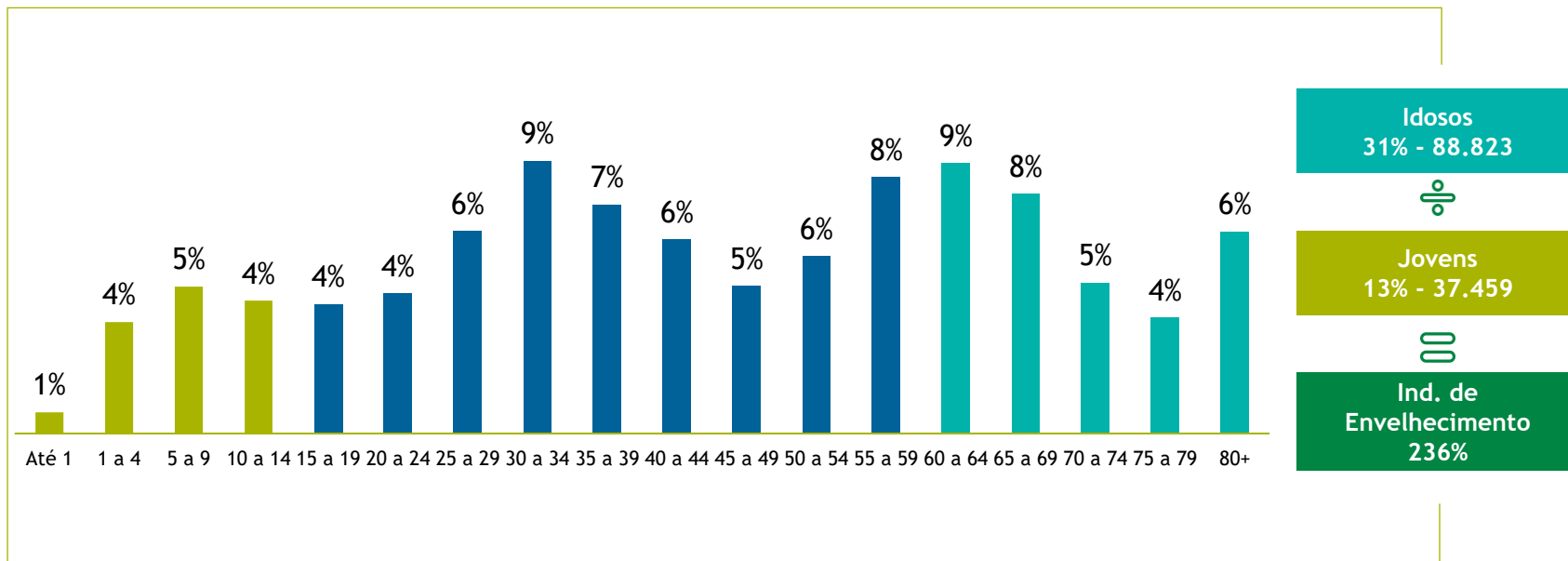
52% Feminino

48% Masculino



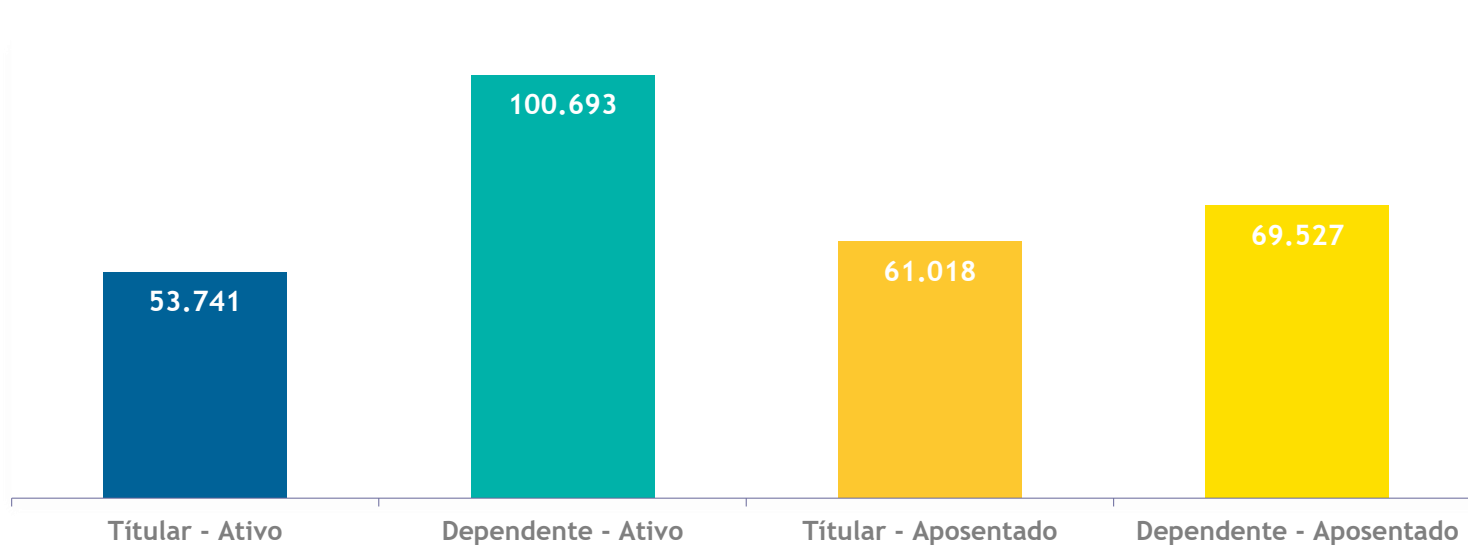
Média de idade nos últimos anos: 46 em 2017, 45 em 2018 e 45 em 2019.

Distribuição por faixa etária epidemiológica



Nos últimos 5 anos, o índice de envelhecimento tem diminuído, com redução do percentual de idosos e aumento do percentual de jovens.
Percentual médio de idosos em operadoras de planos de saúde de autogestão: 23,2% | Percentual de idosos em operadoras de planos de saúde do mercado: 13,2%

Distribuição por situação laboral: 81% está fora da empresa - dependentes e aposentados



Média de dependentes por situação: 1,9 (Titular), 1,1 (Aposentado) e 1,5 (Geral).

Rede Credenciada



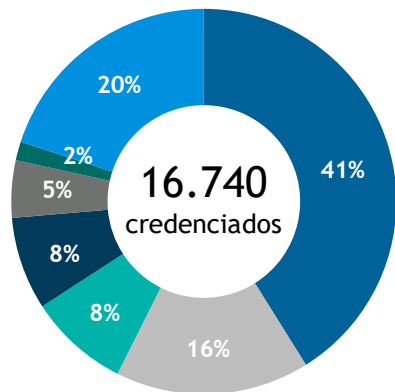
Contextualização

A gestão de rede tem sido realizada na direção de sua **maior qualificação**, mantendo o **nível de suficiência** e praticando **valores justos** e alinhados aos praticados pelo mercado.

As ações de gestão buscaram readequações dos valores praticados e logrou êxito nos maiores grupos hospitalares e laboratoriais. Há, ainda, grandes desafios, sobretudo considerando a distribuição e dimensão da rede credenciada.

Em relação à suficiência de rede, **o indicador da AMS está alinhado ao mercado de operadoras análogas** (modalidade autogestão - Unidas) e, destacadamente, às grandes operadoras (Cassi, do Banco do Brasil, por exemplo).

Distribuição por classe e no território nacional



■ Consultórios Médicos (PF)

■ Tratamento Continuado (PJ e PF)

■ Hospitais (PJ)

■ Odontologia

■ Clínicas Médicas (PJ)

■ Laboratórios e Serviços de Imagem (PJ)

■ Demais Credenciados (PJ e PF)



Índice de Suficiência da AMS está acima do recomendado e do seus pares.

Índice de Suficiência (ID) mede a proporção de credenciados por cada 1.000 beneficiários. Dessa forma, dimensiona a relação entre as necessidades de recursos para atenção à saúde dos beneficiários e a capacidade de atendimento da rede.

A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) recomenda que as operadoras de autogestão registrem um ID de no mínimo 50.

O índice de suficiência da AMS é de 59

Cassi (autogestão do Banco do Brasil) = ID 33

Postal (autogestão) dos Correios = ID 50

Custos



Definições

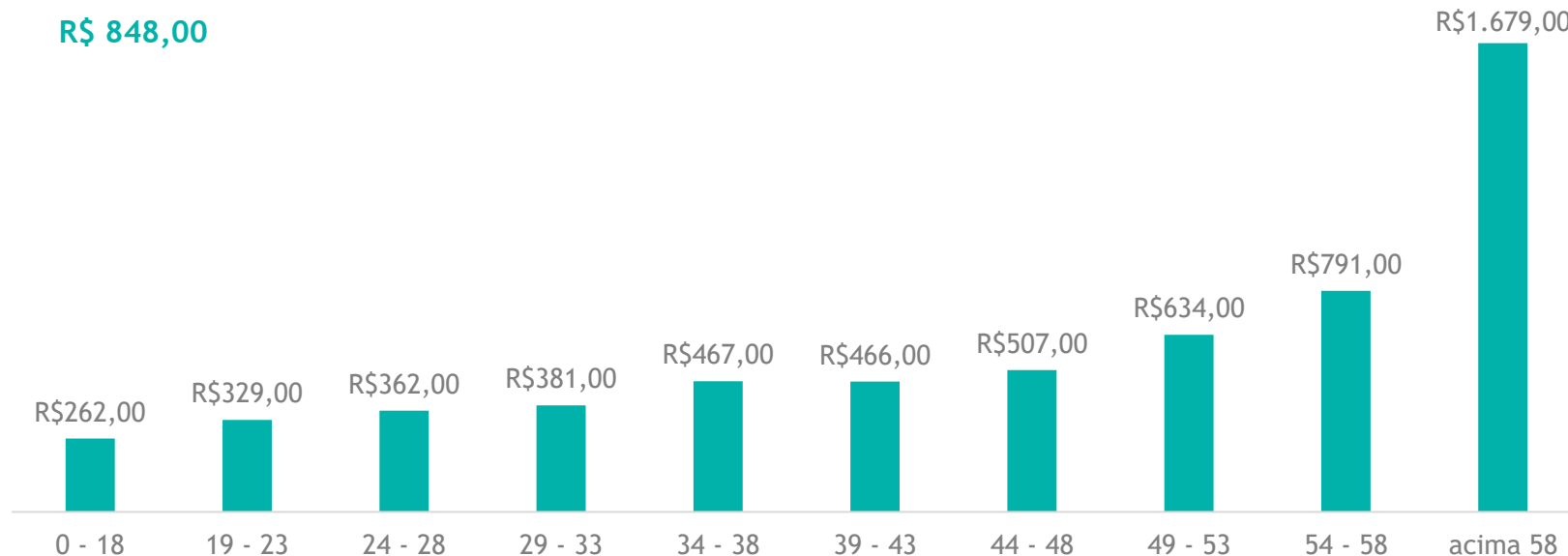
Para compreender as avaliações sobre os custos da AMS, é imprescindível conhecer alguns conceitos:

- **Custo:** é a parte da empresa na relação de custeio do desembolso (70%);
- **Arrecadação:** é a parte do empregado na relação de custeio do desembolso (30%);
- **Desembolso:** valor assistencial total pago à rede credenciada e aos pagamentos de livre escolha dos beneficiários da AMS. **Desembolso = custo + arrecadação;**
- **Despesa Administrativa:** despesas para a manutenção da operação da AMS (despesa de pessoal, contratos com fornecedores, auditorias técnicas etc);
- **Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH):** expressa a variação do custo médico hospitalar *per capita* das operadoras de planos de saúde entre dois períodos consecutivos de 12 meses cada. O custo médico hospitalar representa o quanto custa, em média, prover aos beneficiários os serviços de assistência à saúde cobertos pelo plano em determinado período. Além disso, é o principal indicador utilizado pelo mercado de saúde suplementar como referência sobre o comportamento de custos.

Desembolso: média mensal *per capita* por faixa etária

Média Nacional

R\$ 848,00

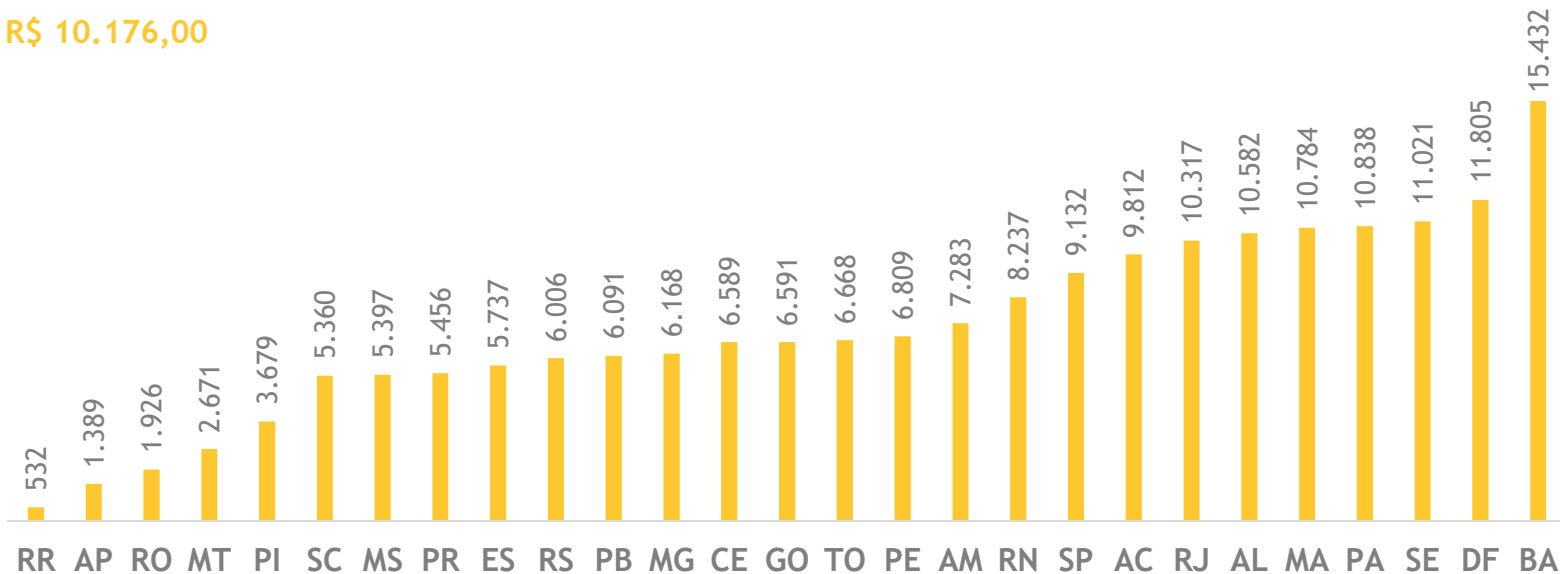


65% do desembolso total de AMS está na faixa etária acima dos 58 anos.
O desembolso do Benefício Farmácia não está incluído no levantamento.

Desembolso Assistencial: *per capita* anual por estado

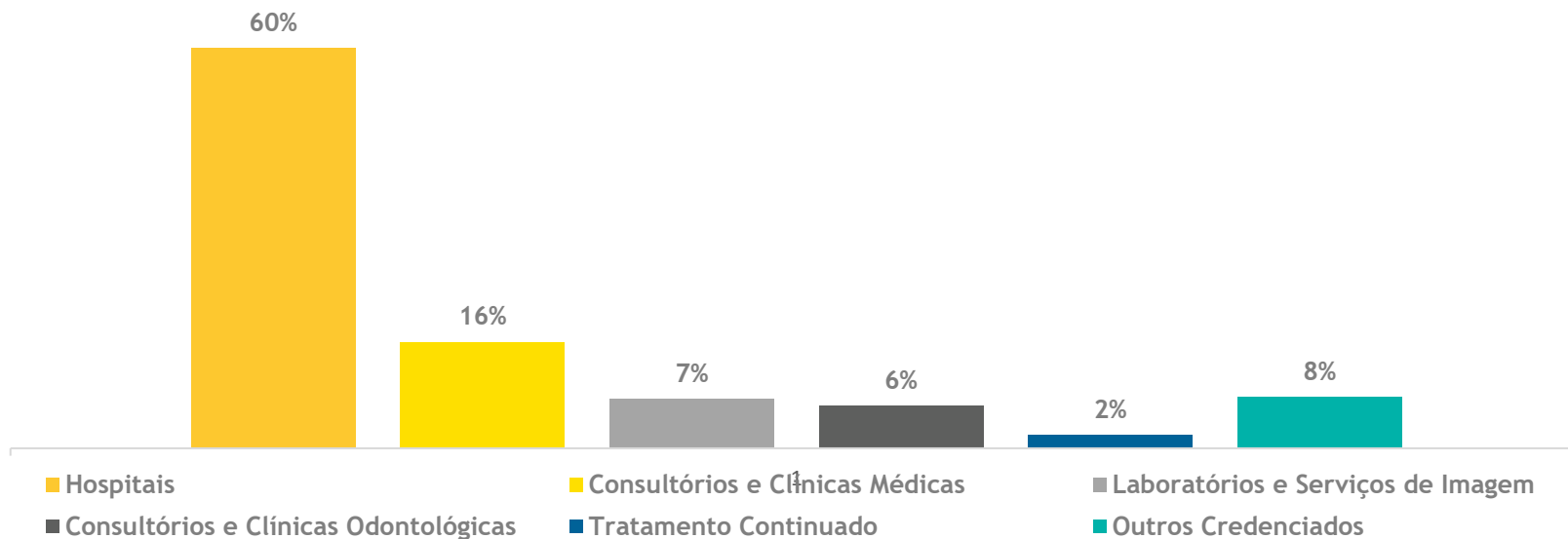
Média Nacional

R\$ 10.176,00



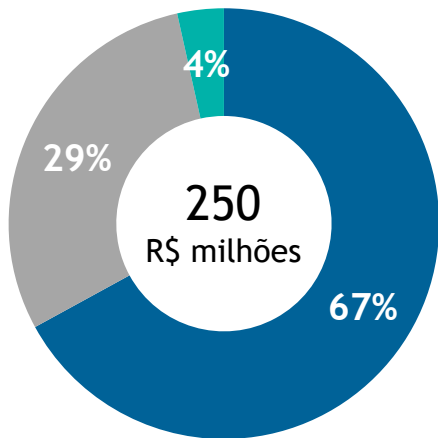
A distribuição geográfica da carteira tenciona alguns estados em função do volume de utilização, por exemplo, os que concentram muitos aposentados e pensionistas, como BA, que tem um percentual de idosos de 44%, enquanto que a média nacional é de 31%. | Dados relativos aos itens: grande e pequeno risco.

Desembolso Assistencial: por classe de credenciado

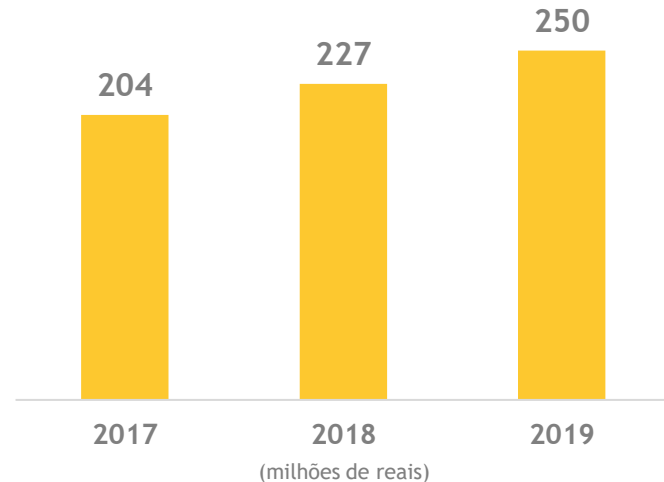


Dados relativos aos itens: grande e pequeno risco.

Desembolso Assistencial: participação por tipo de risco e evolução de 2017 a 2019



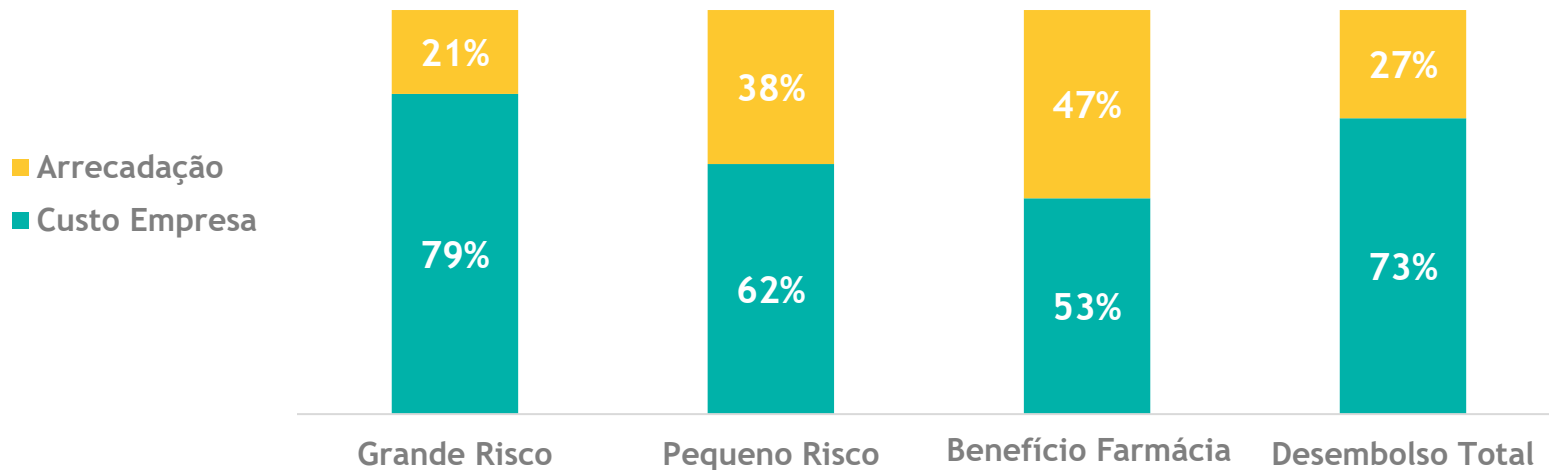
- Desembolso Grande Risco
- Desembolso Pequeno Risco
- Desembolso Benefício Farmácia



Os valores são referentes a média mensal.

A VCMH AMS entre 2017-19 foi de 22% | A VCMH de mercado, no mesmo período, foi de 36%. Dados relativos aos itens: grande, pequeno risco e Benefício Farmácia.

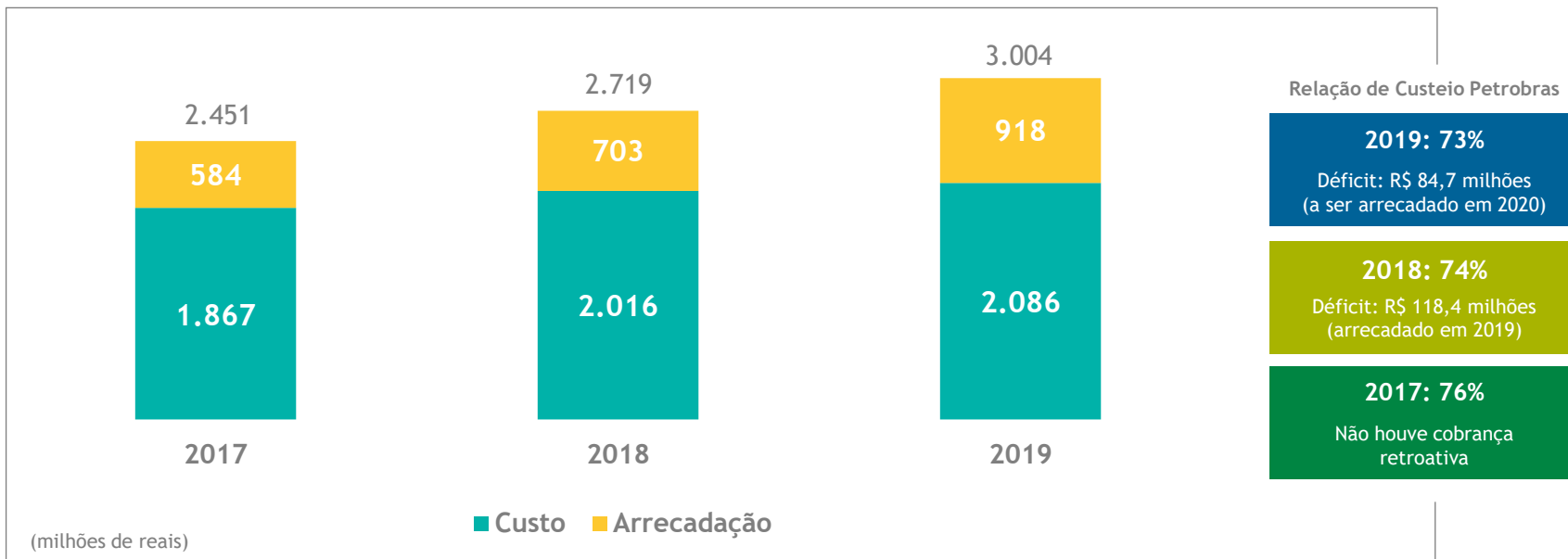
Desembolso Assistencial: relação de custeio por tipo de risco



Dados relativos aos itens: grande, pequeno risco e benefício farmácia.

O Benefício Farmácia Inclui fornecimentos de medicamentos de cobertura obrigatória (sem participação do empregado).

Evolução anual dos custos assistenciais de 2017 a 2019



Aumento da arrecadação: correção da tabela de grande risco acordo coletivo de 2017 e cobrança extra de grande risco em Novembro, a partir de 2018.

Glosas Médicas

Glosa médica é o termo que se refere ao **não pagamento, total ou parcial**, por parte dos planos de saúde, de valores referentes a atendimentos, medicamentos, materiais ou taxas cobradas pela rede credenciada.

O que pode gerar uma glosa médica:

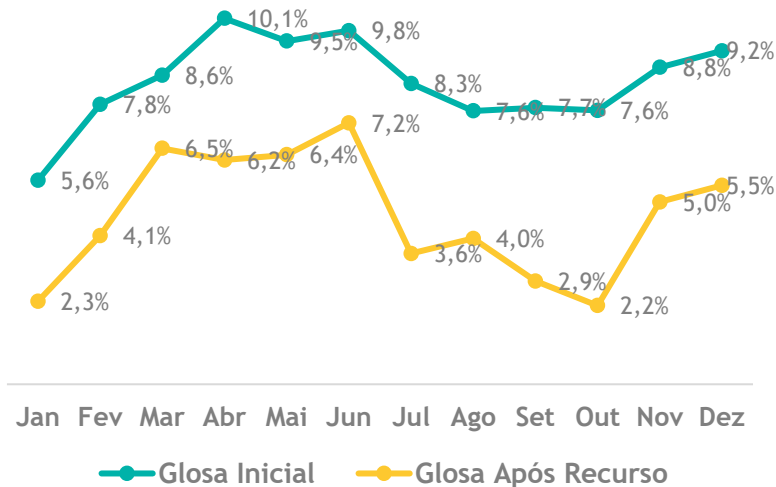
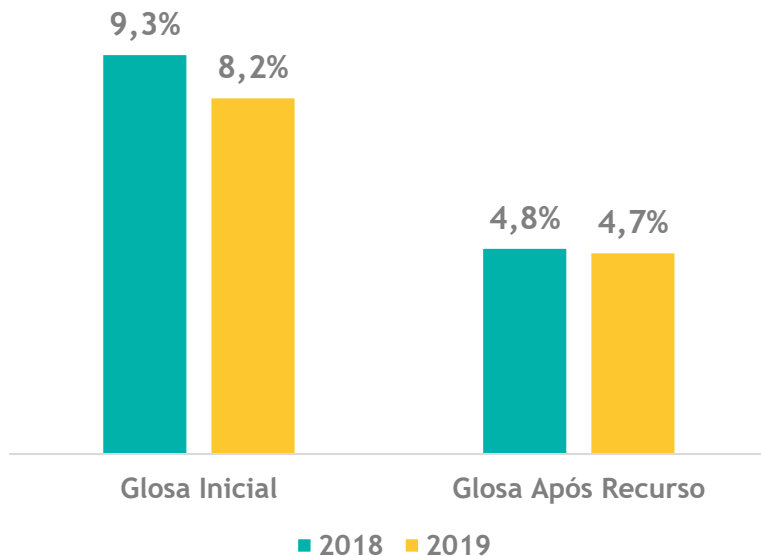
- A cobrança é analisada e entendida como não procedente;
- Problemas operacionais: como cadastro de beneficiários ou credenciados desatualizado, falha no preenchimento da cobrança, dentre outros.

Toda glosa pode ser recursada pelo credenciado, em até 60 dias da publicação do extrato de pagamento.

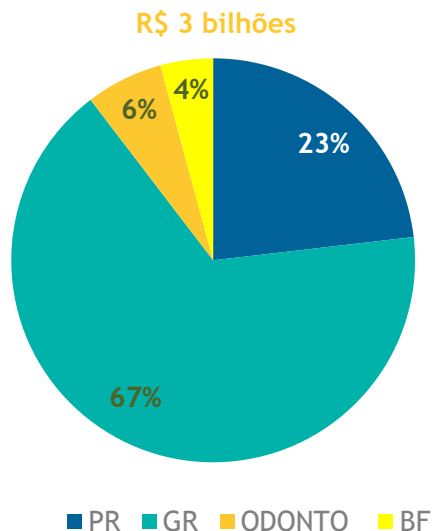
A fim de evitar glosas indevidas, temos trabalhado ativamente na **manutenção do cadastro, na criação de críticas na entrada da cobrança e na revisão de regras de negócio redundantes**. Para corrigir erros de processo, temos reaberto cronogramas de recursos e procedido com o autorrecurso.

A média de glosa médica do mercado é de 5%, conforme levantamento da Unidas. A manutenção do % glosado após recurso nesse patamar nos dá segurança no processo. **A redução do % de glosa inicial é resultado das ações de melhoria implantadas em 2019.**

Glosas Médicas: evolução da média mensal em comparativo anual e mensal



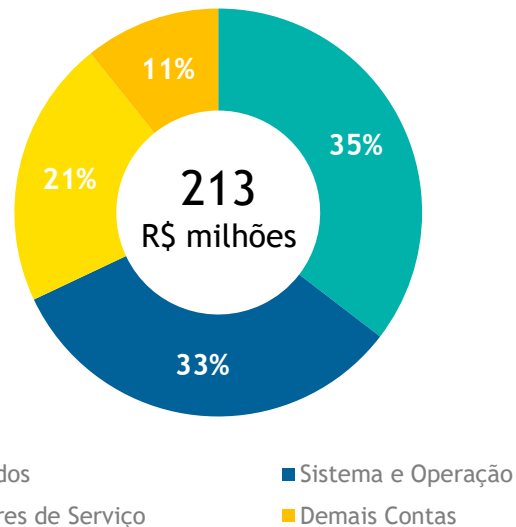
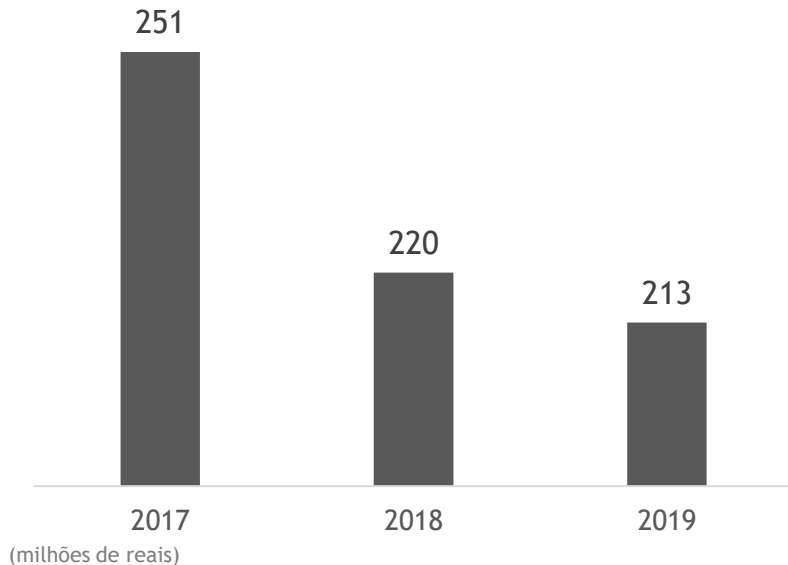
Desembolso assistencial: relação de beneficiários com os maiores desembolsos



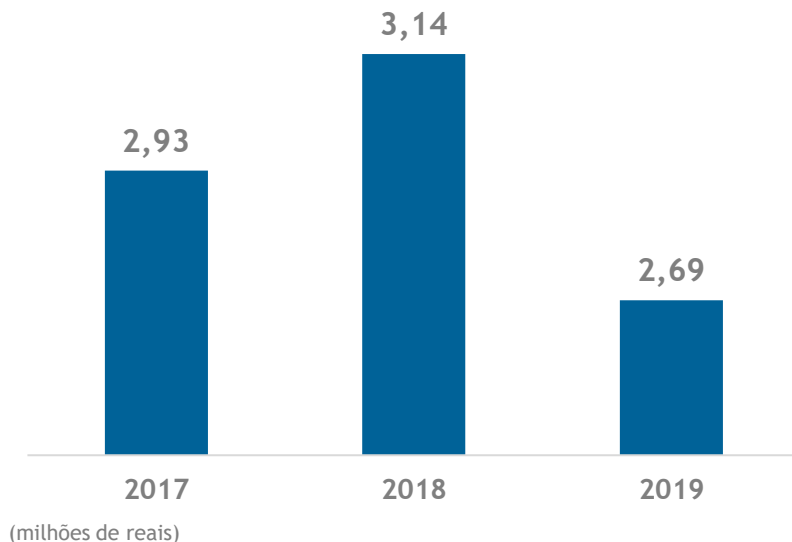
Percentual de Beneficiários	São responsáveis por	Percentual do Desembolso Total
1%	→	37%
5%	→	61%
10%	→	72%

A média anual de desembolso do grupo de 1% de beneficiários com o maior desembolso é de R\$ 358.485,00, enquanto o desembolso dos outros 99% dos beneficiários é de apenas R\$ 6.130,00. A média anual dos 100 primeiros beneficiários com maior desembolso é de R\$ 1.599.467,00 e representam 5,5% de todo o desembolso da AMS.

Despesas administrativas: comparação anual 2017 a 2019 e composição em 2019



Despesas administrativas: pagamento de NIP* de 2017 a 2019



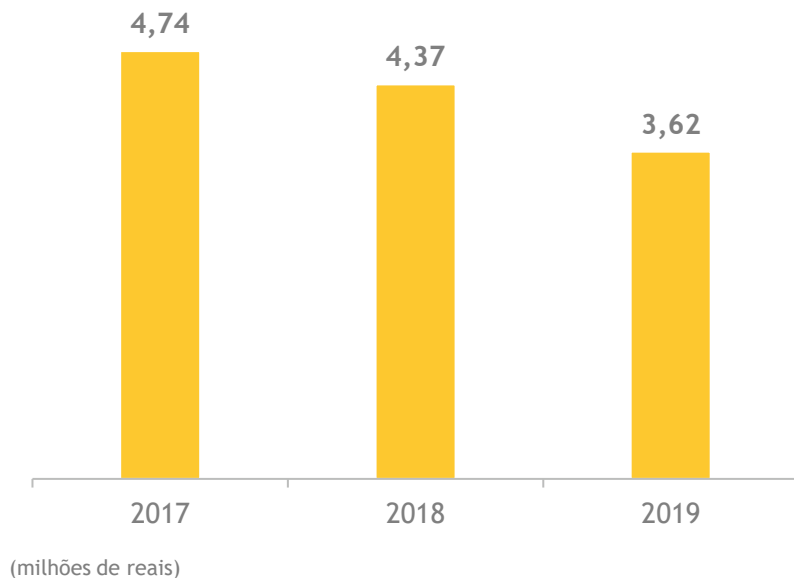
50 multas pagas em 2019

Valor médio por NIP pago: R\$ 54 mil

Redução de 15% em relação a 2018

*Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) é um instrumento que visa a solução de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos privados de assistência à saúde, sempre que atuada através de uma NIP, a AMS corre o risco de ser obrigada a pagar uma multa. Portanto, sempre que a AMS for obrigada a pagar uma multa, este valor entra no cálculo da sinistralidade do plano juntamente com outras contas e sendo dividida ao final do ano entre AMS e beneficiários.

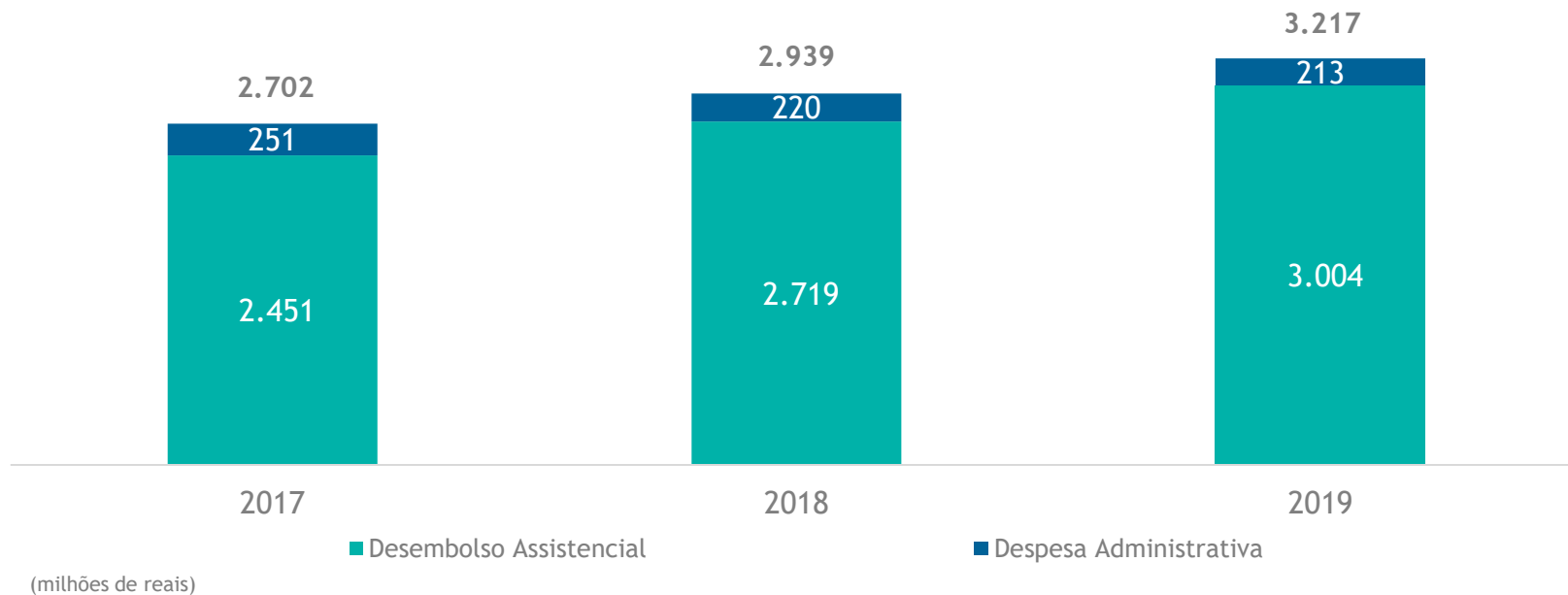
Despesas administrativas: repasso ao SUS de 2017 a 2019



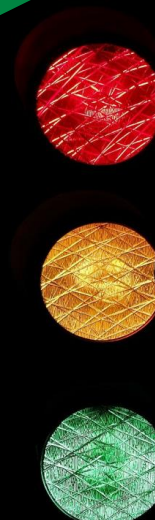
Redução de 17% em relação a 2018.

Os atendimentos previstos no Rol de Procedimentos da ANS prestados a qualquer beneficiário que tenha plano de saúde, em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), devem ser ressarcidos aos cofres públicos.

Custos Totais de 2019



Indicadores



Indicadores AMS: definição e meta

Indicador	Definição	Meta	
MCAMS- Margem de Contribuição da AMS	Mede o custo total líquido da AMS por beneficiário	Quanto menor melhor	R\$ 8.191,40
DAMSB - Despesa Assistencial de AMS por Beneficiário	Relação entre desembolso assistencial total e o total de beneficiários no período	Quanto menor melhor	R\$ 10.590,00
CADM - Custo Administrativo Per Capita Mas	Relação entre o custo administrativo total da AMS e o número total de beneficiários no mesmo período	Quanto menor melhor	677,85
TADM - Taxa de Administração de AMS	Mede custo administrativo realizado pela AMS, dividido pela despesa assistencial total realizada no mês	Quanto menor melhor	6%
IGAP - Índice de Garantia de Atendimento no Prazo	Mede o percentual de demandas por garantias de atendimento atendidas no prazo	Quanto maior melhor	90%
ICP - Índice de Custeio Petrobras (70/30)	Mede o percentual de participação da Petrobras no custo assistencial total do benefício saúde AMS	Não há menor ou maior	70/30
IPF - Índice de Participação de Custo de AMS no Custeio da Folha	Relação entre total das folhas (pagamento e proventos) e o custo total da AMS (custo assistencial e despesas administrativas)	Quanto menor melhor	7,5%

Farol de Indicadores: sete indicadores (6 mensais e 1 trimestral)

103,5%	MCAMS - Margem de Contribuição da AMS
101,3%	DAMSB - Despesa Assistencial de AMS por Beneficiário
102,2%	CADM - Custo Administrativo Per Capita Mas
94,6%	TADM - Taxa de Administração de AMS

84,4%	IGAP - Índice de Garantia de Atendimento no Prazo
100,9%	ICP - Índice de Custeio Petrobras (70/30)
105,3%	IPF - Índice de Participação de Custo de AMS no Custeio da Folha

● Dentro da Meta ● Fora da Meta

Análise indicadores: resultados fora da meta

84,4%

IGAP - Índice de Garantia de Atendimento no Prazo

Todas as Garantias de Atendimento foram realizadas em 2019. Entretanto, devido a questões sistêmicas, havia uma lacuna entre o recebimento de demandas pela AMS e o acolhimento das mesmas pela área que trata o assunto. Para mitigar o problema, foi instituído Botão de Serviços específico, direcionando o assunto diretamente ao time responsável.

94,6%

TADM - Taxa de Administração de AMS

Tanto a despesa administrativa quanto o desembolso assistencial ficaram abaixo do previsto - 2,6% e - 1,4%, respectivamente.

Programas Complementares

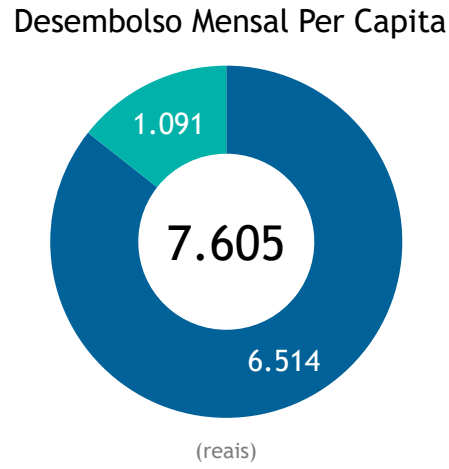
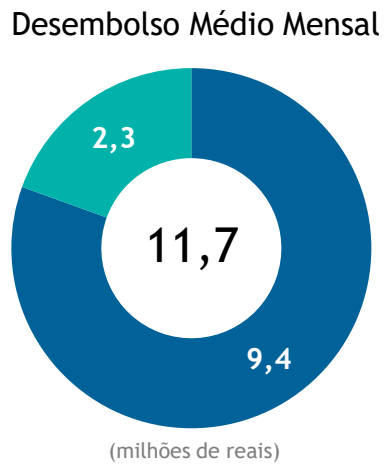
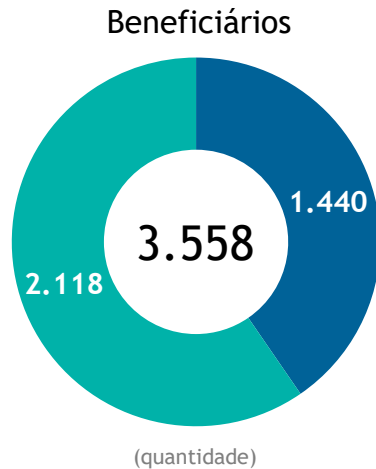


Conheça os Programas

O **Programa de Atenção Domiciliar (PAD)** oferece atenção domiciliar temporária ao beneficiário com comprovada impossibilidade de locomoção e deslocamento de sua residência. Tem direito ao PAD o beneficiário da AMS cuja **condição de saúde impeça seu deslocamento até os serviços ambulatoriais de saúde** (clínicas, consultórios etc) para realizar seus tratamentos.

O **Programa de Assistência Especial (PAE)** é um benefício instituído e administrado pela Petrobras que oferece recursos para a **prestação de assistência especializada em habilitação, reabilitação e educação para pessoas com transtorno ou deficiência** que atendam aos critérios de elegibilidade do programa.

Resultados dos Programas



■ PAD ■ PAE

Vantagens dos Programas

O paciente transferido para o PAD **evita uma maior permanência no hospital e diminui as reincidências**, representando redução de custos de pelo menos 50%, além de contribuir para uma maior rapidez na recuperação do beneficiário e para a qualidade de vida do paciente durante a fase de tratamento.

Os tratamentos dos beneficiários pelo PAE **reduzem a incidência de complicações** inerentes à sua situação e é um exemplo de programa que atua na prevenção de custos futuros, aliada à preservação da saúde.



Controles



Definições

Controles Sox: conjunto de controles desenhados pelos gestores das respectivas áreas, com apoio da CONFORMIDADE, em observância à Lei Sarbanes Oxley (SOX), para garantir a segurança e consistência de que os dados fornecidos pela companhia para o cálculo do Passivo Atuarial são consistentes.

Relatórios de Auditoria (ou Pontos de Auditoria): são pontos identificados pela Auditoria Interna como sensíveis à não conformidades ou que pressupõem melhorias para o aperfeiçoamento dos processos da AMS.

Ouvidoria: unidade de segunda instância que tem por objetivo ouvir o beneficiário, por meio de suas manifestações, mediar eventuais conflitos e aperfeiçoar o processo de trabalho da AMS.

Definições

Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS): avaliação de desempenho das operadoras de planos de saúde, que integra o Programa de Qualificação da Saúde Suplementar, definido pela ANS. É constituído por indicadores que compõem uma nota de 0 (pior) a 1 (melhor), organizados em quatro dimensões: Qualidade e Atenção à Saúde, Garantia de Acesso, Sustentabilidade de Mercado, Gestão de Processo e Regulação.

Passivo Atuarial: obrigação, gravada no balanço da companhia, para garantir a assistência médica para aposentados e futuros aposentados no pós-emprego, além de seus dependentes e pensionistas, de acordo com os critérios de elegibilidade e cobertura.

Controles SOX

Controles de Cadastros	OAM02	OAM03	OAM04	OAM05	OAM07	OAM07a	OAM019	OAM020
------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------	--------	--------

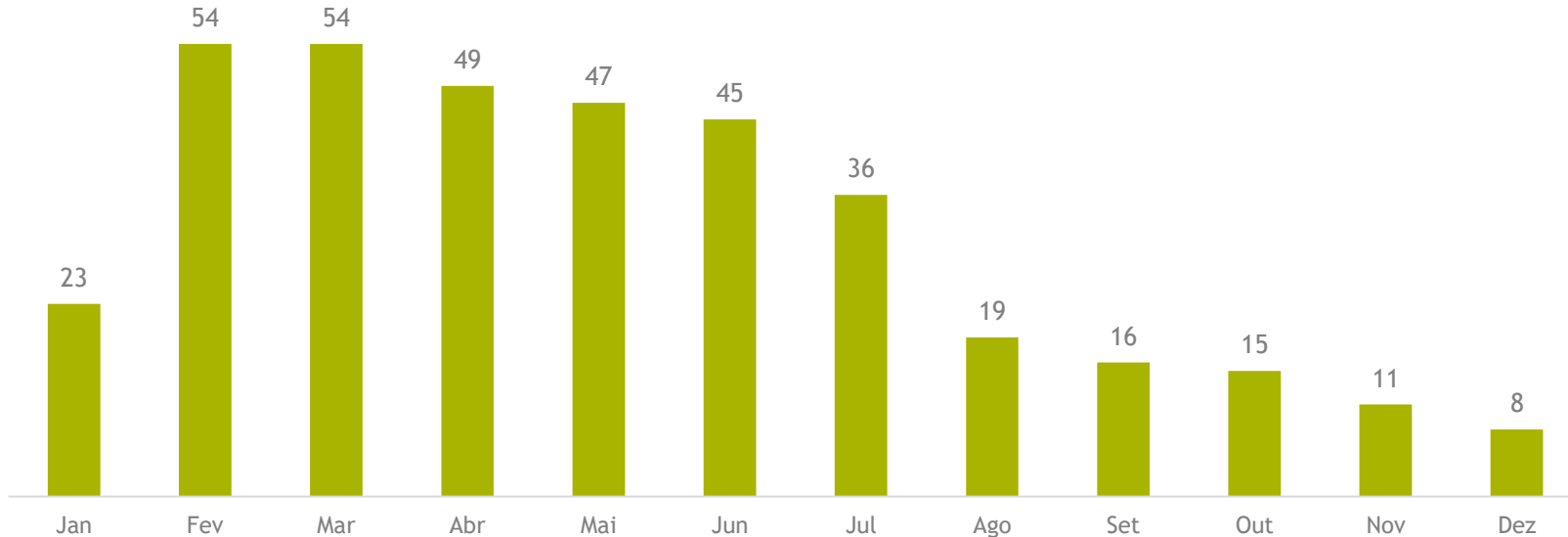
Controles de Consistência	GAM02	GAM04	PAA03	PAA11	GAM07	OAM021
---------------------------	-------	-------	-------	-------	-------	--------

Controles de Pagamento	OAM10	OAM14	OAM22
------------------------	-------	-------	-------

Controles de Rede e Sistemas	OAM09	OAM11	OAM18
------------------------------	-------	-------	-------

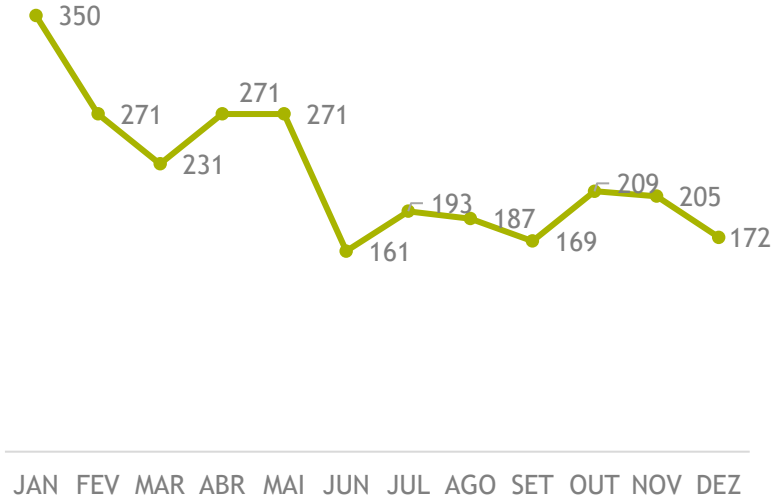
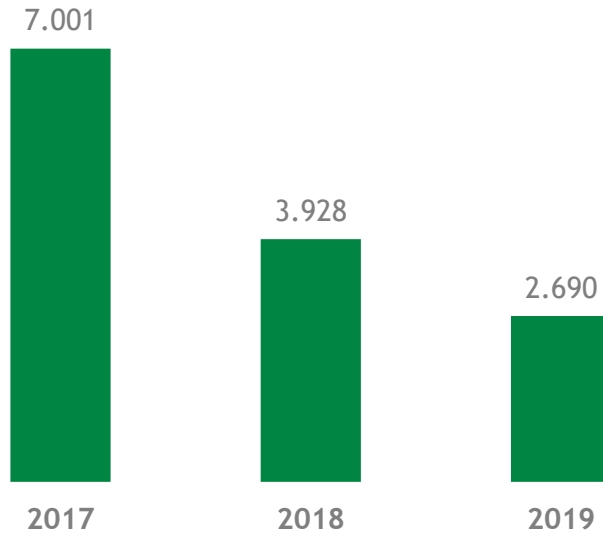
■ Avaliado como Eficaz ■ Teste em Andamento ■ Controles Anuais Não Submetidos ■ Pendência da Fase Anterior

Relatórios de Auditoria: evolução dos pontos pendentes em 2019



Encerramento de cinco Relatórios de Auditoria em 2019 e 85% de redução dos pontos pendentes em relação a fevereiro. O status dos pontos pendentes em 31/12/2019 era: 8 em análise pela auditoria e 1 a vencer em julho/20.

Ouvidoria: quantidade total e evolução 2019



2019: redução de 61% em relação a 2017

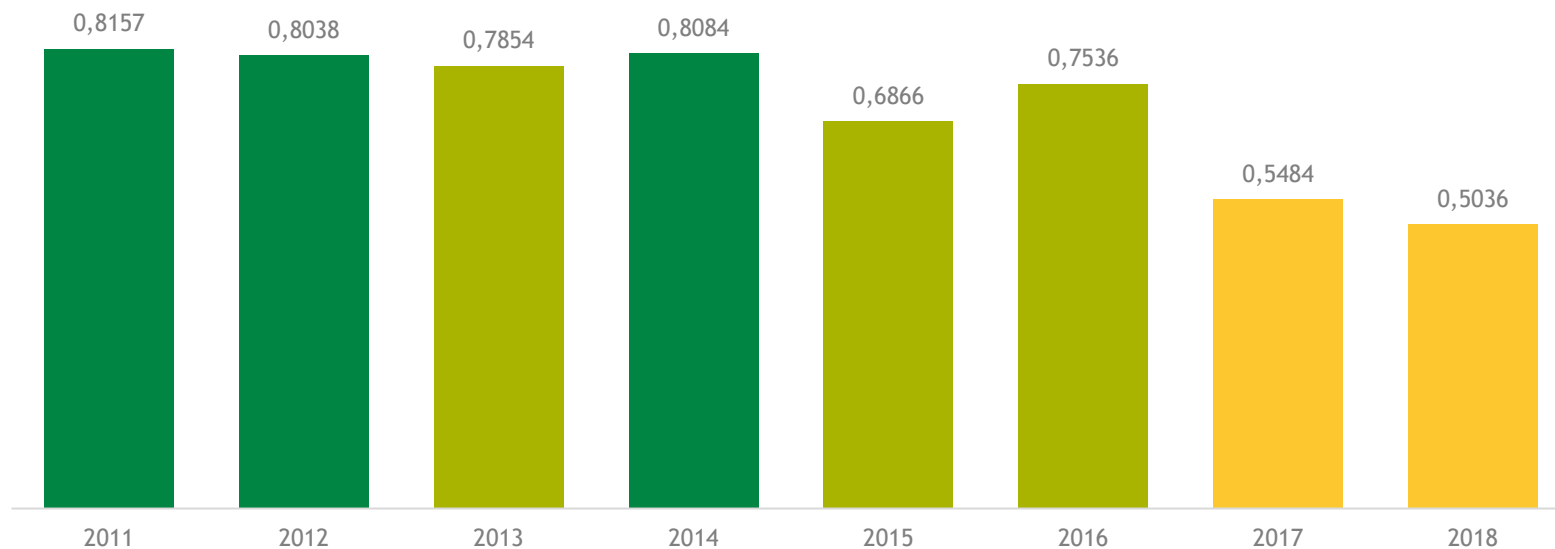
Ouvidoria: análise resultado 2019

Em 2019, os meses de janeiro e dezembro apresentaram, respectivamente, **maior e menor quantitativo mensal de demandas**. Nesse ano, 95,8% dos protocolos foram categorizados como Reclamação e 4% como Pedido. Em 2018, foram 93,8% e 6%, respectivamente.

Ainda em 2019, **os três assuntos mais abordados foram os mesmos de 2018**, com um aumento de 18% no número de demandas sobre Financeiro e redução de 10% e 5% sobre os assuntos de Cadastro/Elegibilidade e Benefício Farmácia, respectivamente.

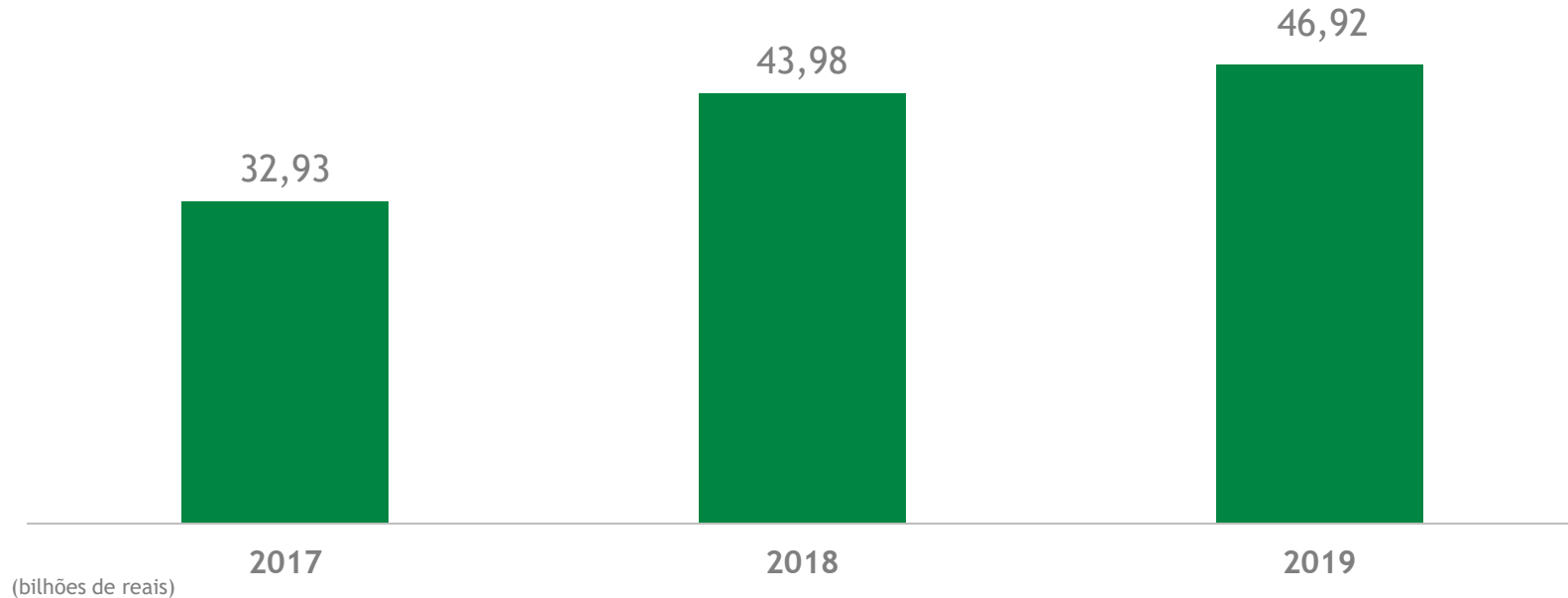


Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS)



Faixa de notas da avaliação: pior (0) a melhor (1). Quanto mais verde melhor e quanto mais vermelho, pior. Os resultados de 2017 e 2018 refletiram uma piora devido as dificuldades enfrentadas pela AMS no envio das informações utilizadas pela ANS para o cálculos dos indicadores.

Curva de Passivos Atuariais



A redução da taxa de desconto projeta uma elevação de aproximadamente R\$ 8,8 bilhões, a cobrança do 70x30 projeta um efeito redutor de R\$ 4,6 bilhões e a VCMH projeta um efeito redutor de R\$ 1,38 bilhão.

Principais Realizações em 2019



Principais Realizações em 2019



- Equilíbrio da relação de custeio de 70%x30% do ano de 2018 - cobrança retroativa de R\$ 118,4 milhões dos beneficiários;
- Revisão do modelo de negociação com a Rede Credenciada - Economia anual de R\$ 17 milhões;



- Adoção de tecnologia analítica para uma gestão mais eficaz dos dados de beneficiários, credenciados e de sinistro;
- Otimização da Rede Credenciada - foco em qualidade da rede;



- Redução de 32% das Ouvidorias;
- Redução de 40% do número de NIP's;
- Maior oferta de autosserviço, com redução do atendimento presencial e otimização de custos;
- Transformação digital do relacionamento: atendimento via WhatsApp, carteira AMS virtual, disponibilização da segunda via do boleto bancário, de extratos da AMS e do Benefício Farmácia por meio dos nossos canais digitais. Consulte o nosso [Catálogo de Serviços da AMS](#) para conhecer os serviços ofertados e os canais remotos disponibilizados.

