

Relatório Anual 2020



Mensagem aos Beneficiários

Vocês, beneficiários, são a razão de ser do nosso plano de saúde. Cada uma das quase 280 mil vidas às quais prestamos assistência impulsiona a nossa evolução constante. Publicar este relatório renova o nosso compromisso de excelência: nas próximas páginas, prestaremos contas, dividiremos conhecimento sobre a nossa atuação e compartilharemos avanços e novidades.

Em 2020, a atenção à sua saúde ganhou ainda mais destaque devido à pandemia do coronavírus. Ao mesmo tempo que amparamos aqueles acometidos pela doença, por meio de assistência e conscientização, mantivemos o foco na atuação global do plano. Por exemplo, implementamos ações voltadas para a sua relação conosco (melhorias no portal, fortalecimento do canal de WhatsApp, realização de lives, e mais). Além disso, tornamos nossos serviços de teleatendimento mais robustos, para que você cuide e faça acompanhamentos de sua saúde sem a necessidade de sair de casa. Entre as diversas outras iniciativas ao longo de 2020, ainda destacamos a realização da nossa primeira ampla pesquisa de satisfação com os beneficiários, para que a sua voz fosse ainda mais ouvida aqui dentro.

Além disso, preparamos todo o terreno para a implementação do novo modelo de gestão do plano. A nova associação, que não tem fins lucrativos, atua na modalidade de autogestão, tendo a Petrobras como a principal patrocinadora. O objetivo da implementação desse novo

modelo é garantir a perenidade e a sustentabilidade da assistência à saúde oferecida, com foco na qualidade e na melhoria contínua dos processos. Portanto, os impactos positivos impactarão diretamente a todos: colaboradores, credenciados e, é claro, vocês, nossos beneficiários.

Aliás, o próprio nome Saúde Petrobras foi escolhido com a participação de todos vocês, em consulta on-line. Essa é apenas uma representação da proximidade que queremos ter com vocês, um dos valores inegociáveis para nós.

Em resumo, o nosso plano de saúde mudou para ser melhor para você e para a sua família, sem perda dos programas e benefícios hoje existentes. Temos o compromisso de ficarmos mais próximos, com canais de informação cada vez mais diretos e acessíveis, sempre com o intuito de promover melhor experiência a vocês.

Desejamos a todos uma boa e informativa leitura!

Gerência Executiva de Recursos Humanos da Petrobras



Até dezembro de 2020, o benefício era chamado de AMS, mas passou a ser Saúde Petrobras em janeiro de 2021.

Objetivo

O plano de saúde 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 às partes interessadas do plano**. 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. Gestão 2020: Missão e Pilares
2. Força de Trabalho
3. Beneficiários
4. Rede Credenciada
5. Saúde Suplementar
6. Desempenho Financeiro
7. Indicadores
8. Programas Complementares
9. Ouvidoria
10. Principais Realizações em 2020
11. Saúde Petrobras

Instruções de uso:

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

Gestão 2020: 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 do Plano

Plano de Saúde



Melhoria da
experiência do
beneficiário



Eliminação de
fraude, abuso e
desperdício



Maximização
da eficiência e
redução de
custos

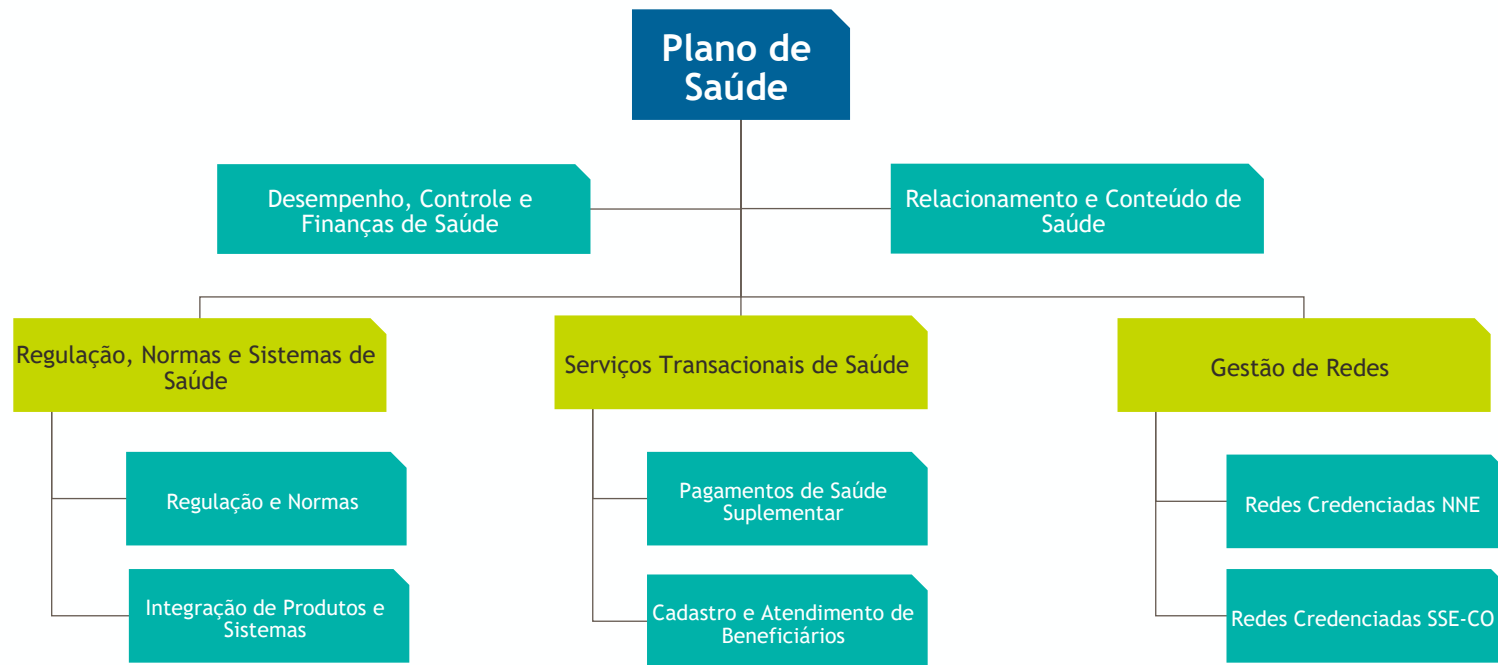


Alinhamento
com órgãos
reguladores

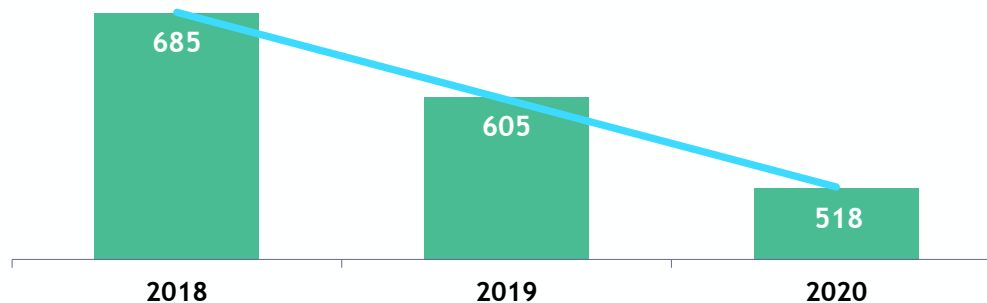
Força de Trabalho



Organograma



Equipe do Plano: quantitativo e tipo de relacionamento



Tipo de Relacionamento	2018		2019		2020	
	Quant.	%	Quant.	%	Quant.	%
Empregado próprio	188	27	181	30	103	20
Prest. de serviço	497	73	424	70	415	80
Total	685	-	605	-	518	-

Beneficiários



Quem são:



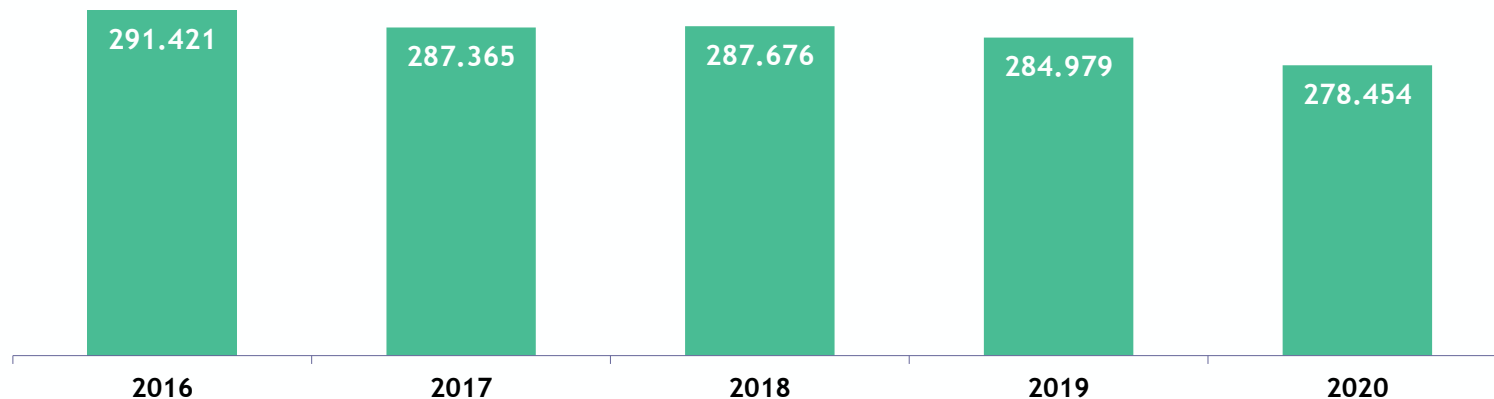
Beneficiários titulares são:

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

Beneficiários dependentes são:

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

Número de beneficiários: redução de 4,4% 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 superior ao número de nascimentos.

Distribuição por empresa e em território nacional

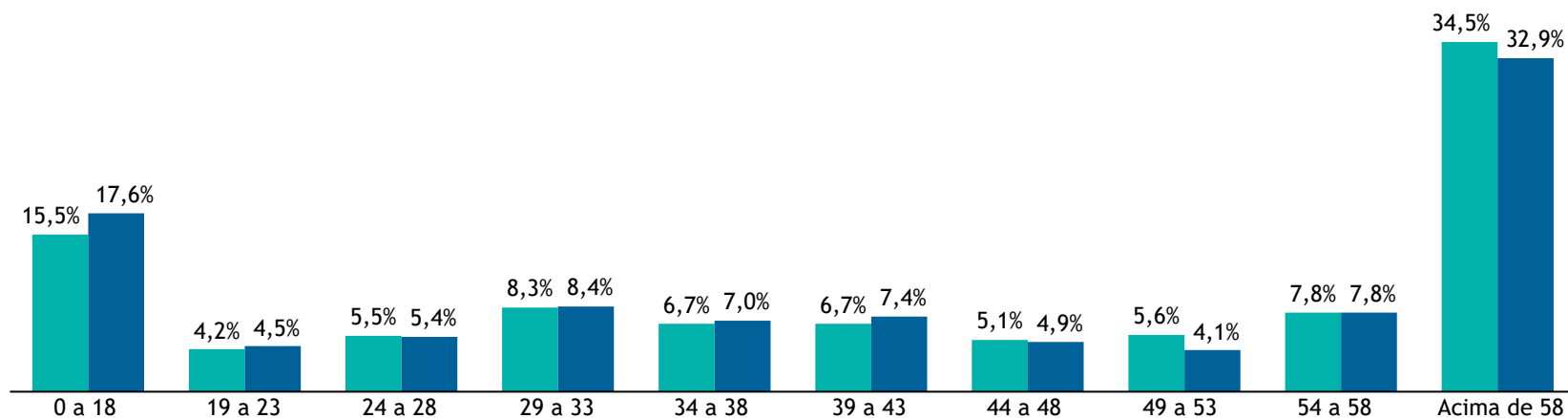
Empresa	Quantidade	Percentual
Petrobras - Petróleo	260.012	93,4%
Transpetro	17.216	6,2%
TBG	716	0,3%
Petrobras Biocombustível	384	0,1%
Termobahia	126	0,05%
Total	278.454	100%



Distribuição por gênero e faixa etária

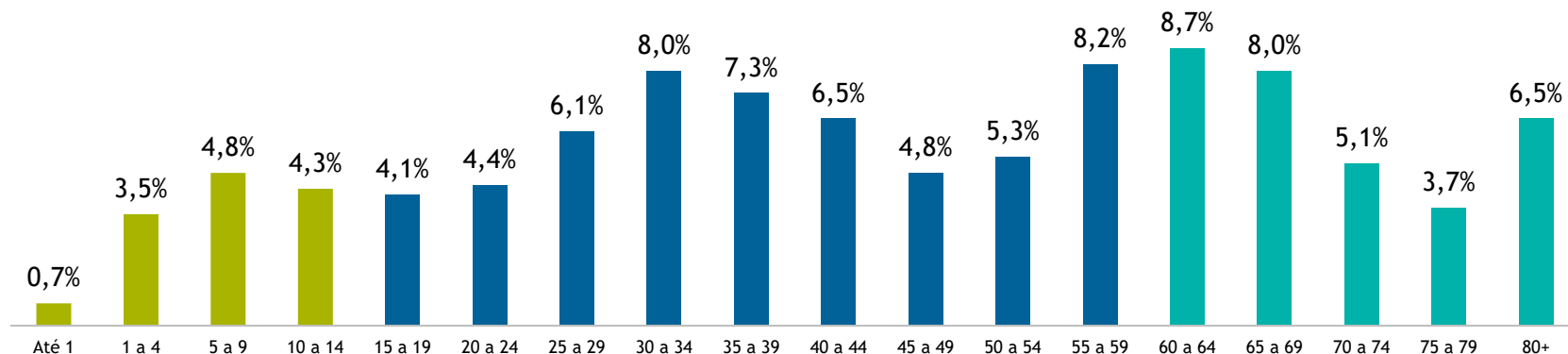
52% Feminino

48% Masculino



Média de idade nos últimos anos: 45 em 2018, 45 em 2019 e 46 em 2020.

Distribuição por faixa etária epidemiológica



Idosos
32% - 89.145



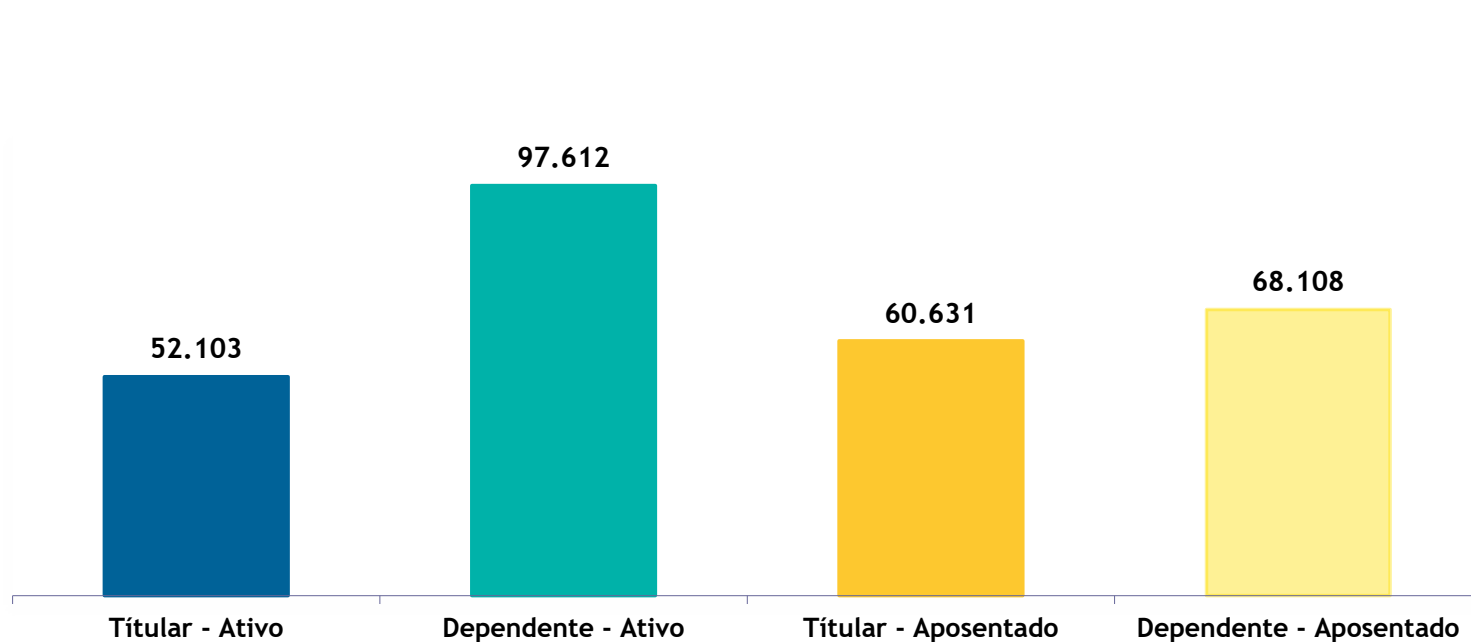
Jovens
13% - 37.139



Índice de
Envelhecimento
240%

Percentual médio de idosos em operadoras de planos de saúde de autogestão: 23% | Percentual de idosos em operadoras de planos de saúde do mercado: 13%

Distribuição por situação laboral



81% está fora da empresa: aposentados, pensionistas e dependentes | Média de dependentes por titular: 1,5

Rede Credenciada



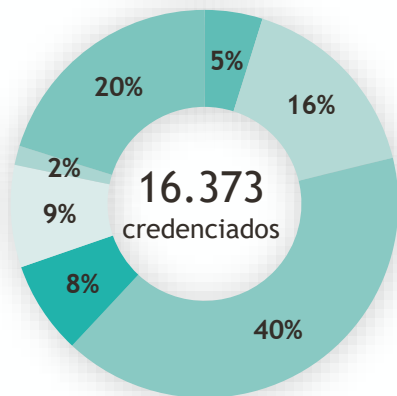
Contextualização

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 lograram 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 do plano 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



- Hospitais
- Clínicas Médicas (PJ)
- Consultórios Médicos (PF)
- Laboratórios e Serviços de Imagem (PJ)
- Tratamento Continuado (PF e PJ)
- Demais Credenciados (PF e PJ)



Índice de suficiência do plano

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 do plano está acima do recomendado e do seus pares.

O índice de suficiência do plano é de 59

Cassi (autogestão do Banco do Brasil) = ID 33

Postal (autogestão) dos Correios = ID 50

Saúde Suplementar



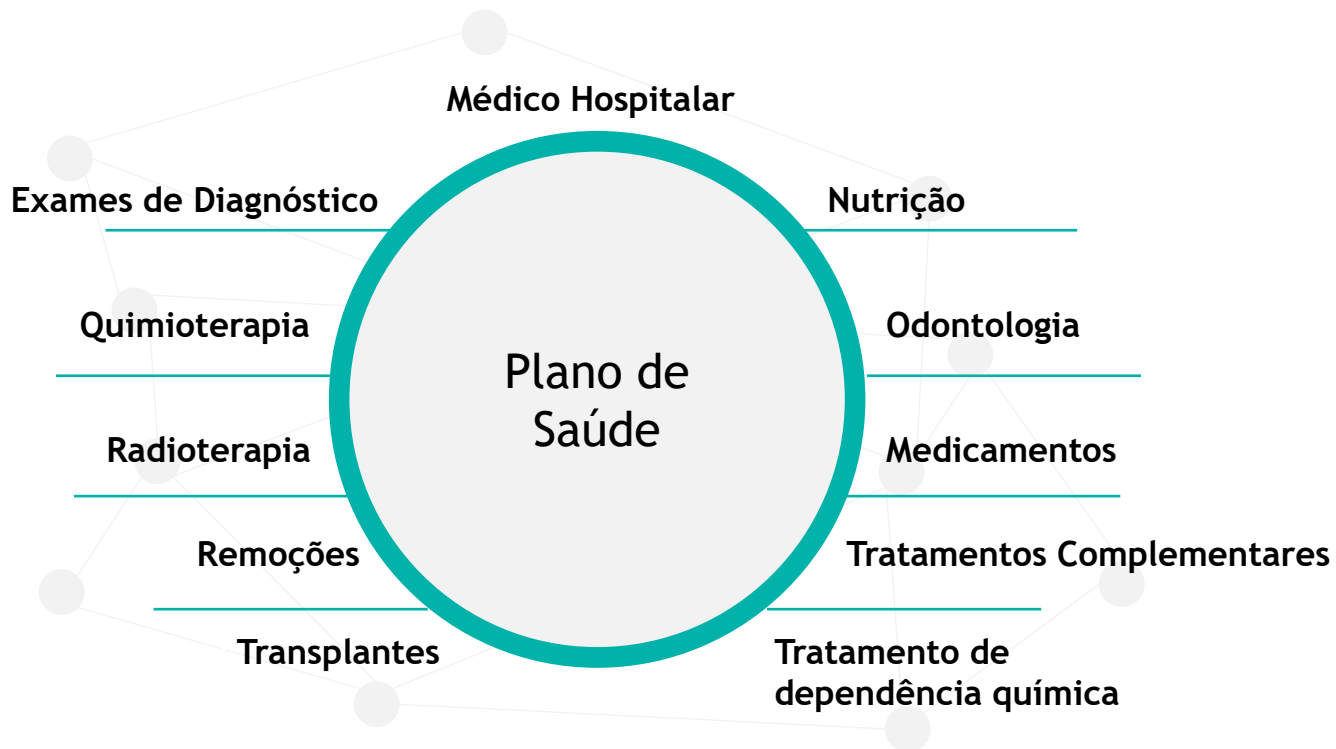
Contextualização

Nós somos um plano de autogestão por RH com **abrangência nacional** e padrão de acomodação em **internação do tipo individual**.

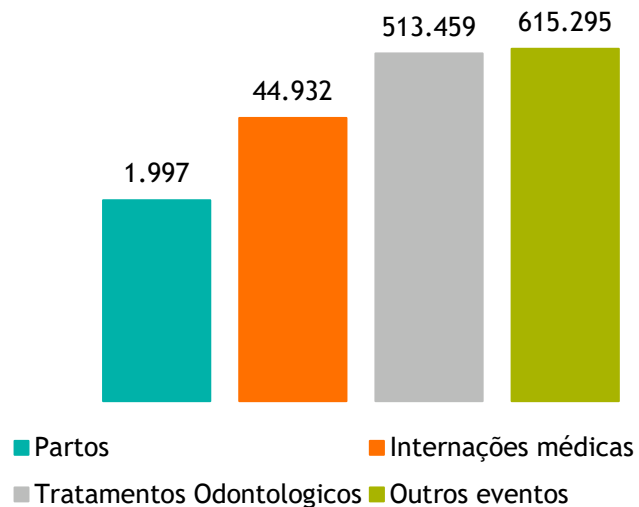
As coberturas são definidas de acordo com as negociações de Acordo Coletivo de Trabalho e Rol de cobertura mínima da ANS - Agencia Nacional de Saúde Suplementar.

A regulação das solicitações de autorização tem um papel importante para a segurança dos nossos beneficiários, contribuindo para a qualidade e sustentabilidade do plano.

Coberturas



Autorizações



Mais de 1 milhão de senhas analisadas.

Das senhas autorizadas, mais de 90% foram autorizadas no prazo.

*Outros eventos: exames, terapias e tratamentos continuados

Desempenho Financeiro



Definições

Para compreender as avaliações sobre os custos do plano, 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. **Desembolso = custo + arrecadação;**
- **Despesa Administrativa:** despesas para a manutenção da operação do plano (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.

Definições

As modalidades de atendimento do plano são:

Escolha Dirigida (ED): A Escolha Dirigida é a modalidade de atendimento prestada por profissionais e instituições credenciados pela Petrobras. Nesta modalidade, não é necessário realizar qualquer desembolso no ato do atendimento.

Livre Escolha (LE): É a forma de atendimento na qual os beneficiários utilizam os serviços de profissionais ou instituições não credenciados no plano. Nesta modalidade, a Petrobras reembolsa os valores pagos de acordo com os critérios definidos no seu Regulamento.

As modalidades de custeio são:

Grande Risco (GR): O Grande Risco é a mensalidade do beneficiário, cuja tabela é calculada de acordo com a faixa salarial do titular e a idade de cada beneficiário.

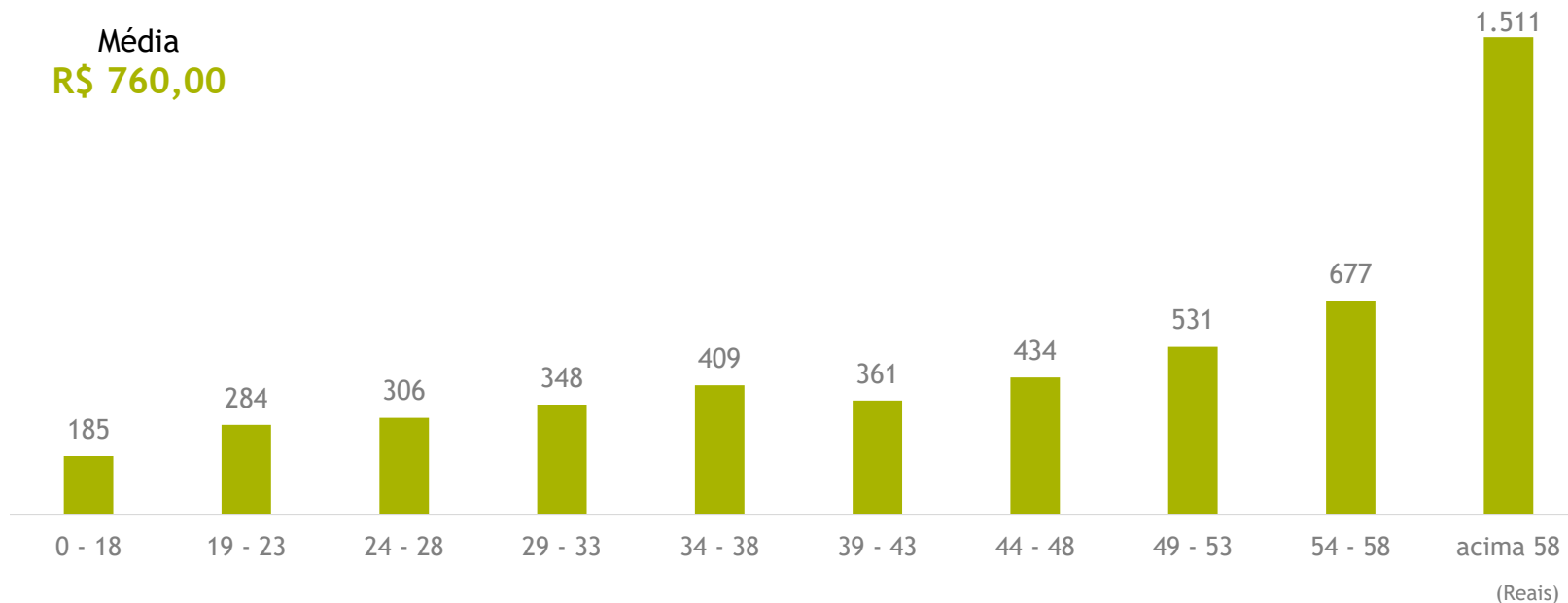
Pequeno Risco (PR): O Pequeno Risco é a coparticipação financeira do beneficiário sobre os custos de procedimentos assistenciais prestados fora do regime de internação hospitalar e domiciliar, a exemplo de exames, consultas e procedimentos realizados ambulatorialmente.

Definições

Plano 28 anos: O Beneficiário Titular poderá inscrever, como dependente, nesse plano, filhos e enteados de qualquer estado civil maiores de 21 anos e menores de 29 anos, com permanência permitida até completar 34 anos. Para o **custeio do plano**, o Beneficiário Titular paga uma **contribuição mensal fixa (GR)**, por dependente inscrito, independentemente da utilização. Os custos de **Pequeno Risco terão coparticipação de 50%, independentemente da faixa salarial do beneficiário titular.**

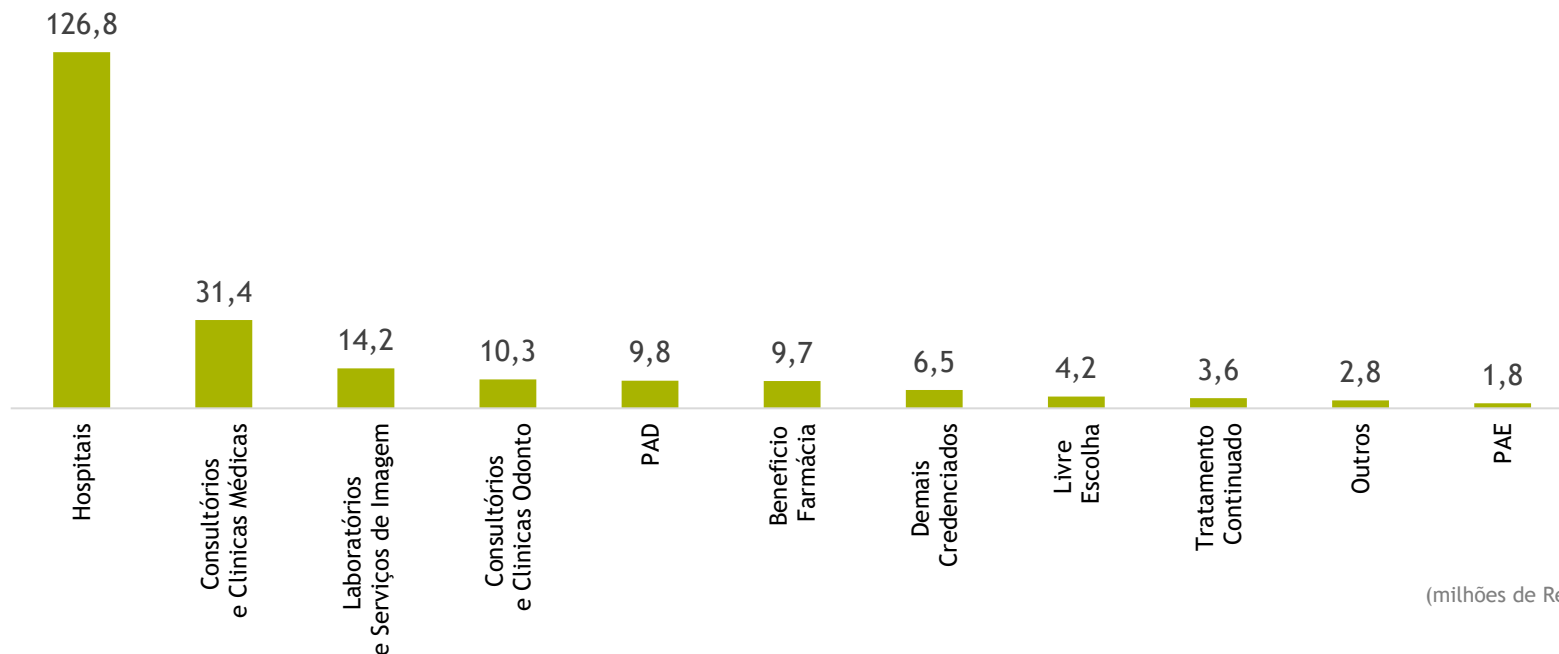
Benefício Farmácia (BF): O Benefício Farmácia é um programa que dá aos seus beneficiários, titulares e dependentes, acesso a uma ampla lista de medicamentos, que podem ser adquiridos por meio de entrega em domicílio (Delivery) ou reembolso (para medicamentos adquiridos em farmácias). **Há um grupo de medicamentos cobertos integralmente pela companhia e outro grupo de medicamentos cobertos pela modalidade de coparticipação.** Quanto maior a faixa salarial do empregado, maior sua participação, e quanto maior o custo do medicamento, menor a participação dos beneficiários.

Desembolso: média mensal por beneficiário por faixa etária

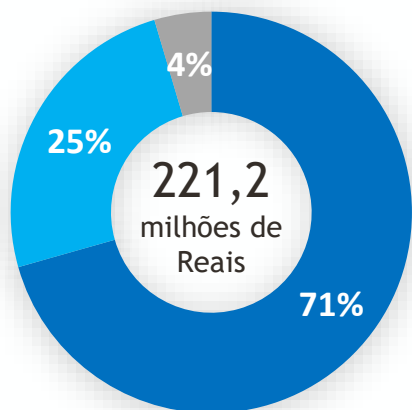


67% do desembolso total do plano está na faixa etária acima dos 58 anos | O desembolso do Benefício Farmácia não está incluído no levantamento

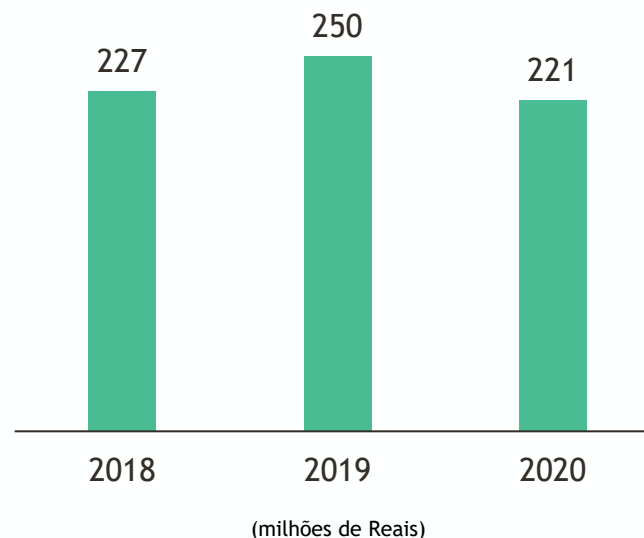
Desembolso assistencial: média mensal por classe de credenciado



Desembolso assistencial: participação por tipo de risco e evolução de 2018 a 2020

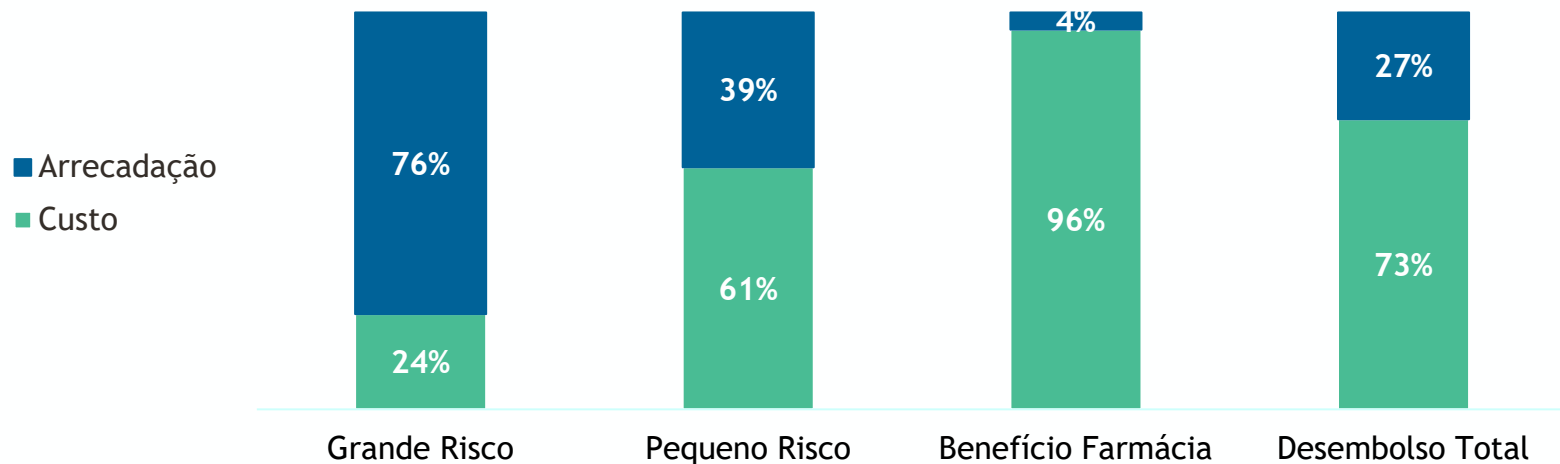


- Desembolso Grande Risco
- Desembolso Pequeno Risco
- Desembolso Benefício Farmácia



Os valores são referentes a média mensal.

Desembolso Assistencial: relação de custeio por tipo de risco



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:

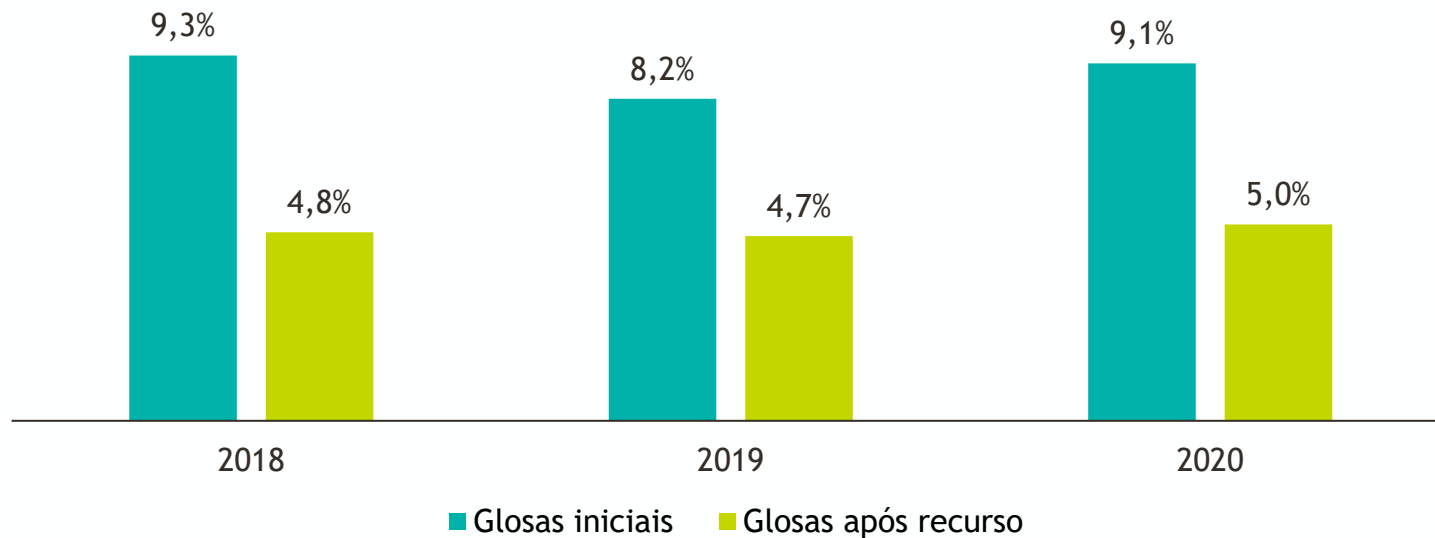
- A cobrança é analisada e entendida como não procedente;
- Problemas operacionais, como cadastro desatualizado de beneficiários ou credenciados, falha no preenchimento da cobrança, entre outros.

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

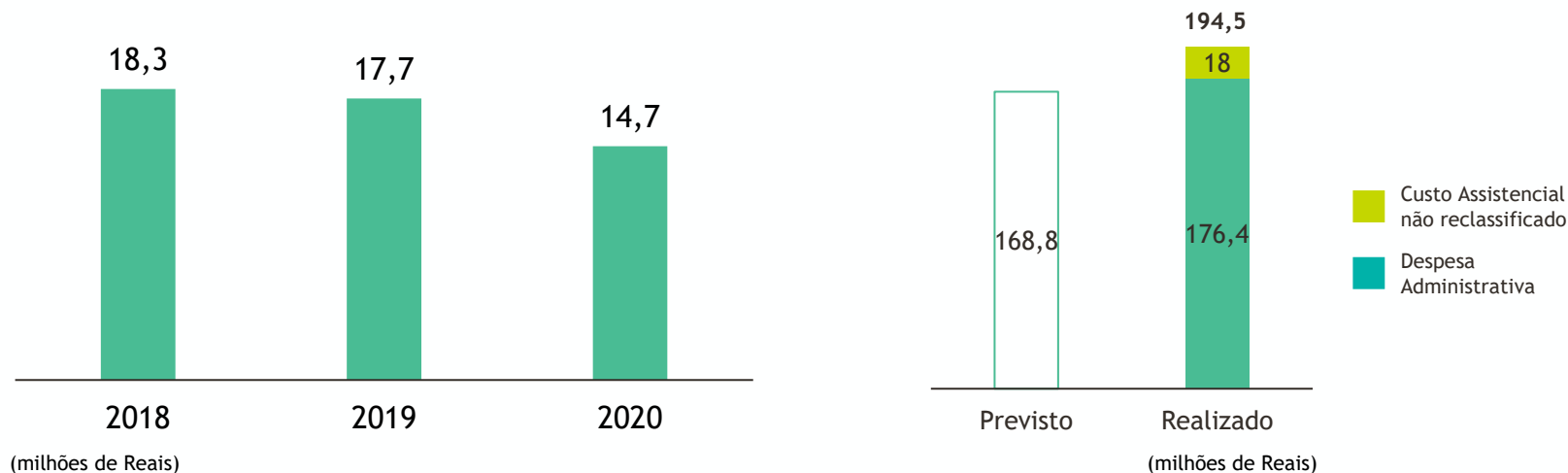
A fim de evitar glosas indevidas, trabalhamos ativamente na **manutenção do cadastro, na criação de críticas na entrada da cobrança e na revisão de regras de negócio redundantes**. Para corrigir erros de processo, reabrimos cronogramas de recursos e procedemos com o autorrecurso.

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.

Glosas médicas: evolução da média mensal em comparativo anual

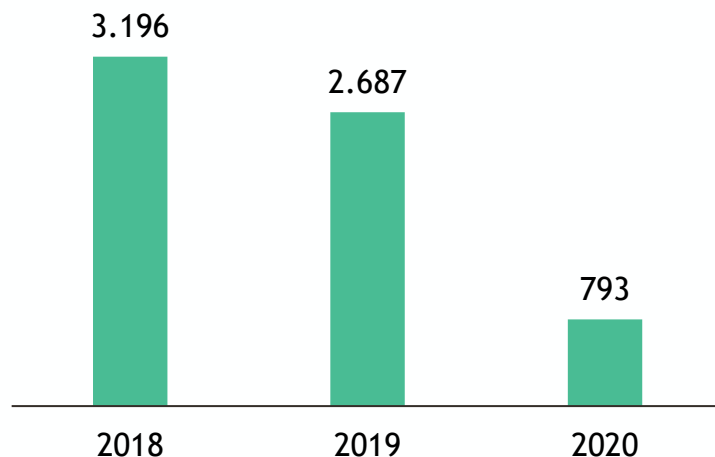


Despesas administrativas: comparação mensal 2018 a 2020 e total em 2020



A média mensal de despesas administrativas reduziu em 20% de 2018 a 2020, porém a despesa administrativa foi maior do que a prevista em orçamento. As principais contas que impactaram o indicador foram: serviços (25,1), empregados (1,4), encargos (1,4) e materiais (-3,4).

Despesas administrativas: pagamento de NIP* de 2018 a 2020



(milhares de Reais)

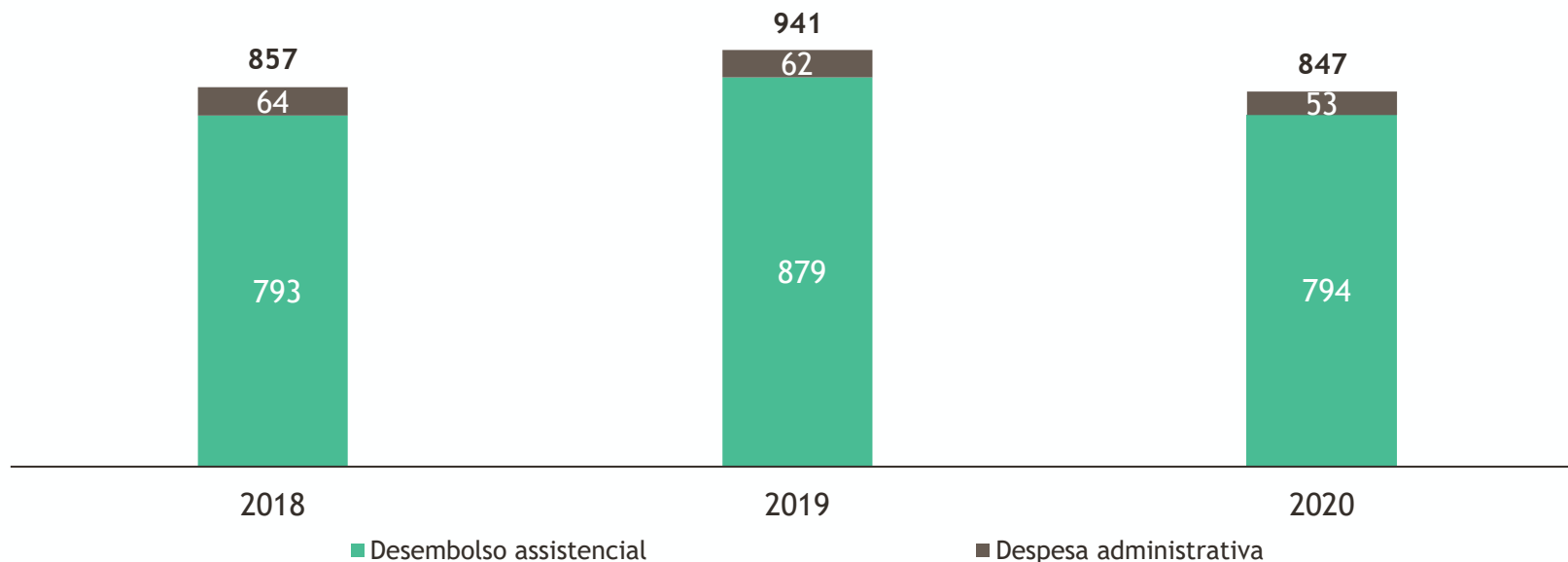
17 multas pagas em 2020

Valor médio por NIP pago: R\$ 47.000,00

Redução de 71% em relação a 2020

* 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 por meio de uma NIP, o plano corre o risco de ser obrigado a pagar uma multa. Portanto, sempre que a o plano for obrigado a pagar uma multa, este valor entra no cálculo da sinistralidade do plano juntamente com outras contas e é dividida, ao final do ano, entre o plano e beneficiários.

Gastos totais por beneficiário



(gastos em Reais)

Em 2020 houve redução de 10% nos gastos totais do plano (desembolso assistencial + despesa administrativa) em relação a 2019, sendo 15% em despesas administrativas.

Indicadores



Indicadores: definição e meta

Indicador	Definição		Meta	Realizado	
MCAMS - Margem de Contribuição da AMS	Mede o custo total líquido do plano por beneficiário	Quanto menor melhor	R\$ 9.039,66	R\$ 7.358,00	122,9%
DAMSB - Despesa Assistencial de AMS por Beneficiário	Relação entre desembolso assistencial total e o total de beneficiários no período	Quanto menor melhor	R\$ 10.592,68	R\$ 9.425,00	112,4%
CADM - Custo Administrativo Per Capita	Relação entre o custo administrativo total do plano e o número total de beneficiários no mesmo período	Quanto menor melhor	R\$ 599,39	R\$ 689,00	86,9%
TADM - Taxa de Administração do plano	Mede custo administrativo realizado pelo plano, dividido pela despesa assistencial total realizada no mês	Quanto menor melhor	6,0%	7,3%	81,8%
IGAP - Índice de Garantia de Atendimento no Prazo	Mede o percentual de demandas por garantias de atendimento atendidas no prazo	Quanto maior melhor	R\$ 11.192,07	R\$ 10.115,00	110,6%
ICP - Índice de Custeio Petrobras (70/30)	Mede o percentual de participação da Petrobras no custo assistencial total do benefício saúde	Não há menor ou maior	70%	73,1%	95,8%
IPF - Índice de Participação de Custo do plano no Custeio da Folha	Relação entre total das folhas (pagamento e proventos) e o custo total do plano (custo assistencial e despesas administrativas)	Quanto menor melhor	8,0%	7,3%	110,2%

Programas Complementares



Conheça os Programas

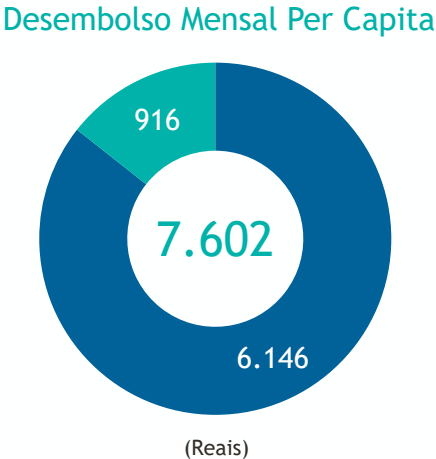
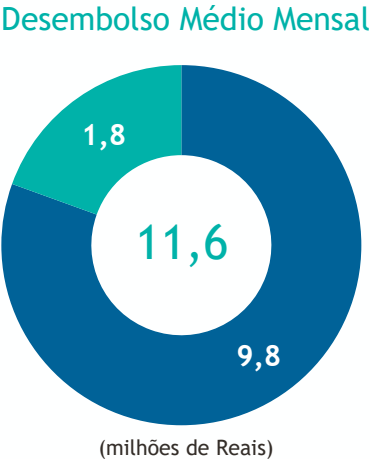
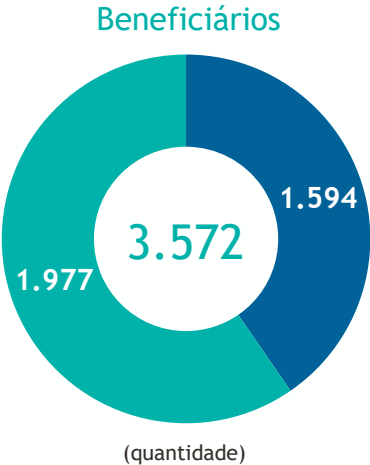
O **Programa de Atenção Domiciliar (PAD)** oferece atenção domiciliar temporária ao beneficiário com comprovada impossibilidade de locomoção e deslocamento de sua residência. Tem direito ao PAD o beneficiário do plano cuja **condição de saúde impeça seu deslocamento até os serviços ambulatoriais de saúde**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

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.

O **Programa de Assistência Especial (PAE)**, benefício instituído e administrado pela Petrobras, 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.

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, aliado à preservação da saúde.

Resultados dos Programas



■ PAD ■ PAE

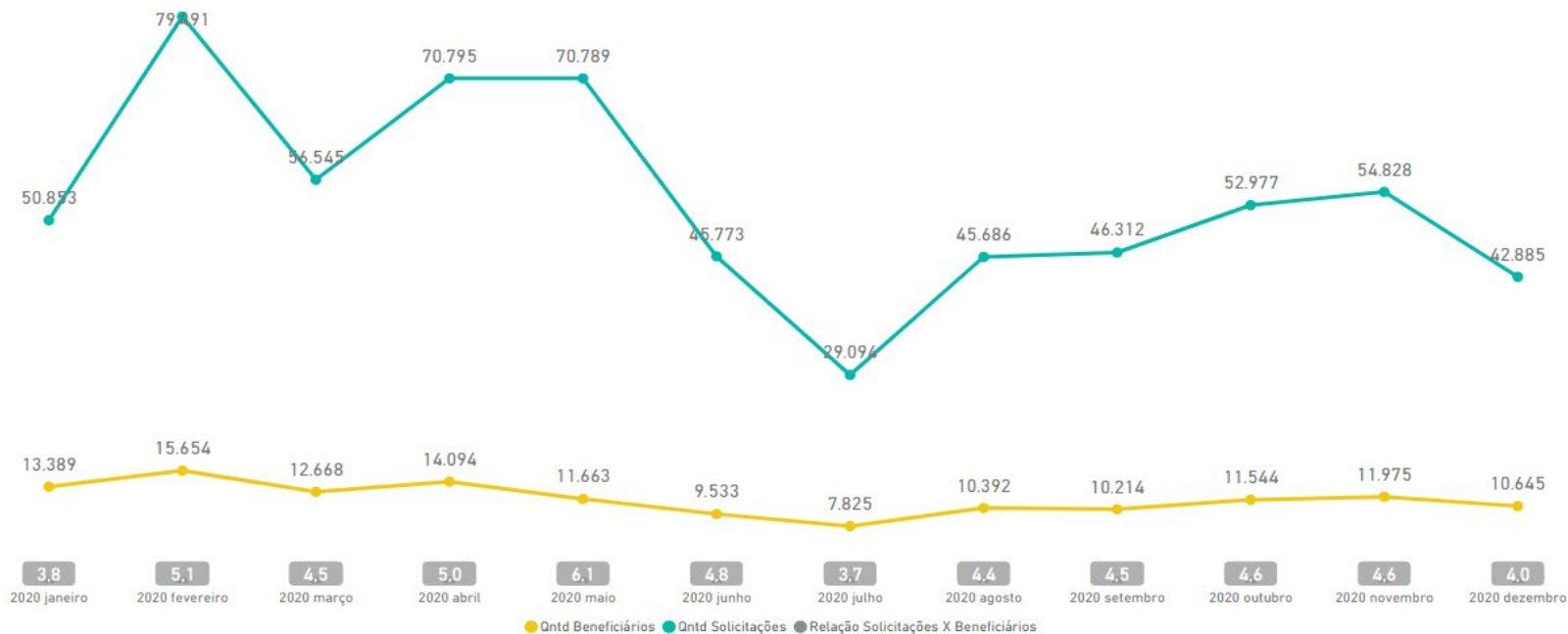
Benefício Farmácia

O Benefício Farmácia é um **programa com acesso a uma ampla lista de medicamentos**, que podem ser adquiridos por meio de **entrega em domicílio (*delivery*) ou reembolso (para medicamentos adquiridos em farmácias)**.

Destinado, principalmente, às pessoas em tratamento de doenças crônicas priorizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde, bem como de doenças psiquiátricas e doenças neurológicas.

No modelo atual do Benefício Farmácia, **não há mais cobrança de contribuições mensais fixas no contracheque**. Somente há cobrança quando o beneficiário adquire algum medicamento sujeito à coparticipação por meio do programa de acordo com a utilização, faixa salarial o custo do medicamento.

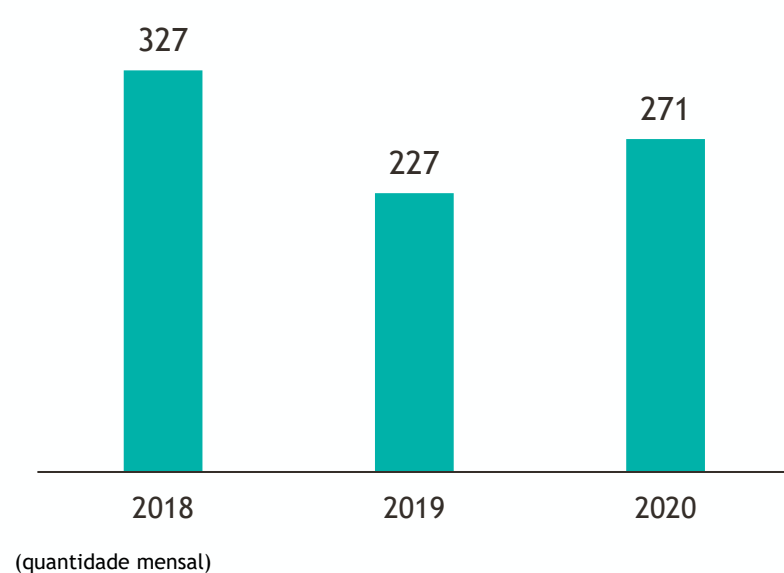
Benefício Farmácia



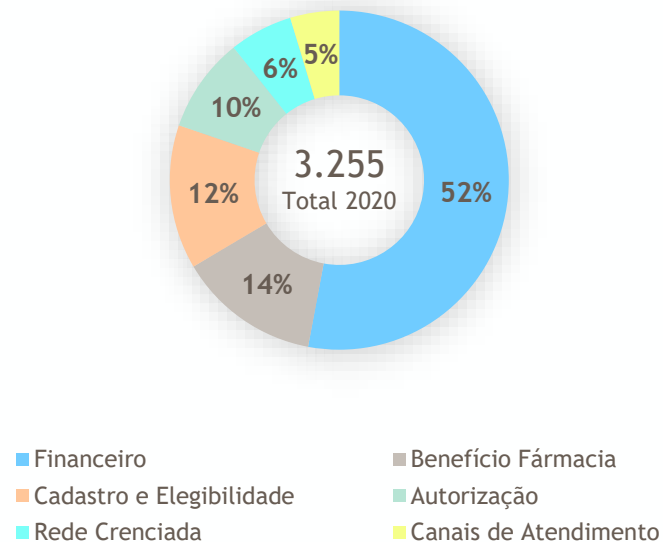
Ouvidoria



Quantidade mensal e principais assuntos 2020



Aumento de 19% das demandas de Ouvidoria de 2019 a 2020.



Principais Realizações em 2020



Principais Realizações em 2020



- Definição do ACT 2020-2022
- Recuperação de mais de R\$ 5 milhões de Saldo Devedor descontados de PPP
- Arrecadação extra (equacionamento do déficit de 2019) de R\$ 73,2 milhões
- Reajuste da tabela de GR em 17,3% (VCMH)
- Redução de custo assistencial de R\$ 457 milhões (-18%)
- Redução de custo administrativo de 23,9% em relação ao realizado em 2019



- Comunicação focada no plano de saúde
- Implantação da Telemedicina Einstein Conecta / Obstetrícia / Rede Credenciada
- Rede Credenciada: 1ª Pesquisa de Satisfação e Renovação cadastral de toda a Rede
- Reformulação do Benefício Farmácia
- Novo Modelo de Gestão - Aprovação, Plano de Transição, Criação e Estruturação da Saúde Petrobras



Quem é a Saúde Petrobras?



A Associação Petrobras de Saúde (APS)

- Associação civil sem fins lucrativos
- Criada em setembro de 2020
- Operadora de plano de autogestão especializada em saúde suplementar
- Patrocinada pela Petrobras
- Nome escolhido pelos beneficiários
- Registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
- Em funcionamento desde 1º de abril



Conheça nossa diretoria



Marcelo de Lima Dias

Presidente

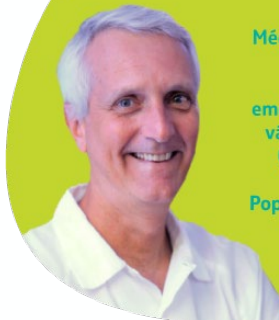
Administrador e contabilista, atua no mercado de saúde suplementar há mais de 40 anos, tendo trabalhado em empresas como Sul América, Jonhson & Higgins/Marsh & McLennan Companies, onde fez parte da equipe de executivos que criou e desenvolveu em 1987 a Mediservice Operadora de Planos de Saúde, empresa especializada na administração de planos de saúde para médias e grandes empresas, adquirida em 2008 pela Bradesco Saúde, permanecendo no Grupo Bradesco Seguros nos últimos 12 anos.



José Waldir Leopércio

Diretor de Regulatório e Saúde

Médico com residência e mestrado em pneumologia, José Waldir acumula mais de 25 anos de experiência em gestão de saúde. Foi oficial do grupo de socorro de emergência do Corpo de Bombeiros e atuou na direção de vários hospitais de alta complexidade como São Lucas e Quinta D'Or, no Rio de Janeiro. Nos últimos cinco anos, organizou e dirigiu a área de Gestão de Saúde Populacional da Amil, contribuindo com conceitos e ações para um sistema de saúde mais organizado e custo-efetivo.



Carlos Alberto Siqueira Gomes

Diretor de Administração e Finanças

Com extensa trajetória na Petrobras, tendo ocupado diversos cargos gerenciais na área contábil da companhia - no E&P e na área Financeira - Carlos Alberto também foi membro titular do Comitê de Investimentos da Petros, de julho de 2016 a novembro de 2020. O novo diretor de Administração e Finanças da Saúde Petrobras é graduado e pós-graduado em Ciências Contábeis, mestre em Economia e Finanças pela FGV-RJ, além de ter um MBA Executivo pela COPPEAD/UFRJ.



Adir Meirelles

Diretor de Rede e Atendimento

Na Petrobras há 12 anos, Adir tem ampla experiência na gestão benefício do plano de saúde e atuou como gerente-geral interino na AMS Petrobras. No setor da saúde suplementar, também é diretor nacional da Unidas Autogestões. Graduado em Administração de Empresas, o novo diretor de Rede e Atendimento da Saúde Petrobras também possui pós-graduação em Gestão em Petróleo e Gás pela FGV.



