



FUNDAÇÃO  
**Libertas**

RELATÓRIO ANUAL

2015  
RAI SAÚDE

*Nada é mais  
libertador  
que um  
futuro  
garantido.*



# Expediente

## **Diretoria Executiva**

Edevaldo Fernandes da Silva  
Diretor-Presidente

Cláudia Ferreira Vieira Machado da Cunha Balula  
Diretora de Seguridade Social

Eugenia Bossi Fraga  
Diretora Administrativa e Financeira

## **Conselho Deliberativo**

Helter Verçosa Morato - Presidente  
Mônica Borda D'Água - Suplente

Reginaldo Vicente de Resende - Titular  
Aloísio Carlos Pereira - Suplente

Milton Luiz Costa - Titular  
Welinton Rais da Silva - Suplente

Gustavo Guimarães Garreto - Titular  
Antônio José Soares - Suplente

Márcio Torres - Titular  
Ronaldo Bruno Torchia - Suplente

Rodrigo Antônio de Faria - Titular  
Milene de Carvalho - Suplente

## **Conselho Fiscal**

Renilton Barreiros Filho - Presidente  
Rubens Teixeira - Suplente

Andréa Thereza Pádua Faria - Titular  
Cesário Silva Palhares - Suplente

Perla Ferreira Salles Breña - Titular  
Kleber de Souza - Suplente

José Geraldo Sant'Ana - Titular  
Elcione Soares de Oliveira - Suplente



**“Comprometimento individual a um esforço conjunto — isso é o que faz um time funcionar, uma empresa funcionar, uma sociedade funcionar, uma civilização funcionar.”** *Vince Lombardi*

# COMPROMETIMENTO

Na Fundação Libertas, além de sermos empregados e gestores, somos participantes! O nosso compromisso é com o futuro, com a formação de aposentadorias e pensões que protejam a renda na inatividade, com a qualidade de vida de nossos participantes de assistência à saúde e com a construção de uma sociedade mais sustentável.

## **Sumário**

<b>7</b>	<b>Mensagem</b>
<b>9</b>	<b>A Fundação Libertas</b>
<b>10</b>	<b>Mantenedoras de Planos de Assistência à Saúde</b>
<b>11</b>	<b>Plano de Assistência à Saúde sem Mantenedora</b>
<b>11</b>	<b>Beneficiários</b>
<b>13</b>	<b>Governança</b>
<b>21</b>	<b>A Legislação e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)</b>
<b>23</b>	<b>Vantagens do Plano de Autogestão em Saúde da Libertas</b>
<b>25</b>	<b>Gestão Assistencial</b>
<b>27</b>	<b>Estrutura de Assistência à Saúde</b>
<b>29</b>	<b>Patrimônio</b>
<b>35</b>	<b>Supervisão da ANS</b>
<b>36</b>	<b>Fatos relevantes em 2015</b>
<b>49</b>	<b>Desafios e Oportunidades</b>
<b>50</b>	<b>Educação para a saúde</b>
<b>51</b>	<b>Plano de Assistência à Saúde - Fundação Libertas</b>
<b>55</b>	<b>Plano de Assistência à Saúde - Ex-Servidores da extinta Minas Caixa</b>
<b>58</b>	<b>Plano de Assistência à Saúde - Prodemge</b>
<b>62</b>	<b>Glossário</b>

**“Estamos a destruir o planeta e o egoísmo de cada geração não se preocupa em perguntar como é que vão viver os que virão depois. A única coisa que importa é o triunfo do agora. É a isto que eu chamo a cegueira da razão.” José Saramago**

# SUSTENTABILIDADE

Um mundo melhor se faz, hoje e sempre, de atitudes mais planejadas, pensadas e, principalmente, pelo fazer. Não podemos esperar do outro a atitude, temos que tomar a responsabilidade de poupar e formar as reservas que nos protejam no futuro, mais do que uma entrega para os nossos filhos e netos, a certeza é que entregaremos para nós mesmos um amanhã mais seguro.



# Mensagem

Entender o papel que a saúde tem na vida de cada ser humano já ficou bastante marcado em nosso inconsciente, seja pelo bom senso de desejarmos saúde às pessoas ou pelo entendimento que sem saúde não vamos a lugar nenhum. Esse aprendizado comum, passado de mãe/pai para filho, embora seja um verdadeiro mantra, que não nos esquecemos quando queremos brindar a vida, em aniversários e festividades, não é de tão fácil aprendizado, bem como, de baixo custo.

Com esse parágrafo inicial saudamos nossos participantes, beneficiários dos planos de saúde administrados pela Fundação Libertas, lançando o Relatório Anual de Informações dos Planos de Assistência à Saúde – RAI Saúde. O Relatório tem o papel de informar, qualificar, provocar e, principalmente, prestar conta aos nossos milhares de beneficiários.

Dividido em dois grandes blocos, um mais geral, que transita por qualificar a Libertas e as suas atividades e outro, específico, que tem por condão trazer as informações mais adequadas sobre os planos administrados. Pretendeu-se falar da Fundação, dos atores relevantes para a sua atuação e da gestão assistencial registrada na (ANS) sob o nº **37.821-6**, no qual estão vinculados os três Planos administrados.

De todo modo e em síntese, sem que percam a leitura dos demais temas, reafirmamos que gostamos muito do que nos propomos a fazer: administrar Planos de Assistência à Saúde para os empregados da Prodemge e da Fundação Libertas, e também para a massa de beneficiários da extinta MinasCaixa, que são mantenedores individuais do seu Plano. Uma entidade com 39 anos de história em comum com seus beneficiários, atendendo às suas necessidades com custos reduzidos frente ao mercado e com o propósito de apoiar a saúde de seus destinatários muito além do custeio assistencial.

Como diria José Saramago, *gostar é provavelmente a melhor maneira de ter, ter deve ser a pior maneira de gostar*. O ganhador do prêmio Nobel de Literatura de 1998, o primeiro para um escritor de língua portuguesa, conseguiu sintetizar como nos sentimos e como nos propomos a ser.

Saudações e saúde a todos.

**Diretoria Executiva**



**“O segredo da Felicidade no Trabalho  
Reside em uma Palavra: Excelência.  
Faz Bem Aquele que Gosta do que Faz.”**  
*Fabício Santana*

# EXCELÊNCIA

# A Fundação Libertas

**A** Fundação Libertas de Seguridade Social é uma entidade fechada de previdência complementar (EFPC), também denominada fundo de pensão, sem fins lucrativos, que tem por objetivos principais a criação, a administração e a execução de planos de benefícios de natureza previdenciária e assistencial à saúde, na modalidade de autogestão.

Os recursos dos Planos administrados pela Libertas, provenientes das contribuições de participantes e, quando possuir, das suas empresas patrocinadoras, são administrados, no custeio das obrigações dos planos, e investidos no mercado financeiro para cumprir sua finalidade: garantir renda na aposentadoria e proteção à saúde dos seus participantes, beneficiários e dependentes, sendo utilizados apenas para esse fim e para custear o funcionamento da Fundação.

Na Libertas, a gestão de planos previdenciais e a gestão de planos de assistência à saúde são completamente independentes, autônomas, com normatização própria, com patrimônio e contabilidade segregados, livres de qualquer influência.

E, por não haver finalidade lucrativa, todos os resultados dos investimentos da Fundação são revertidos diretamente aos destinatários inscritos nos respectivos planos, por meio da concessão de benefícios previdenciários ou na garantia da assistência à saúde ou constituindo reservas garantidoras para tais propósitos.

Na qualidade de operadora de planos de assistência à saúde na modalidade de autogestão, a Libertas está registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) sob o nº **37.821-6**, com as seguintes características:

- » Autogestão com e sem mantenedora;
- » Coletivo Empresarial (RN nº 195/2009);
- » Segmentação - Ambulatorial e hospitalar com obstetrícia;
- » Acomodação em Apartamento;
- » Cobertura de Rede Estadual.

Atualmente, a Fundação administra os planos de assistência à saúde das patrocinadoras **Prodemge** e **Fundação Libertas** e dos **ex-servidores da extinta MinasCaixa**.

## Declarações Corporativas

### Missão

Gerir planos de previdência complementar e de saúde, com excelência, para participantes, beneficiários, patrocinadores e instituidores, contribuindo para uma sociedade melhor.

### Visão

Ser reconhecida pela excelência na gestão de planos de previdência complementar e de saúde.

### Valores

Ética, respeito, responsabilidade, comprometimento, profissionalismo, integridade, equidade, transparência, excelência e sustentabilidade.

## Mantenedoras de Planos de Assistência à Saúde

Mantenedora ou patrocinadora é a denominação dada às empresas que oferecem e patrocinam planos de benefícios de assistência à saúde para seus empregados, administrados pela Libertas. Atualmente, dos três planos administrados pela Fundação Libertas, dois são patrocinados pelas empresas:

- » Fundação **LIBERTAS** de Seguridade Social; e
- » **PRODEMGE** - Companhia de Tecnologia da Informação do Estado de Minas Gerais.



# Plano de Assistência à Saúde sem Mantenedora

O Plano dos Ex-Servidores da extinta MinasCaixa é um plano de autogestão sem a presença de uma mantenedora/patrocinadora, custeado somente por seus beneficiários, uma vez que a Autarquia foi liquidada extrajudicialmente em 1991.

## Beneficiários

O beneficiário é o principal ator de um plano de assistência à saúde na modalidade de autogestão, para o qual são estabelecidos os benefícios, a obrigação de contribuir e que são afetados pelo impacto direto do custo médico na utilização. Em síntese, podem ser enquadrados na qualidade de beneficiário o empregado de empresa patrocinadora, o ex-empregado aposentado, os mantenedores individuais e seus dependentes diretos de acordo com a regra do plano, entre outros, que aderirem ao plano assistencial. A gestão de um plano assistencial à saúde pode ser assim visualizada: de um lado, empresas instituidoras, como patrocinadoras de planos de saúde, que se destinam à cobertura assistencial, previstas em regulamento, aos seus empregados (ativos e inativos); de outro, os beneficiários inscritos e seus dependentes.

Em relação ao plano que era vinculado à extinta MinasCaixa, reafirma-se que o grupo de ex-servidores (beneficiários) passou a ser o seu único mantenedor após a liquidação extrajudicial da autarquia. A situação do plano e o acompanhamento regular do seu desempenho seguem os critérios e padrões normais da ANS, previstos na legislação.

### Atores da Gestão de Planos de Assistência à Saúde



Fonte: Fundação Libertas/DISE



**“Entender o próximo como a si mesmo, aceitar as diferenças não pelo que querem deixar de fazer, mas pelo que podem fazer e, acima de tudo, considerar o outro como ser humano, pleno, plural, efetivo e de direitos formam a nossa maior fortaleza.”**

*Edevaldo Fernandes da Silva*

# RESPEITO

Na Libertas, respeitamos todos, homens e mulheres, participantes ativos e aposentados, patrocinadoras, empregados e conselheiros e, acima de tudo, respeitamos a Previdência, com um “P” bem maiúsculo, que visa proteger o trabalhador e sua família, hoje e sempre.

# Governança

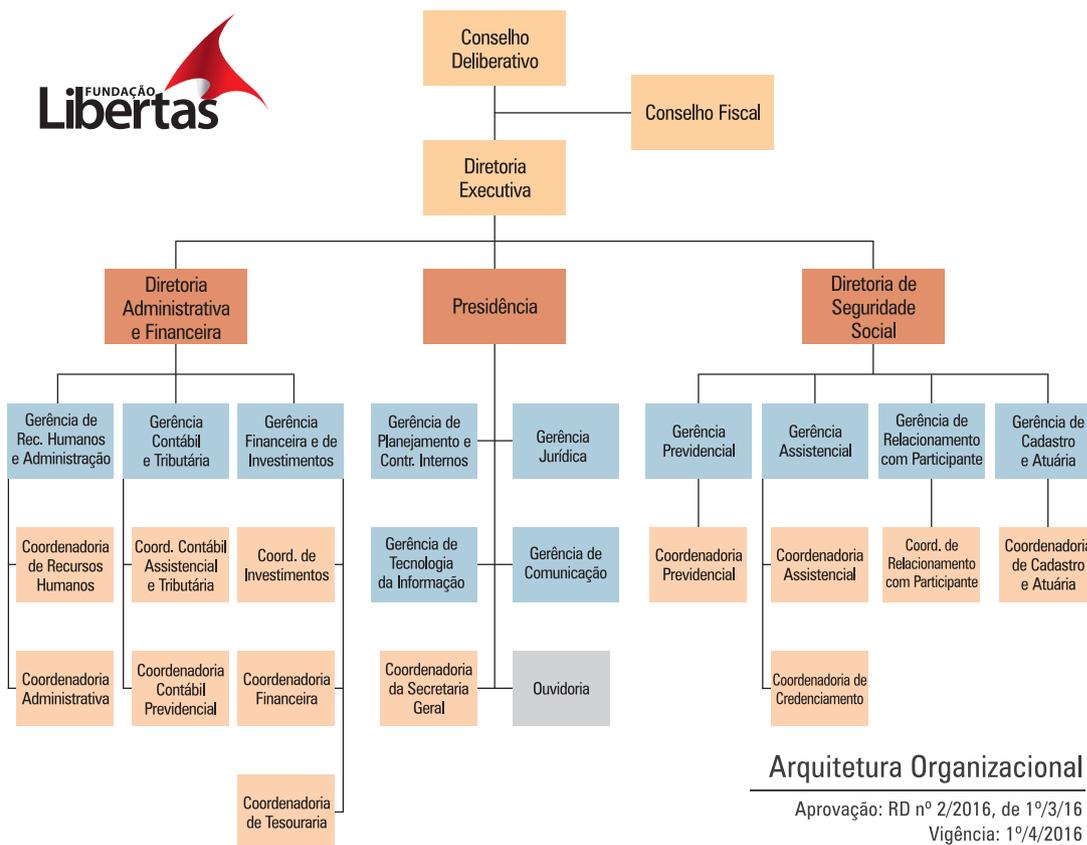
Governança Corporativa é um conjunto estruturado de princípios, políticas, normas, procedimentos e atuações que regula o funcionamento do fundo de pensão, que inclui gestão (definição do objeto social, planejamento, execução e operacionalização), monitoramento (acompanhamento, controle, orientação e fiscalização), e envolve os relacionamentos entre participantes, patrocinadoras, órgãos estatutários, de supervisão e controle.

O Estatuto é o principal normativo da Fundação Libertas e define seus objetivos, a composição dos órgãos colegiados, a estrutura organizacional e aspectos ligados ao patrimônio e planos de custeio, entre outros itens.

O Estatuto tem por base as Leis Complementares nº108 e nº109, de 29/5/01, normas, resoluções e instruções específicas do Conselho Nacional da Previdência Complementar (CNPC), Superintendência Nacional da Previdência Complementar (Previc), do Conselho Monetário Nacional (CMN) e da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Compõem a estrutura de governança e gestão da Libertas o Conselho Deliberativo, o Conselho Fiscal e a Diretoria Executiva, órgãos autônomos que têm composição, competência e funcionamento definidos no Estatuto e no Regimento Interno dos Órgãos Estatutários.

## Estrutura Organizacional



## Arquitetura Organizacional

Aprovação: RD nº 2/2016, de 1º/3/16  
 Vigência: 1º/4/2016  
 (layout: GECOM)

Fonte: Fundação Libertas/DIAF/GERHA

## Órgãos Estatutários

**Conselho Deliberativo** - órgão máximo da estrutura organizacional da Fundação Libertas, responsável pela definição da política geral de sua administração e dos planos de benefícios de natureza previdenciária.

É formado por seis membros titulares e respectivos suplentes, sendo três eleitos por voto direto de participantes e outros três indicados por patrocinadoras, com mandato de quatro anos, conforme estabelecido no Estatuto. O presidente do órgão é eleito entre os membros titulares indicados por patrocinadoras e possui o voto de Minerva.

Em 2015, o Conselho Deliberativo reuniu-se mensalmente e, extraordinariamente, quando convocado por seu presidente ou pela maioria dos seus membros, tendo realizado 12 reuniões ordinárias e 16 extraordinárias.

 CONSELHO DELIBERATIVO			
Conselheiro titular	Conselheiro suplente	Mandato	Representação
Helter Verçosa Morato (Presidente)	Mônica Borda D'Água	4/5/15 a 10/11/16	MGS
Reginaldo Vicente de Resende	Alóisio Carlos Pereira	4/5/15 a 10/11/16	Copasa
Márcio Torres	Ronaldo Bruno Torchia*	4/5/15 a 10/11/16	Prodemge
Milton Luiz Costa	Welinton Rais da Silva	11/11/14 a 10/11/18	Participantes Copasa
Gustavo Guimarães Garreto	Antônio José Soares	11/11/14 a 10/11/18	Participantes Prodemge
Rodrigo Antônio de Faria	Milene de Carvalho	11/11/14 a 10/11/18	Participantes MGS



\* Ronaldo Bruno Torchia - mandato 18/5/15 a 10/11/16

A partir da esq.: Helter Verçosa Morato (presidente), Gustavo Guimarães Garreto, Rodrigo Antônio de Faria, Márcio Torres, Milton Luiz Costa e Reginaldo Vicente de Resende.

**Conselho Fiscal** - órgão de controle interno da Fundação Libertas, responsável pela fiscalização, cabendo-lhe acompanhar a gestão. É composto por quatro membros titulares e respectivos suplentes. Dois são indicados pelas patrocinadoras, e dois são eleitos pelos participantes, por meio de voto direto. O presidente é escolhido pelos membros titulares eleitos pelos participantes, e detém o voto de Minerva.

Em 2015, o Conselho Fiscal reuniu-se semanalmente e, extraordinariamente, quando convocado por seu presidente ou pela maioria dos seus membros, tendo realizado 41 reuniões ordinárias e 2 extraordinárias.

 <b>CONSELHO FISCAL</b>			
Conselheiro titular	Conselheiro suplente	Mandato	Representação
Renilton Barreiros Filho	Rubens Teixeira	11/11/14 a 10/11/18	Participantes Prodemge
Andréa Thereza Pádua Faria (Presidente)	Cesário Silva Palhares	11/11/14 a 10/11/18	Participantes Copasa
Perla Ferreira Salles Breña	Kleber de Souza	4/5/15 a 10/11/16	MGS
José Geraldo Sant'Ana	Elcione Soares de Oliveira	4/5/15 a 10/11/16	Copasa

Obs.: Renilton Barreiros Filho assumiu a Presidência do Conselho Fiscal em 28/3/2016, em conformidade com a alternância no cargo acordada entre os integrantes do órgão. Anteriormente, o Conselho era presidido por Andréa Thereza Pádua Faria.



A partir da esq.: Renilton Barreiros Filho (presidente), Andréa Thereza Pádua Faria, Perla Ferreira Salles Breña e José Geraldo Sant'Ana.

**Diretoria Executiva** - órgão responsável pela administração geral da Libertas e possui três membros eleitos pelo Conselho Deliberativo, cuja forma de composição e mandato estão previstos no Estatuto. Cabe à Diretoria Executiva cumprir as diretrizes fundamentais e as normas gerais estabelecidas pelo Conselho Deliberativo.

Em 2015, a Diretoria Executiva reuniu-se semanalmente e, extraordinariamente, quando convocada por qualquer membro, tendo realizado 46 reuniões entre ordinárias e extraordinárias.

 DIRETORIA EXECUTIVA		
Membro	Cargo	Mandato
Edevaldo Fernandes da Silva	Diretor-Presidente	6/4/15 a 5/4/19
Cláudia Ferreira V. M. da Cunha Balula	Diretora de Seguridade Social	6/1/16 a 5/1/20
Eugenia Bossi Fraga	Diretora Administrativa e Financeira	6/1/16 a 5/1/20



A partir da esq.: Cláudia Balula, diretora de Seguridade Social, Edevaldo Fernandes da Silva, diretor-presidente, e Eugenia Bossi Fraga, diretora Administrativa e Financeira.

## Órgão de Assessoramento dos Planos de Assistência à Saúde

**Conselhos de Curadores** - São os órgãos de assessoramento dos planos de assistência à saúde administrados pela Libertas, e representam os beneficiários (titulares inscritos) de cada um dos planos de assistência à saúde administrados. O Conselho de Curadores é constituído de forma independente, formado por cinco membros.

No acompanhamento das atividades assistenciais, a participação do Conselho de Curadores é fundamental, possuindo as seguintes atribuições, conforme estabelecido em Regulamento: acompanhar permanentemente o desempenho do plano; propor à Diretoria Executiva da Libertas alterações para o aperfeiçoamento das atividades; verificar o fiel cumprimento do Regulamento; examinar regularmente os demonstrativos econômico-financeiros e atuariais; deliberar sobre os recursos impetrados por beneficiários; e examinar e resolver os casos omissos no Regulamento e nas Resoluções que o disciplina, entre outras.

Compõem cada Conselho a diretora de Seguridade Social, o gerente Assistencial da Libertas e os seguintes membros, de acordo com o plano de saúde correspondente:

 CONSELHO DE CURADORES DO PLANO DE SAÚDE DA PRODEMGE	
Conselho titular	Mandato
Luciana Rosa Henrique Santos	19/8/15 a 18/8/17
Ricardo Nogueira de Matos	19/8/15 a 18/8/17
Marco Antônio de Melo Soares	19/8/15 a 18/8/17

 CONSELHO DE CURADORES DO PLANO DE SAÚDE VINCULADO AOS EX-SERVIDORES DA MINASCAIXA	
Conselho titular	Mandato
Alcenira Ferreira de Matos	14/7/15 a 13/7/17
Cláudio Roberto Ferreira Utsch	14/7/15 a 13/7/17
Maria Angélica de Souza Rojas	16/12/15 a 15/12/17

Obs.: Plano de Assistência à Saúde sem a figura da empresa patrocinadora; MinasCaixa foi liquidada extrajudicialmente em 1991.

 CONSELHO DE CURADORES DO PLANO DE SAÚDE DA FUNDAÇÃO LIBERTAS		
Conselheiro titular	Conselheiro suplente	Mandato
Maria Elisa Rocha Viana	Euler Roberto Souza Pinto	25/8/15 a 24/8/17
Patrícia Bastos Gonçalves	Sandra Inês Piconi Oliveira	25/8/15 a 24/8/17
Solange Martins Rosa	Thales Magno Dala Vedova de Melo	25/8/15 a 24/8/17

### Conselho Prodemge



A partir da esquerda: Maria Elisa Rocha V. Stancatti, Ricardo Nogueira Matos, Luciana Rosa Henrique Santos, Marco Antônio de Melo Soares e Cláudia Balula

### Conselho ex-MinasCaixa



A partir da esquerda: Cláudia Balula, Cláudio Roberto Ferreira Utsch, Maria Angélica de Souza Rojas, Alcenira Ferreira Matos e Maria Elisa Rocha V. Stancatti

## Conselho Libertas



A partir da esquerda: Patrícia Bastos Gonçalves, Solange Martins Rosa, Sandra Inês Piconi Oliveira, Euler Roberto de Souza Pinto, Maria Elisa Rocha V. Stancatti e Cláudia Balula

## Órgão de Assessoramento Institucional

Comissão de Ética - Órgão responsável pela apuração de responsabilidade por infração ao Código de Conduta e Ética da Fundação Libertas. É formada por três membros, sendo dois indicados pela Gerência de Recursos Humanos e Administração e um integrante eleito pelos empregados da Libertas. O Código de Conduta e Ética da Fundação é uma declaração de referências e traça uma linha mestra de conduta social, constituindo-se em compromisso individual, coletivo e institucional.

A Comissão de Ética se reúne por convocação do seu presidente ou por solicitação da maioria dos seus membros quando da ocorrência de fato que exija exame.

 COMISSÃO DE ÉTICA	
Membro	Mandato
Maria Helena Oliveira - presidente	2/7/15 a 2/7/17
Leonardo da Silva Mendes - secretário (eleito)	2/7/15 a 2/7/17
Ayesha Salles	2/7/15 a 2/7/17



Acompanhada da Diretoria Executiva, a Comissão de Ética da Fundação Libertas - a partir da esq. (sentados): Ayesha Salles, Leonardo da Silva Mendes e Maria Helena Oliveira.

### **Órgãos de Regulação e Supervisão**

Os principais órgãos de supervisão da Libertas são: a Superintendência Nacional de Previdência Complementar (Previc), para assuntos relativos à instituição e manutenção de planos de caráter previdenciário, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), para os assuntos referentes aos planos de assistência à saúde, o Banco Central e a Comissão de Valores Mobiliários (CVM), para as matérias relacionadas à gestão de investimentos, sendo as principais normas emanadas do Conselho Nacional de Previdência Complementar (CNPC) e Conselho Monetário Nacional (CMN).

Compete à ANS a regulação e supervisão do setor de planos de saúde, o que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização. Em alguns casos a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) edita instruções ou normativos que também devem ser seguidos pelas operadoras de planos de saúde, principalmente com relação à liberação de medicamentos e formas de tratamento autorizadas.

# A Legislação e a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS

O marco regulatório do setor de saúde suplementar foi criado pela Lei nº 9.656, de 3/6/1998, que regulamentou os planos privados de assistência à saúde, os direitos dos beneficiários (garantia de atendimento, qualidade dos serviços prestados e da ampliação da assistência) e deveres (reajustes, carências e transparência dos contratos), além de controles e processo de supervisão.

Outro fato determinante foi a criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que se deu por meio da Lei 9.961, de 28/1/2000. A ANS é a agência reguladora vinculada ao Ministério da Saúde responsável pelo setor de saúde privado, gerido pelas operadoras de planos de saúde no Brasil. De acordo com a própria Agência, a regulação pode ser entendida como um conjunto de medidas e ações do Governo que envolve a criação de normas, o controle e a fiscalização de segmentos de mercado no qual participam as operadoras de planos de saúde, administrados por entidades com e sem fim lucrativo, para assegurar o interesse público.

Compete à ANS autorizar a criação, manutenção e operação de planos de assistência à saúde, a aprovação de produtos e regulamentos, a autorização e a suspensão de funcionamento dos planos e demais itens relativos à operação de planos de saúde.

Para o acompanhamento, supervisão, fiscalização e controles das operadoras, a ANS utiliza uma série de demonstrativos e relatórios gerenciais, tais como:

## **Sistema de Informações de Beneficiários – SIB**

É o sistema pelo qual as operadoras de planos privados de saúde enviam, mensalmente, os dados de atualização cadastral de seus beneficiários. Por meio do SIB, a ANS acompanha a movimentação do cadastro de cada operadora, verificando entradas e saídas de participantes e acompanhando esses grupamentos em todos os seus critérios, permitindo inclusive cruzar esses beneficiários com o seu atendimento na rede pública através do Sistema Único de Saúde (SUS).

## **Sistema de Informação de Produtos – SIP**

É o sistema que tem por finalidade acompanhar, trimestralmente, a assistência de serviços prestada aos beneficiários de plano de saúde. Por meio do SIP, são informados todos os procedimentos utilizados por nossos beneficiários, na rede de credenciados.

## **Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde – DIOPS**

O DIOPS foi instituído com a finalidade de coletar informações cadastrais e financeiras para o acompanhamento das operadoras relativas à solvência, liquidez e equilíbrio, portanto, da saúde econômico-financeira, à manutenção de base de dados cadastrais da operadora (endereço, região de comercialização, responsáveis pelas atividades de administração, auditoria, contabilidade e atuária, representante da operadora na ANS, entre outras informações compõem o DIOPS) e da sua regular e dinâmica atualização. O **DIOPS Financeiro** tem periodicidade trimestral e fornece à ANS informações necessárias à análise e verificação da saúde econômico-financeira da operadora.

## **Troca de Informação de Saúde Suplementar – TISS**

A **TISS** foi estabelecida como padrão obrigatório para as trocas eletrônicas de dados de atenção à saúde dos beneficiários de planos, entre os agentes da Saúde Suplementar.

O objetivo é padronizar as ações administrativas, subsidiar as ações de avaliação e acompanhamento econômico, financeiro e assistencial das operadoras de planos privados de assistência à saúde e compor o Registro Eletrônico de Saúde. O padrão **TISS** tem periodicidade mensal.

# Vantagens do Plano de Autogestão em Saúde da Libertas

Existem no mercado diferentes modalidades de planos de saúde, com características próprias e operados de maneira distinta. Segundo a ANS, operadoras de planos de assistência à saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar oferecendo aos beneficiários esses serviços. Dentro desse grupo de operadoras, destacam-se cinco grandes segmentos:

- » cooperativa médica;
- » medicina de grupo;
- » seguradora;
- » autogestão; e
- » filantrópica.

Uma operadora é considerada de **autogestão** quando administra, **sem fins lucrativos**, um plano de saúde para a própria empresa que o instituiu (com Mantenedora) ou para terceiros (sem Mantenedora) e, por essa razão, é a modalidade que apresenta melhor relação custo benefício. Em síntese, uma empresa (patrocinadora) institui o plano para oferecer cobertura assistencial a seus empregados, estabelece regras, disciplina o seu funcionamento e contrata uma operadora para gerir o plano (Libertas).

Veja algumas das vantagens dos planos de assistência à saúde sob gestão da Libertas:

Características	Descrição
Sem finalidade lucrativa	O plano é administrado pela Libertas, que administra as utilizações por participantes junto aos prestadores de serviço credenciados (médicos, hospitais e laboratórios), processando e custeando as despesas. A Fundação, por não visar lucro, cobra uma taxa de administração que é utilizada para a operacionalização dessas atividades, em conformidade com o Regulamento e sob supervisão do Conselho de Curadores
Relação custo/benefício	Os planos foram constituídos exclusivamente como política de gestão de pessoas, para prover cobertura assistencial do quadro funcional das empresas patrocinadoras. É fechado ao público em geral, e não possui gastos com propaganda ou marketing e comercialização, de modo que não há plano comercial que se compare em custos com o plano da Libertas, considerando a mesma cobertura e abrangência, além de particularidades da massa de participantes (faixa etária, gênero, características pessoais).
Transparência na gestão	Os beneficiários participam da gestão do plano por meio de seus representantes no respectivo Conselho de Curadores, através dos Conselheiros Deliberativos e Fiscais e da própria patrocinadora, que também tem o papel de supervisão da Libertas.
Coparticipação / Fator moderador	Equivale a um percentual sobre o valor do procedimento realizado, geralmente cobrado em caso de consulta e exames, de acordo com o Regulamento. Essa coparticipação minimiza os custos, uma vez que permite a cobertura de acordo com a utilização de cada beneficiário, além de ter um olhar educativo, pois inibe a realização de atendimentos desnecessários.
Controle de custos	Toda a movimentação do plano é contabilizada em separado dos demais planos administrados pela Libertas, o que permite evidenciar e dimensionar, para cada plano, o custo efetivamente praticado, cada massa de participantes tem estudos que anualmente ajustam as contraprestações, mensalidades, considerando o histórico de utilização do próprio plano e projetando a utilização futura.

# INTEGRIDADE

**“Eu não me importo com o que os outros pensam sobre o que eu faço, mas eu me importo muito com o que eu penso sobre o que eu faço. Isso é caráter.”** *Theodore Roosevelt*

Ser uma entidade íntegra, que se relaciona e que atua de forma íntegra para a atividade previdenciária e de proteção à saúde de nossos participantes é o compromisso da Libertas, que, através da Educação e da Gestão de Riscos, norteia a atuação de empregados, diretores e conselheiros.

# Gestão Assistencial

Os planos administrados pela Fundação Libertas possuem abrangência estadual e obedecem, na sua integralidade, ao Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde definido pela ANS e compreendem o total de **9.785** beneficiários.

Em 2015, a rede de credenciados da Fundação Libertas para atendimento aos planos de saúde possuía 2.095 pontos de atendimento (médicos, hospitais, clínicas e laboratórios), sendo 715 em Belo Horizonte e 1.380 no interior do estado.

Veja os números relativos aos planos de saúde operados pela Libertas:

**Tabela 1 - Quantidade de vidas em 2015**

PLANOS	2015	2014	2013
Ex-MinasCaixa	7.007	7.865	9.092
Fundação Libertas	326	350	384
Prodemge	2.452	2.438	2.451
<b>Total</b>	<b>9.785</b>	<b>10.653</b>	<b>11.927</b>

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 2 - Procedimentos realizados em 2015**

TIPO	2015	2014	2013
Guias Médicas	101.291	113.368	119.579
Procedimentos	337.022	366.972	376.356
Internações	2.210	2.358	2.705

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

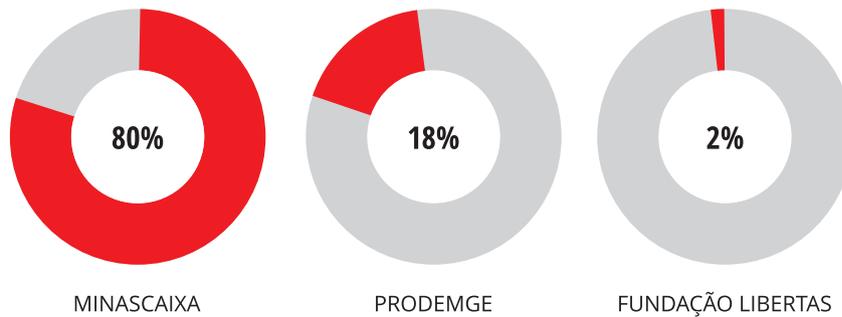
Observação: O termo **Procedimentos**, que frequentemente será citado neste Relatório, significa todos os atendimentos externos, ou seja, consultas eletivas e de urgência, exames de laboratório (anatomopatológico, genética, raio X, ultrassonografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada e exames cardiológicos) internações e tratamentos, entre outros.

**Tabela 3 - Despesas Financeiras Assistenciais em 2015 (em R\$)**

TIPO	2015	2014	2013
Procedimentos	16.181.570,03	16.202.285,37	15.434.852,77
Internações	16.087.281,73	15.269.885,83	13.223.670,48
<b>DESPESA TOTAL</b>	<b>R\$ 32.268.851,76</b>	<b>R\$ 31.472.171,20</b>	<b>R\$ 28.658.523,25</b>

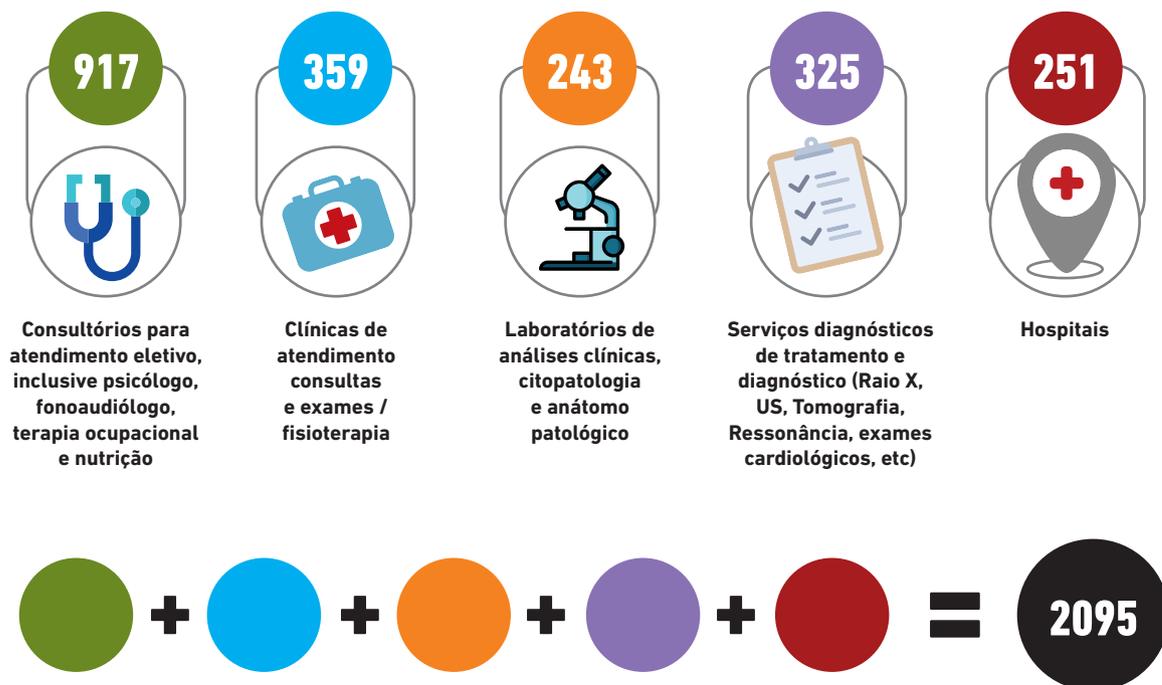
Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Gráfico 1 - Despesas Assistenciais por Plano de Saúde**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

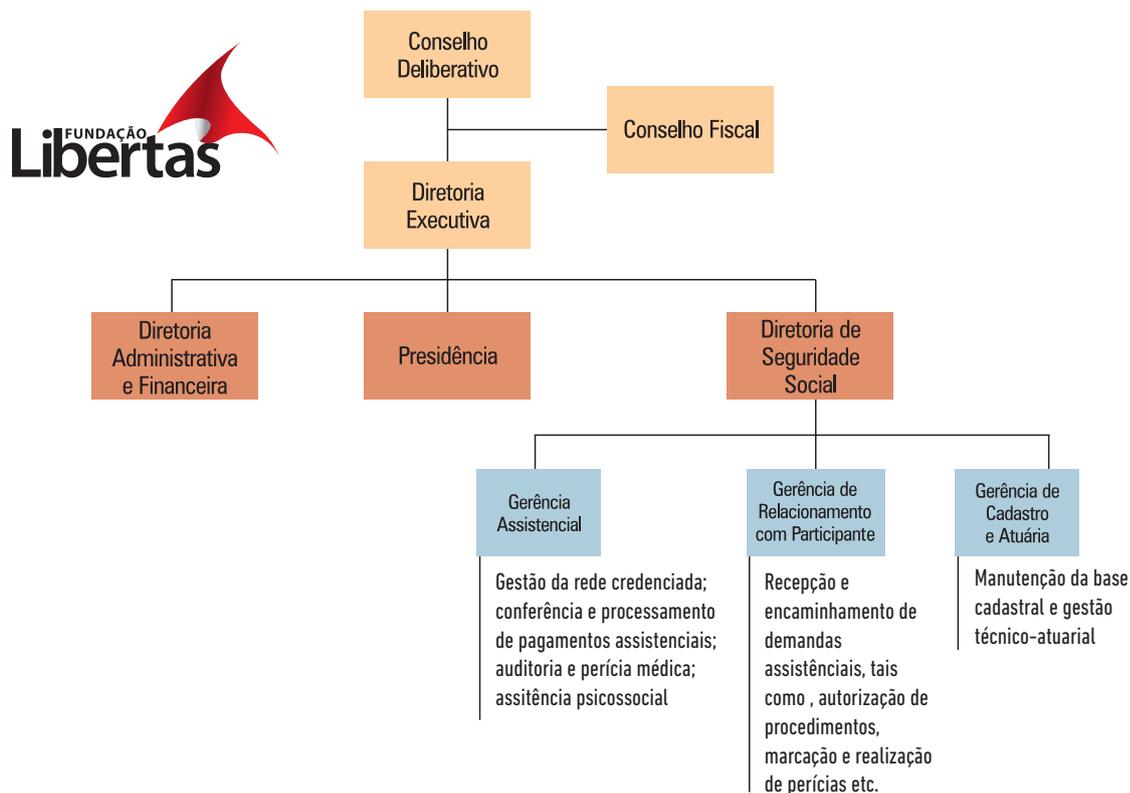
**Gráfico 2 - Rede credenciada da Fundação libertas – data base 31/12/2015**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

# Estrutura de assistência à saúde

A Diretoria de Seguridade Social é a unidade responsável por supervisionar as atividades relacionadas à gestão dos planos de assistência à saúde. Veja a estrutura organizacional diretamente envolvida com a gestão assistencial:



A **Gerência Assistencial** é a área responsável pela gestão dos planos de saúde administrados pela Libertas, que compreende o relacionamento e a contratação de rede credenciada, a conferência, o processamento e o pagamento de despesas assistenciais, além de auditoria e perícia médicas. A Gerência possui duas coordenações:

- **Coordenadoria Assistencial** – responsável pelas atividades de análise, conferência e processamento das despesas médico-hospitalares decorrentes dos atendimentos prestados pela rede de credenciados. A Coordenadoria também controla e processa os atendimentos realizados sob a forma de livre escolha, fora da rede credenciada.
- **Coordenadoria de Credenciamento** – tem como atividades principais a análise e a manutenção da rede de credenciados para atendimento aos beneficiários dos planos, em conformidade com legislação específica estabelecida pela ANS.

## Atendimento especializado

Semanalmente, uma equipe multidisciplinar da Gerência Assistencial presta acompanhamento a beneficiários internados por meio da realização do senso diário das hospitalizações em curso, dando o suporte necessário às tomadas de decisão acerca do melhor para o beneficiário e para o respectivo plano. Também são realizadas visitas a pacientes internados em tratamento domiciliar e casos crônicos monitorados pela Libertas. A equipe é composta por médico, enfermeira, assistente social e psicóloga.

Tabela 4 - Atendimento Especializado - Resumo dos serviços realizados em 2015

AÇÕES	LIBERTAS	EX-MINASCAIXA	PRODEMGE
Processos de desospitalização	1	19	1
Visitas hospitalares	2	118	13
Pacientes em cuidados domiciliares	0	9	1
Visitas domiciliares	0	28	3
Parturientes	2	33	9
Recém-nascidos internados	0	4	0
Internações na faixa etária de 0 a 17 anos	3	28	9
Internações e hospital-dia psiquiátricos	3	17	4

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

A **Gerência de Relacionamento com o Participante e a Gerência de Cadastro e Atuária** também participam da gestão assistencial dentro das suas áreas de competência.

A Gerência de Relacionamento com o Participante (GEREP) **é responsável por recepcionar quaisquer demandas de participantes e assistidos dos planos previdenciais e de beneficiários dos planos de assistência à saúde, oferecendo-lhes respostas imediatas ou procedendo ao encaminhamento interno para fins de solução.**

Reportando-nos apenas às questões relacionadas aos planos assistenciais, a GEREP lida com cadastramento de beneficiários e dependentes, emissão de carteiras de identificação, pagamento de mensalidade e coparticipação, Autorização de Procedimentos Médicos (APM) e ressarcimento de despesas assistenciais, entre outras.

Em todas essas demandas, a participação da Gerência de Cadastro e Atuária (GECAT) **é fundamental. A GECAT é responsável direta pelo registro e manutenção cadastral de beneficiários e dependentes de cada plano de assistência à saúde, condição imprescindível para a fruição da cobertura assistencial prevista em cada plano. Além disso, é a GECAT que procede aos estudos técnicos para acompanhamento atuarial dos planos de assistência à saúde, verificando o equilíbrio entre contraprestações e despesas, para composição do respectivo custeio assistencial, visando à solvência e à saúde econômico-financeira.**

# Patrimônio dos Planos de Assistência à Saúde

## Balanço Patrimonial Consolidado

A Fundação Libertas, na qualidade de operadora de Planos de Assistência à Saúde na modalidade de autogestão, administra um Patrimônio Total de aproximadamente R\$ 25,574 milhões, representado pelo conjunto de Bens, Direitos e Obrigações consolidados de todos os planos sob sua gestão, e que propiciaram a cobertura dos compromissos assumidos perante a rede credenciada e a garantia das provisões realizadas referentes aos compromissos futuros e às reservas técnicas exigidas pela ANS.

No Balanço Patrimonial, a seguir, são detalhados os valores correspondentes a esse patrimônio.

Tabela 5 – Balanço Patrimonial Consolidado 2015

ATIVO	EXERCÍCIO 2015	EXERCÍCIO 2014	PASSIVO	EXERCÍCIO 2015	EXERCÍCIO 2014
ATIVO CIRCULANTE	23.864	16.232	PASSIVO CIRCULANTE	8.986	8.256
Disponibilidades	173	65	Provisões Técnicas de Operações de Assistência à Saúde	7.911	7.191
<b>Realizável</b>	<b>23.691</b>	<b>16.167</b>	Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar	4.181	3.883
Aplicações	19.456	12.026	Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e não avisados	3.730	3.307
<u>Créditos de Operações com Planos de Assistência à Saúde</u>	4.227	4.130	Débitos de Operações de Assistência à Saúde	74	231
Contraprestações pecuniárias a receber	3.815	3.708	Débitos de Operações de Assistência à Saúde não Relacionadas com Plano de Saúde da Operadora	4	6
Outros Créditos de Oper. com Planos Assist. à Saúde	412	422	Tributos e Encargos Sociais a Recolher	147	145
<u>Créditos de Operações de Assistência à Saúde não Relacionados com Planos de Saúde da Operadora</u>	8	5	Débitos diversos	850	684
<u>Bens e Títulos a Receber</u>	-	6	PASSIVO NÃO CIRCULANTE	2.894	2.665
ATIVO NÃO CIRCULANTE	1.710	1.741	Provisões Judiciais	2.894	2.665
Realizável a Longo Prazo	1.710	1.741	PATRIMÔNIO LÍQUIDO / PATRIMÔNIO SOCIAL	13.694	7.052
<u>Depósitos Judiciais e Fiscais</u>			Reservas	13.694	7.052
			Reservas de Lucros / Sobras / Retenção de Superávits	13.694	7.052
<b>TOTAL DO ATIVO</b>	<b>25.574</b>	<b>17.973</b>	<b>TOTAL DO PASSIVO</b>	<b>25.574</b>	<b>17.973</b>

Fonte: Fundação Libertas/DIAF/GECOT

Na tabela xx, observa-se que o Patrimônio Líquido, do conjunto de Planos, apresentou uma variação positiva de R\$ 6.642mil (de R\$ 7.052 mil em dezembro de 2014 para 13.694 mil em dezembro de 2015).

Essa variação é obtida pela seguinte movimentação:

» Contribuições e coparticipações recebidas:	R\$ 46.188 mil
» Receitas com as aplicações financeiras:	R\$ 2.037 mil
» Provisões líquidas de serviços médicos:	R\$ 33.697 mil
» Custeio Administrativo:	R\$ 7.048 mil
» Outras movimentações patrimoniais	R\$ 838 mil
<b>» TOTAL</b>	<b>R\$ 6.642 mil</b>

Também é possível observar a composição dos Bens, Direitos e Obrigações relacionados aos Planos de Assistência à Saúde, destacando as aplicações totais; os valores a receber referentes a contraprestações (contribuições); as provisões a pagar, decorrentes de consultas médicas, exames, e outras despesas.

### Despesas Assistenciais

As despesas assistenciais são aquelas destinadas ao pagamento da plena utilização pelos participantes da assistência à saúde, composta por honorários médicos, consultas, internações, exames e despesas hospitalares (tais como diárias, materiais, medicamentos, procedimentos e taxas).

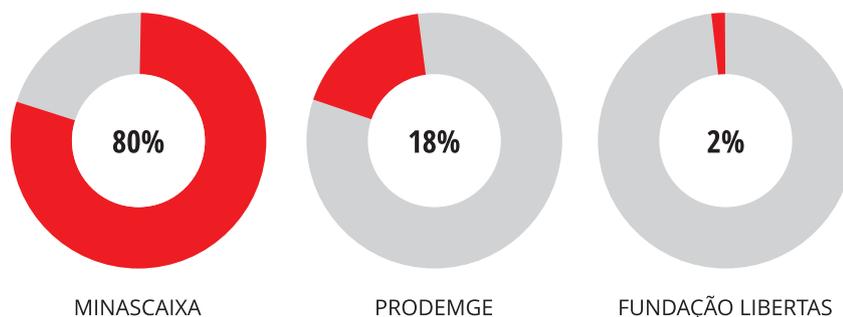
Obs.: As despesas relacionadas à Gestão Assistencial totalizaram R\$ 32.552 mil no exercício de 2015. Conforme a seguinte distribuição:

**Tabela 6 - Distribuição das Despesas Assistenciais**

GERAL	2015	2014	2013
Procedimentos	16.181.570,03	16.202.285,37	15.424.417,65
Internações	16.087.281,73	15.269.885,83	13.209.143,13
Reembolso	282.923,92	286.407,80	395.803,89
<b>Total</b>	<b>32551.775,68</b>	<b>31.758.579,00</b>	<b>29.029.364,67</b>

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Gráfico 3 - Despesa Assistencial por Plano - 2015**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

Durante 2015, foram emitidas **101.291 guias** que possibilitaram aos participantes efetuar um total de **340.055 procedimentos**, representando 3,37 procedimentos por guia. Esse número demonstra a importância e a utilização dos planos de assistência à saúde administrados pela Libertas, demonstradas a seguir.

**Tabela 7 - Processamento de Atendimentos Médicos**

GERAL	2015	2014	2013
Procedimentos	337.022	366.950	376.355
Internações	2.210	2.358	2.694
Reembolso	823	951	1.017
<b>Total</b>	<b>340.055</b>	<b>370.259</b>	<b>380.066</b>

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

### **Ressarcimento ao SUS**

Uma informação importante é que os procedimentos médico-hospitalares realizados por beneficiários dos planos administrados pela Libertas, entidade privada, na rede do Sistema Único de Saúde (SUS), regime público, diferentemente do senso comum, também são ressarcidos pelo respectivo plano assistencial. Para isso, é importante mencionar que todas as operadoras de planos de saúde suplementar têm que registrar o número de identificação de seus beneficiários na ANS, que efetua o cadastro correspondente no SUS. Assim, toda utilização é, posteriormente, objeto de cobrança por parte da ANS, para fins de ressarcimento.

## Fundo Assistencial

Como operadora de Planos de Autogestão em Saúde e, portanto, sem fins lucrativos, as contraprestações (contribuições) são vertidas para o custeio ou para a **formação de reservas garantidoras** responsáveis por formar o colchão de solvência para o funcionamento do plano, conforme determina a legislação em vigor.

Outro componente do custeio da assistência à saúde é a coparticipação do beneficiário, que corresponde a um percentual sobre o valor do procedimento realizado (consulta ou exame). A coparticipação é importante mecanismo redutor do custo do plano, atuando como uma balança que se move de acordo com o uso por parte dos beneficiários, reduzindo a realização de atendimentos desnecessários, que onerariam o plano, bem como possibilitando a todos um custo menor, decorrente do custeio próprio de cada utilização.

Enfim, a formação de reservas garante aos beneficiários cobertura assistencial independentemente do recolhimento de contribuições no mês.

A Libertas apresentou, até dezembro de 2015, resultado econômico no valor de R\$ 13,695 milhões, destinado à formação de um Fundo Assistencial, cujo objetivo é garantir o equilíbrio de longo prazo dos planos administrados, sem que eventualidades prejudiquem a qualidade dos atendimentos médicos e da cobertura oferecida aos beneficiários.

Em virtude do perfil etário crescente dos beneficiários e do constante agravamento dos custos assistenciais, a constituição desse Fundo Assistencial é fundamental para garantir a solvência e a perenidade dos planos de assistência à saúde administrados pela Libertas.

## Custeio/Reajuste das mensalidades

Como mencionado, anualmente é efetuado um estudo atuarial para o reajustamento do valor das contraprestações (mensalidades) do plano. Por meio da avaliação atuarial, são elaborados estudos com base na utilização do ano anterior, premissas de envelhecimento da massa e de crescimento real dos custos assistenciais e, de acordo com as publicações regulares do Rol de Procedimentos realizadas pela ANS.

Tais premissas e hipóteses permitem efetuar um estudo retrospectivo e prospectivo, no qual são estabelecidas, em função do histórico de utilização dos serviços por um período mínimo de 24 meses, das despesas administrativas e judiciais, com a inflação do custo médico e em conformidade com as determinações da ANS, o reajuste que permite estabelecer o equilíbrio entre receitas e despesas do plano.

O estudo é avaliado pelo Conselho de Curadores, que o valida além do reajustamento proposto, para deliberação e aprovação dos órgãos superiores. As mensalidades são majoradas no mês de março e são comunicadas à ANS, conforme determina a legislação.

## Política de Investimentos dos Planos de Saúde

Uma das maneiras de prover menor custo para os participantes é assegurar a melhor administração dos recursos provenientes das contribuições dos beneficiários e, quando houver, da patrocinadora aos Planos. No caso dos planos assistenciais, o uso dos recursos das contribuições é quase que imediato, capital intensivo, mas cada um real que fica na conta até os pagamentos ou mesmo nos fundos de solvência são aplicados no mercado financeiro, buscando segurança, liquidez e rentabilidade.

Na Libertas, a gestão de planos de saúde conta com o suporte estratégico da Política de Investimentos para as aplicações financeiras. Embora, não haja exigência da ANS para instituição do documento, o processo de investimento dos recursos provenientes das contribuições assistenciais obedece a um rigoroso critério de seleção, análise, aprovação, execução e acompanhamento. A Política é elaborada anualmente, dispõe sobre os princípios a serem observados na aplicação dos recursos dos Planos Assistenciais, e é aprovada pelo Conselho Deliberativo da Libertas. A seguir, alguns tópicos presentes no documento:

- » Estabelecimento das diretrizes e limites de aplicação dos recursos;
- » Avaliação e monitoramento de riscos;
- » Diversificação dos investimentos.

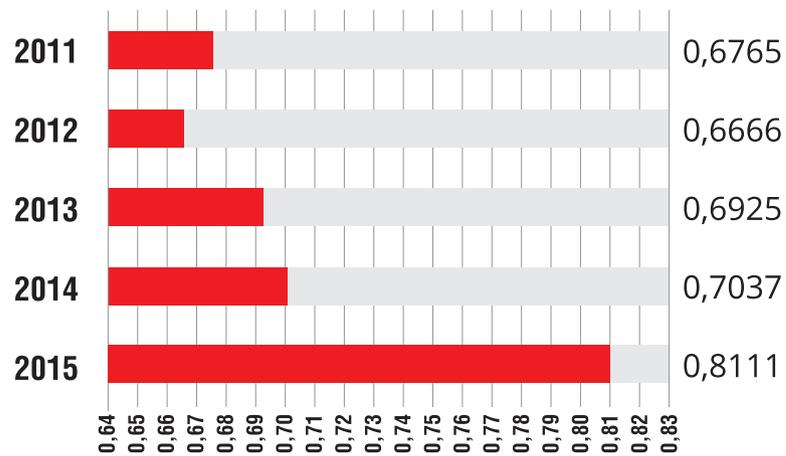
## IDSS - Índice de Desempenho de Saúde Suplementar / ANS

O Programa de Qualificação das Operadoras faz parte de um conjunto de iniciativas da ANS que tem como base a avaliação e o estímulo à qualidade do setor. A Agência acompanha a performance das operadoras por meio do monitoramento do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) que, em 2016, terá as seguintes dimensões em sua composição:

- **Qualidade em atenção à saúde:** avaliação do conjunto de ações em saúde que contribuem para o atendimento das necessidades de saúde dos beneficiários, com ênfase nas ações de promoção, prevenção e assistência à saúde prestada;
- **Garantia de acesso:** condições relacionadas à rede assistencial que possibilitam a garantia de acesso, abrangendo a oferta de rede de prestadores;
- **Sustentabilidade no mercado:** monitoramento da sustentabilidade da operadora, considerando seu equilíbrio econômico-financeiro, passando pela satisfação do beneficiário e compromissos com prestadores;
- **Gestão de processos e regulação:** Entre outros indicadores, essa dimensão afere o cumprimento das obrigações técnicas e cadastrais das operadoras junto à ANS.

Veja o desempenho da Libertas nos últimos anos:

**Gráfico 4 - IDSS - Índice de Desempenho da Saúde Suplementar / ANS**



Base de dados: ANS  
Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

O IDSS varia de zero a um (0 a 1) e cada operadora recebe uma nota que a enquadra em uma faixa de avaliação:



### **Principais prestadores de serviços da Libertas na gestão de planos de saúde:**

- ADSPrev: sistemas integrados de gestão previdencial e assistencial
- Auditare - Assessoria, Consultoria e Gestão em Serviços de Saúde: auditoria médica
- Baker Tilly Brasil MG Auditores Independentes: auditoria independente
- Enfermedicine - Serviços de Enfermagem em Medicina: serviços de enfermagem
- Rodarte Nogueira - Consultoria em Estatística e Atuária: atuário responsável

# Supervisão da ANS

A Fundação Libertas é uma das mais importantes EFPCs no estado de Minas Gerais, seja pela quantidade de planos administrados, pelo número de patrocinadoras de diferentes áreas de atuação, pela quantidade de participantes e assistidos nos planos, por administrar planos de previdência e de assistência à saúde ou, ainda, pelo tamanho do patrimônio administrado desses planos.

Com essa complexidade, a Fundação é constantemente fiscalizada pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar - Previc, para assuntos relacionados à gestão previdencial, e pela ANS, no que se refere à gestão de planos de assistência à saúde. Tais fiscalizações constituem um importante insumo para o aprendizado da Fundação, permitindo a seus técnicos, dirigentes e conselheiros contínuo aprendizado e fonte de melhorias.

Com relação à atuação de supervisão da ANS, foram atendidas e tratadas todas as questões apresentadas, **não havendo pela agência reguladora dos planos assistenciais nenhum processo de supervisão ou fiscalização em andamento na Libertas**. A atuação da ANS relativa à supervisão das operadoras é ampla e ultrapassa os objetivos de fiscalização, englobando ações de educação, orientação e até de mediação, como no caso da NIP.

## Notificação de Intermediação Preliminar (NIP)

A **NIP** é um procedimento que reúne as demandas de reclamação recebidas pela ANS. Trata-se de um instrumento de mediação, que abrange qualquer negativa de cobertura pelos planos de saúde e, também, de caráter não assistencial, como no caso de reclamações referentes a reajustes indevidos e a descumprimentos contratuais. O objetivo da **NIP** é promover a solução consensual de conflitos entre beneficiários e operadoras de planos de saúde.

Em caso de a ANS considerar procedente a reclamação contra determinado plano assistencial, aplica-se multa pecuniária a esse plano, que ainda fica obrigado ao pagamento da cobertura assistencial reclamada.

Na tabela a seguir, são apresentadas as **NIPs** registradas para cada plano assistencial administrado pela Libertas em 2015, cuja consistência de argumentação impediu a aplicação de quaisquer sanções à Fundação.

**Tabela 8 - Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) - Em 2015**  
**Distribuição por Plano de Assistência à Saúde**

ASSUNTO	LIBERTAS	EX-MINASCAIXA	PRODEMGE
Cobertura assistencial	-	10	1
Reajuste de contribuição	-	1	-
Cobrança de coparticipação	-	1	-

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

# Fatos Relevantes em 2015

## ■ Nova Diretoria

A partir de abril de 2015, o Conselho Deliberativo deu posse aos atuais diretores, profissionais com larga experiência na gestão de entidades de previdência, com um olhar mais humano para a sua composição.

### **Edevaldo Fernandes da Silva** – Diretor-Presidente

*Economista, com Mestrado em Direção e Gestão de Planos e Fundos de Pensão pela Universidade de Alcalá, especialização em Banking pela Universidade Mackenzie e Mercados de Capitais pela BMF&Bovespa Educacional. Professor em cursos de Graduação e Pós-Graduação na Universidade de São Francisco e Novos Horizontes/MG. Ocupou o cargo de Diretor de Assuntos Atuariais, Contábeis e Econômicos na Superintendência Nacional de Previdência Complementar - PREVIC; foi Diretor-Presidente dos Institutos de Previdência do Distrito Federal - IPREV/DF e do Município de São Paulo - IPREM/SP. Possui registro na CVM como Consultor de Valores Mobiliários e está certificado pela ANBIMA como CPA-20 e pelo ICSS com ênfase em Administração.*

### **Cláudia Ferreira V. M. da Cunha Balula** – Diretora de Seguridade Social

Atuária pela Universidade Federal do Rio de Janeiro, com MBA em Previdência Complementar pelo IDEAS/COPPE-UFRJ; Especialista em Previdência Complementar com certificação, ênfase em Administração, pelo Instituto de Certificação dos Profissionais de Seguridade Social - ICSS; Foi consultora atuarial independente, ocupou o cargo de Assessora de Estudos Atuariais do Instituto Infraero de Seguridade Social e atuou como Gerente de Estatística e Atuária da Fundação de Seguridade Social BRASLIGHT; Membro da Comissão Nacional de Atuária da ABRAPP; Ministrou aulas no curso do IDEAS/COPPE-UFRJ e IDEAS/UFF; Foi Diretora e membro da Comissão de Entidades Fechadas do Instituto Brasileiro de Atuária - IBA.

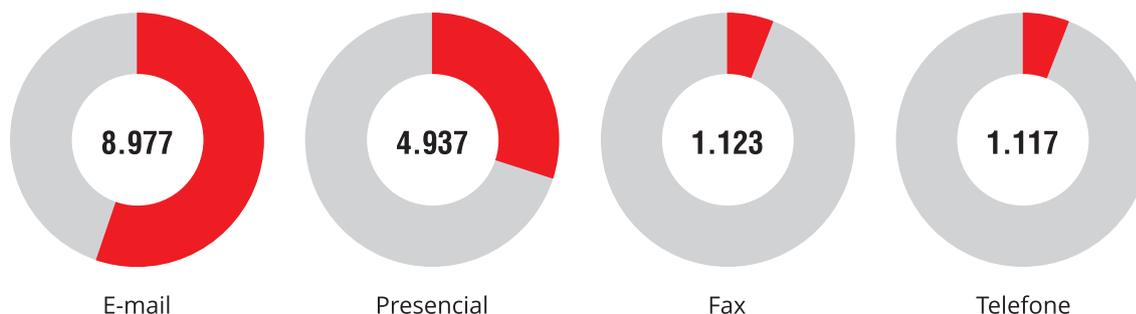
### **Eugenia Bossi Fraga** – Diretora Administrativa e Financeira

Graduada em Ciências Contábeis, com Mestrado em Gestão de Políticas Sociais pela Escola de Governo da Fundação João Pinheiro - MG; Especialização em Contabilidade Pública pela Faculdade de Ciências Econômicas - UFMG e em Estatística aplicada à Gestão pela Qualidade do Serviço Público pela Escola de Engenharia - UFMG; Foi Diretora de Administração da Fundação de Previdência Complementar do Servidor Público Federal - FUNPRESP-EXE, Secretária Municipal de Planejamento e Coordenação Geral da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte; e no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, atuou como Secretária Adjunta da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, onde foi também Diretora do Departamento de Formação de Agentes Públicos e Sociais.

## ■ Relacionamento com Beneficiários

O atendimento aos beneficiários dos planos de assistência à saúde é realizado pela Gerência de Relacionamento com o Participante. Em 2015, foram processados **16.154** atendimentos:

Gráfico 5 - Distribuição das Autorizações por canais de atendimento



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEREP

### Libertas e beneficiários; um relacionamento humanizado

Para prestar um atendimento de qualidade a um beneficiário de plano de saúde, é preciso ter a capacidade de se colocar no lugar do outro e entender o que se passa com ele, especialmente nos casos de um diagnóstico não esperado, muitas vezes seguido de um tratamento longo e doloroso.

Quando isso ocorre, o paciente ou seu familiar sente-se vulnerável e deposita no plano de saúde a esperança de um atendimento respeitoso, ágil e seguro, que lhe garanta apoio e proteção naquele momento. Para que não haja frustração do beneficiário, o plano de saúde tem que ter profissionais bem treinados, com formação **ética** e, acima de tudo, com sensibilidade, aptos para lidar com situações de apreensão de quem busca assistência.

Para a equipe da Fundação Libertas, em especial os profissionais da Gerência de Relacionamento com o Participante e da Gerência Assistencial que acolhem as demandas por serviços médico-hospitalares e processam as autorizações para a realização de procedimentos, são muitas as histórias que, além do habitual atendimento técnico e profissional, exigiram atitudes complementares, voltadas para o lado mais humano das relações. A ideia é uma só: confortar e amenizar o sofrimento do beneficiário ou seu dependente durante a fase de tratamento.

A título de exemplo, a equipe de Relacionamento da Fundação cita o caso de uma beneficiária com dificuldade cognitiva, que não compreende bem o funcionamento e a rotina do plano de saúde, e que buscava a realização de um procedimento que dependia da liberação de material médico-hospitalar de alta complexidade.

***Nesses casos são necessários procedimentos e providências internas e externas, que exigem atendimento a Regulamento, legislação, orçamentos, autorizações e prazos comuns nesse caso.***

Além de constituir um processo que permitisse atender a todos os trâmites normais e, ao mesmo tempo, prestar à beneficiária um atendimento mais próximo, ainda mais atencioso e detalhado, a situação exigiu um carinho todo especial para com a beneficiária.

A equipe da Fundação Libertas tem sido formada e orientada para possuir as competências, habilidades e atitudes que permitam identificar e tratar essa situação, bem como prover a melhor informação sobre o direito e as condições estabelecidas pelo plano. O tratamento visa minimizar ao máximo o tempo decorrido, as situações de idas e vindas, além da necessária cobertura a uma situação emocional, física e psicológica já fragilizada.

Em cada chamada atendida busca-se evitar riscos e prazos desnecessários, e também não gerar conflitos. A equipe é qualificada para ouvir as necessidades dos beneficiários, prover a informação adequada, com respeito e delicadeza, até que a realização do procedimento seja liberada.

São esses casos que têm aproximado a Fundação do seu principal público, e geram atitudes complementares de cuidado e relacionamento, quer seja por meio de uma visita hospitalar, domiciliar ou um telefonema atencioso, por exemplo.

Geralmente, ao final do procedimento ou tratamento médico-hospitalar, o retorno dado pelo beneficiário à equipe da Libertas tem sido um contínuo fortalecimento de nossa integração com os beneficiários.

O atendimento efetuado pela Gerência de Relacionamento com o Participante (GEREP) e, quando necessário, diretamente pela Gerência Assistencial (GEASI) tem sido um instrumento empoderador para a Fundação, permitindo-lhe qualificar o atendimento dispensado a seus beneficiários, bem como quando ocorrem questões pendentes, via Ouvidoria.

A Ouvidoria, que sempre deve ser o segundo canal de acesso ao atendimento, somente tratando de situações em que a resposta dada pelas GEREP e GEASI não conseguiu clarificar o direito dos beneficiários e suprir a necessidade de informação e orientação, sempre considerando o Rol de Procedimentos da ANS, o Regulamento do plano e a legislação vigente. Dessa forma, a Ouvidoria tem possibilitado evitar situações de conflito ou de atendimento deficitário.

Para a Fundação, esse retorno é gratificante e estimula ainda mais a convivência mais humanizada com os beneficiários e dependentes dos planos de assistência à saúde administrados pela Libertas.

## Sensibilidade, cuidado e respeito para lidar com a Saúde

A Fundação Libertas tem empreendido na busca de uma gestão cada vez mais qualificada, não apenas de um plano de assistência à saúde, mas como Gestora de Saúde. O ciclo de uma gestora de plano de assistência à saúde tem os seguintes passos:

- » Conhecer e possuir uma capacidade de integrar os nossos beneficiários;
- » Administrar com responsabilidade recursos de terceiros, contribuições de beneficiários e empresas e, quando houver, a coparticipação;
- » Contratar e gerenciar uma rede capacitada e abrangente de prestadores de serviços laboratoriais, médicos e hospitalares;
- » Estabelecer e controlar o custeio e a solvência do plano, de forma a assegurar atendimento que satisfaça as expectativas dos usuários; e,
- » Acima de tudo, prestar contas de seus atos, com transparência e regularidade.

Para buscar a excelência no atendimento às necessidades de nossos beneficiários, pontuada na Missão da Fundação Libertas, temos a exigência de uma gestão diferenciada, com o objetivo de agregar atributos imprescindíveis para se lidar com a saúde de terceiros: sensibilidade, cuidado e respeito.



Sr. Domingos e Sandra no bate-papo sobre os planos de saúde administrados pela Libertas

Essa busca vai nos exigir reunir a expertise de quem vem há 39 anos se consolidando junto a seus beneficiários com qualidade, empenho e tradição no setor, um olhar atento e imparcial do beneficiário, principal ator na operação de planos de assistência à saúde e integrar a nossa ação com as patrocinadoras dos planos administrados, com vistas a agregar valor e construir soluções para o longo prazo.

Agregar valor em Saúde é simplesmente atuar na Educação para Qualidade de Vida de nossos beneficiários, possibilitando uma atuação mais preventiva e orientada para a busca de hábitos e comportamentos que fortaleçam a responsabilidade individual com a saúde. Isso mesmo, apoiar os nossos beneficiários para que estejam atentos, orientados e responsáveis com a sua qualidade de vida.

Na construção de uma gestão de saúde para o longo prazo, a Fundação Libertas está buscando integrar-se à vida dos seus beneficiários, entendendo-os, conhecendo-os e, principalmente, atuando em conjunto com eles na construção de soluções que mitiguem os riscos dos planos, possibilitem custos racionais e, principalmente, estimulem a sua participação no acompanhamento do seu plano.

Para dar sentido a esse trabalho, a Fundação passou a promover regularmente encontros informais com beneficiários e dependentes, obtendo a oportunidade de ouvir e falar diretamente com quem está na ponta da utilização do plano. Isso ocorre mesmo o usuário sabendo que a Central de Atendimento da Libertas, por meio presencial, telefônico ou e-mail, além da Ouvidoria, em segunda instância, estão sempre disponíveis para receber a sua manifestação, qualquer que seja o objetivo.

Nesse mês de agosto, com vistas a qualificar o nosso Relatório Anual, a Libertas convidou para um bate-papo dois beneficiários de planos de saúde administrados pela Fundação, para lhes dar voz e ouvir o que têm a dizer sobre o plano de saúde que administramos. O objetivo principal, declarou Cláudia Balula, diretora de Seguridade Social, é buscar o aperfeiçoamento do nosso trabalho, por meio de sugestões e críticas de quem realmente interessa para a Libertas.

Participaram do Café com a Libertas o Sr. Domingos Lage Martins, aposentado pela Prodemge, 72 anos e a Sra. Sandra Teixeira de Moura, 60 anos, recentemente aposentada e beneficiária do plano de saúde da própria Fundação. No bate-papo a troca de experiências sobre utilização, elogios, críticas e muitas sugestões, conforme a seguir:

Um dos temas abordados na conversa foi a necessidade de prazos para a liberação de determinados procedimentos médico-hospitalares, o que nem sempre é compreendido pelos beneficiários. A gerente Assistencial Maria Elisa Rocha Vianna Stancatti esclareceu que, para determinados procedimentos, são indispensáveis algumas providências internas, que podem incluir avaliação, perícia médica e coleta de orçamentos para a aquisição de medicamentos e/ou itens necessários à demanda do beneficiário. Adicionalmente, a diretora Cláudia Balula afirmou que a gestão da Libertas sempre busca certificar-se que o atendimento prestado foi exatamente o que era possível fazer, dentro das normas e com sensibilidade, cuidado e respeito.

Por sua vez, Sr. Domingos Lage destacou que o plano é muito superior à média do mercado, mais barato, com maior cobertura e, inclusive, menos burocrático, o que dá segurança e conforto aos usuários. Recebi um atendimento de qualidade para um tratamento que precisei para a minha família, e sei como é difícil pensar em regulamento quando se tem um ente querido necessitando de assistência, afirmou Sr. Domingos. E completou: É preciso

confiar na Libertas, pois a boa gestão também depende do uso consciente do plano por nós, usuários, além de uma prestação de serviços qualificada e ética da rede credenciada. Assim, defendemos os interesses dos beneficiários, uma vez que somos nós que assumimos todos os custos, visto que a Fundação não visa lucro.

Sandra Teixeira de Moura, 60 anos, que durante 30 anos trabalhou na Fundação, inclusive na Gerência Assistencial, introduziu um tema essencial à conversa e enfatizou bastante a necessidade de uma atitude preventiva de todos com relação à própria saúde e à de seus dependentes. Tive um problema grave, detectado em um exame periódico de rotina, e esse diagnóstico pode ter salvado a minha vida, uma vez que o tratamento iniciado de imediato foi fundamental para a minha recuperação, afirmou Sandra. E acrescentou: cuidar preventivamente da saúde é bom para todo mundo e para o nosso plano, pois evita gastos desnecessários e reajustes no valor das mensalidades.

Também presente no bate-papo, Maria Helena da Silva Netto, gerente de Relacionamento com o Participante, ressaltou que, ao receber um beneficiário, sabe-se que o que ele quer é a solução de um problema de saúde, seu ou de um dependente, e isso é tratado com seriedade. Assim, a Libertas busca ser assertiva dando respostas às demandas o mais rápido possível, de acordo com a legislação e as normas do regulamento.

Todos destacaram a proximidade que existe entre beneficiários e Libertas, sendo considerada uma vantagem enorme a proximidade e o conhecimento de quem são as pessoas à frente da gestão assistencial, pois isso dá muita segurança aos usuários.

Sr. Domingos e Sandra entendem que a existência do Conselho de Curadores, formado por colegas da empresa à qual eram vinculados, beneficiários dos planos, que têm a responsabilidade de acompanhar e controlar as despesas e os resultados, entre outras atribuições, ajudam a proteger o plano e favorece a boa administração. Mais um ponto importante para diferenciar a Libertas e construir o sentido de pertencimento do plano por seus beneficiários.

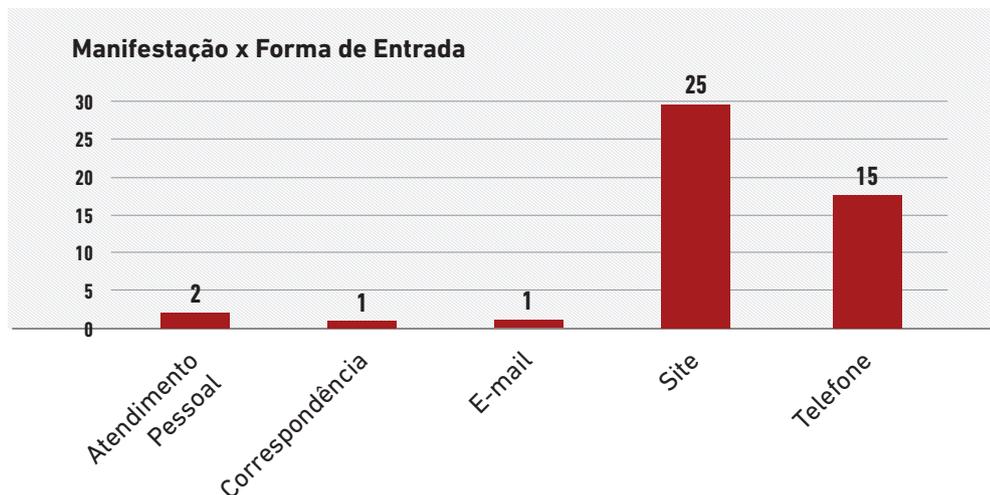
Para a diretora Cláudia Balula, encontros como esse fornecem matéria-prima valiosa para a Fundação, que busca oferecer a melhor cobertura assistencial, a preço justo e em conformidade com a legislação, ANS e respectivos regulamentos. Demonstram, ainda, que a Fundação procura atender às aspirações e cuidados com a saúde de seus beneficiários por meio de uma gestão baseada na excelência. Sim, há o que melhorar, mas os depoimentos espontâneos do Sr. Domingos e da Sandra revigoram a certeza de que a gestão assistencial da Libertas está no bom caminho, concluiu a dirigente.

## **Ouvidoria**

Criada em 1998, a Ouvidoria da Libertas, pioneira entre os fundos de pensão no país, tornou-se importante porta-voz dos beneficiários dos planos de assistência à saúde administrados pela Fundação. É um canal de segunda instância, que permite subsidiar o aperfeiçoamento dos processos internos por meio do acolhimento de elogios, sugestões, consultas e reclamações sobre o atendimento e a atuação da Libertas.

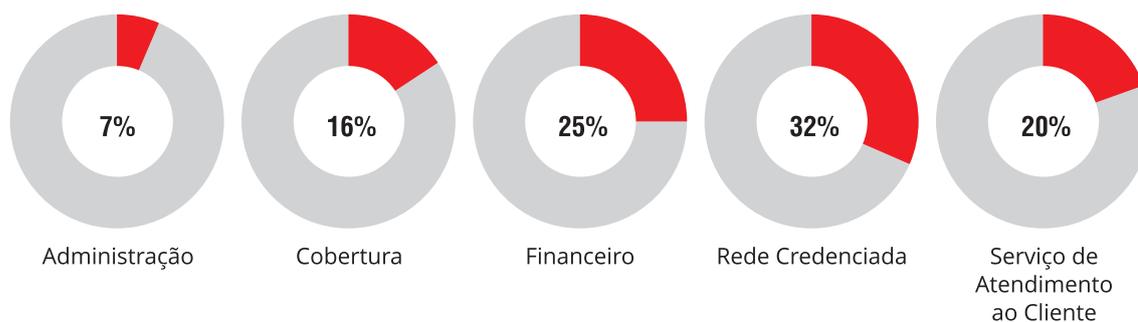
Em 2015, a Ouvidoria teve **44** atendimentos relacionados aos planos de assistência à saúde, distribuídos da seguinte forma:

**Gráfico 6 - Distribuição de atendimentos pela Ouvidoria - Planos Assistenciais**



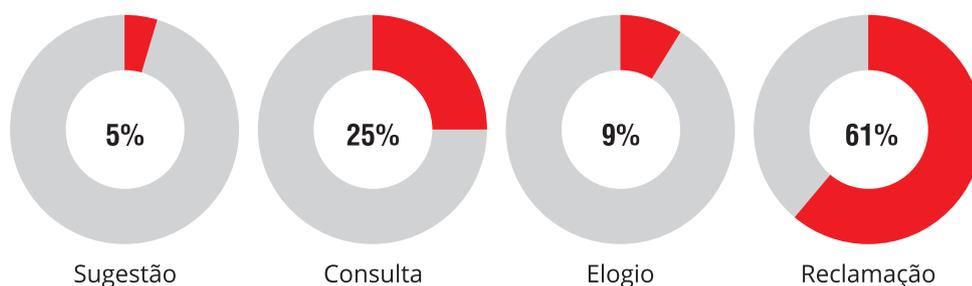
Fonte: Fundação Libertas/PRES/OUVI

**Maniferação x Assunto**



Fonte: Fundação Libertas/PRES/OUVI

**Maniferação x Tipo**



Fonte: Fundação Libertas/PRES/OUVI

## ■ Planejamento Estratégico

O Planejamento Estratégico - PE da Libertas foi norteado pela Educação para a Segurança. A ideia principal foi capacitar a Libertas para materializar a necessidade dos seus usuários, enfrentar os riscos, tão inerentes à gestão de planos previdenciais e de saúde, e construir valor para participantes, assistidos e patrocinadoras.

Uma das características básicas do PE da Libertas foi o caráter coletivo da iniciativa. Por exemplo, somente na fase de Diagnóstico, participaram 1.319 pessoas, que contribuíram de diversas formas. Foram definidos 6 Diretrizes e 17 Objetivos, que possibilitaram a construção do Mapa Estratégico da Libertas, resultando na elaboração de 60 ações principais e 149 subordinadas. O acompanhamento dos planos de ação previstos no Planejamento Estratégico foi sistematizado e, em 2016, ocorrerá a primeira revisão. Tal procedimento, que se repetirá anualmente, serve para o reexame detalhado do que está proposto no documento e sua aderência à realidade de momento da Libertas.

## ■ Campanhas de Educação para a Saúde

Promover ações de conscientização e de educação com foco em saúde é parte do negócio da Libertas, que administra planos de assistência à saúde, na modalidade de autogestão. Em 2015, três iniciativas da Fundação, já incorporadas ao calendário institucional, merecem destaque: as campanhas de prevenção contra o câncer de mama (Outubro Rosa) e contra o câncer de próstata (Novembro Azul), além da campanha de conscientização para promover a doação voluntária de sangue.

Palestras com especialistas, filmes, debates e procedimentos ofertados por parceiros credenciados, como medição de pressão arterial e cálculo do Índice de Massa Corporal, integraram tais iniciativas.

No caso da valorização da doação voluntária de sangue, a Libertas estimulou tanto a reflexão quanto o próprio ato de doar. Em parceria com o Hemominas, foram acordadas datas para que os colaboradores da Fundação e demais públicos do seu relacionamento pudessem proceder à doação de sangue.



Ressalte-se que, em todas essas iniciativas, a Libertas convidou participantes, assistidos, e ainda, os condôminos do seu edifício sede. Afinal, estimular a conscientização sobre a saúde e a solidariedade por um futuro com mais qualidade de vida é para todos.

## **Educação para Saúde** **Doação de Sangue**



As campanhas de educação para a saúde estimulam a conscientização para a qualidade de vida. À esq., Campanha Voluntária de Doação de Sangue

## **Educação para Saúde** **Outubro Rosa**



## Educação para Saúde Novembro Azul



### ■ Gestão de Custos Assistenciais

O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), que atua primordialmente na defesa de aspectos conceituais e técnicos que servem de embasamento teórico para a implementação de políticas e melhores práticas na saúde suplementar, apresenta dados importantes para compreender o desafio da gestão assistencial por parte das operadoras, como é o caso da Libertas.

O conteúdo a seguir integra a publicação Conjuntura - Saúde Suplementar (edição de junho/2016) e ilustra o cenário atual que envolve os custos assistenciais.

“Mesmo a inflação média da economia estando elevada, a **variação de custos médico-hospitalares (VCMH/IESS)** dos planos de saúde permanece superior ao IPCA: a VCMH foi de 19,3% para o período de 12 meses, encerrados em dezembro de 2015, enquanto que a variação do IPCA foi de 10,7% para o mesmo período (veja o gráfico).

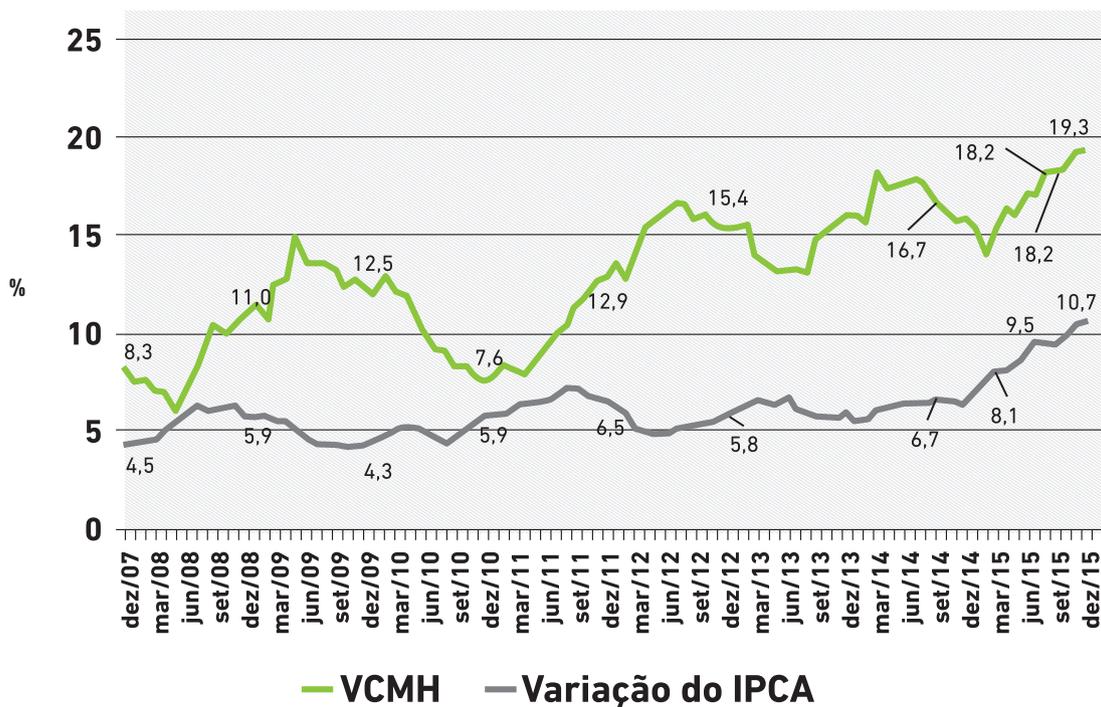
Desde julho de 2015, a VCMH/IESS apresenta tendência de crescimento, sendo que, de dez/14 a dez/15, a VCMH passou de 15,3% para 19,3%, o que corresponde a um aumento de 4,0% p.p. A VCMH dos planos de saúde individuais reflete características do sistema de saúde que atualmente impactam a sustentabilidade do setor, como, por exemplo, a incorporação tecnológica e o modelo de pagamento de hospitais *fee-for-service* que incentiva o aumento dos custos sem necessariamente melhorar a saúde do paciente.

Outro fator que impacta a sustentabilidade dos planos individuais é a regulamentação do reajuste desse tipo de plano pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O índice

autorizado para ser utilizado pelos planos para o reajuste de planos individuais no período de maio de 2016 a abril de 2017 é de 13,57% (divulgado em junho de 2016). ... Além disso, em maio de 2016, a inflação medida pelo IPCA/IBGE foi de 9,3% (acumulado de 12 meses), o maior valor para esse mês desde maio de 2003 (17,2%).”

Como pode ser verificado, o índice de referência do mercado foi maior do que o aprovado pela ANS. Para evitar que essa defasagem, no longo prazo, possa comprometer a sustentabilidade econômico-financeira da operação, anualmente a Fundação Libertas realiza estudo técnico atuarial que determina para cada plano, na data de seu aniversário, a correção devida, buscando trazer-lhe equilíbrio.

**Gráfico 7 - Série histórica do VCMH/IESS e do IPCA**



*Nota: A variação do IPCA é calculada utilizando-se o índice médio de doze meses relativamente aos 12 meses anteriores*

Fonte: Conjuntura - Saúde Suplementar (IESS) - 31ª edição, junho de 2016

### ■ **Legislação - Reconstrualização da rede credenciada**

Para atendimento ao disposto na Lei 13.003, que passou a vigor em 22/12/2014, a Libertas procedeu a alterações na gestão de contratos com a rede credenciada e no custeio dos planos de assistência à saúde, que passaram a ter periodicidade anual para reajuste, e aplicado nos primeiros 90 dias do ano-calendário.

Diante da nova legislação, a ANS publicou as seguintes normas:

- » RN 363/2014 – Dispõe sobre as regras para celebração dos contratos;
- » RN 364/2014 – Dispõe sobre a definição de índice de reajuste pela ANS a ser aplicado pelas operadoras aos prestadores em situações específicas;
- » RN 365/2014 – Dispõe sobre a substituição de prestadores de serviços de atenção à saúde não hospitalares;
- » IN 56/2014 – Dispõe sobre a disponibilização das informações relativas à substituição de prestadores não hospitalares no Portal Corporativo das operadoras de plano de saúde.

A Fundação Libertas realizou, ao longo de 2015, a atualização de aproximadamente 2.000 contratos com prestadores de serviços médico-hospitalares.

### ■ **Recuperação financeira do Plano dos Ex-Servidores da extinta MinasCaixa**

Após o reajuste aplicado em 2014, em conjunto com diversas ações administrativas, houve uma recuperação gradativa do respectivo Fundo Assistencial, sendo que, em 2015, o reajuste das contribuições foi menor do que o adotado pela ANS para os planos individuais.

Parte dessa ação visa possibilitar ao plano, que já foi deficitário, estabelecer maior conforto para os beneficiários quanto a sua efetividade, no médio e longo prazos, bem como dar segurança para o atendimento aos critérios da ANS, que mensuram a saúde econômica e financeira do plano.

**“O saber se aprende com os mestres.  
A sabedoria, só com o corriqueiro da vida.”**

Cora Coralina

# EQUIDADE

Essa mesma sabedoria nos mostra que na Previdência o que nos iguala é a disciplina e um objetivo comum em poupar para o futuro. Independentemente da renda pessoal, o maior esforço contributivo sempre vai formar uma proteção maior.



# Desafios e Oportunidades

**Maior transparência e qualificação do papel da contribuição para o equilíbrio e o atendimento ao rol de procedimentos destacados na legislação e às necessidades dos participantes.**

As contribuições vertidas aos planos pelos participantes e beneficiários, e, quando possuem, das empresas nas quais trabalham e patrocinam os planos previdenciários e assistenciais, são a principal fonte de financiamento e manutenção dos benefícios administrados. Dessa forma, as EFPCs que administram esses planos, para atender aos objetivos de prover renda, na aposentadoria ou na morte do participante, e custear um plano de saúde de baixo custo, tem nas contribuições a base para seu funcionamento.

Dessa forma, na maioria das vezes as contribuições representam um percentual da renda de trabalhadores e de seus empregadores, ou um valor por vida, de acordo com a sua faixa etária, que deixam de ser destinados ao consumo e buscam estabelecer uma ação protetiva e de formação de poupança para que os trabalhadores, como participantes desses planos, protejam a sua aposentadoria e a sua saúde.

As contribuições são calculadas atuarialmente, metodologia que estabelece, através de estudos demográficos, estatísticos, financeiros e de riscos, qual é o custo para que cada plano consiga atender aos objetivos protetivos à vida das pessoas. Essa contribuição é calculada para atender e possibilitar custear os benefícios praticados pelo plano, previdencial ou assistencial, e, por fim, custear o funcionamento da EFPC que administra, em nome dos participantes, os planos.

Essa contribuição tem duas finalidades: pagar benefício e custear o funcionamento do órgão que o administra. Além do custeio, o atendimento às normas obriga que as contingências e o patrimônio de cobertura, dos planos de benefícios previdenciários e assistenciais, possibilitem não apenas pagar a obrigação em um mês, mas garantir a solvência e a capacidade do plano em honrar os benefícios previstos em regulamento. O recálculo é obrigatório e realizado anualmente.

## Judicialização

A judicialização tem impactado fortemente o setor de saúde, em geral, resultante de negativa do plano a alguma demanda de beneficiário por motivos que podem ser a realização de procedimentos fora do amparo regulamentar, demanda não constante do Rol de Procedimentos da ANS, medicamentos ou procedimentos não aprovados pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Os processos judiciais têm implicado em custos não previstos na gestão assistencial, fora do estudo atuarial e das contraprestações vertidas, onerando a todos os beneficiários do plano, que pagam essa conta por meio de reajustes na contribuição.

Trata-se de um grande desafio para todas as operadoras, especialmente em um cenário de custos crescentes de produtos e serviços médico-hospitalares e instabilidade da economia.

Para mitigar o agravamento dos riscos decorrentes da judicialização, a Libertas tem disseminado informações acerca do funcionamento de um plano de assistência à saúde, que envolvem desde a manutenção da rede credenciada até a composição de custos e cálculo de reajustes.

Além de fomentar a conscientização dos beneficiários sobre a matéria, a Libertas também empreende ações voltadas para a qualificação da sua gestão assistencial, tais como: censo diário de internações, acompanhamento de casos graves e monitoramento de casos crônicos, auditoria de contas *in loco*, negociação permanente com prestadores de serviços e educação preventiva para uso racional dos benefícios assistenciais.

## Educação para a Saúde

Prover o entendimento sobre a melhor forma de utilização do plano, possibilitar escolhas assertivas, trazer informações e orientações sobre os credenciados e a rede de atendimento, bem como, orientar e estimular o uso racional do Plano formam condutas que fazem muita diferença para a redução dos custos assistenciais e, no caso de alguns planos, redução na coparticipação para os beneficiários.

Além de evitar desperdícios, retrabalho e penalizações nos custos, deve-se, principalmente, ser solidário com o seu plano de saúde e com os demais participantes, permitindo uma atitude de responsabilidade para com o plano, que vale tanto para os beneficiários titulares quanto para os dependentes.

Esses são os objetivos da Educação para a Saúde, projeto que visa empoderar, orientar e responsabilizar a todos com o “Cuidar”, assim definido como o ato de construir no plano de autogestão uma visão de impacto e afetação, que não depende do outro, mas da atitude de cada um de nós. A seguir, algumas dicas para a utilização correta do plano de assistência à saúde:

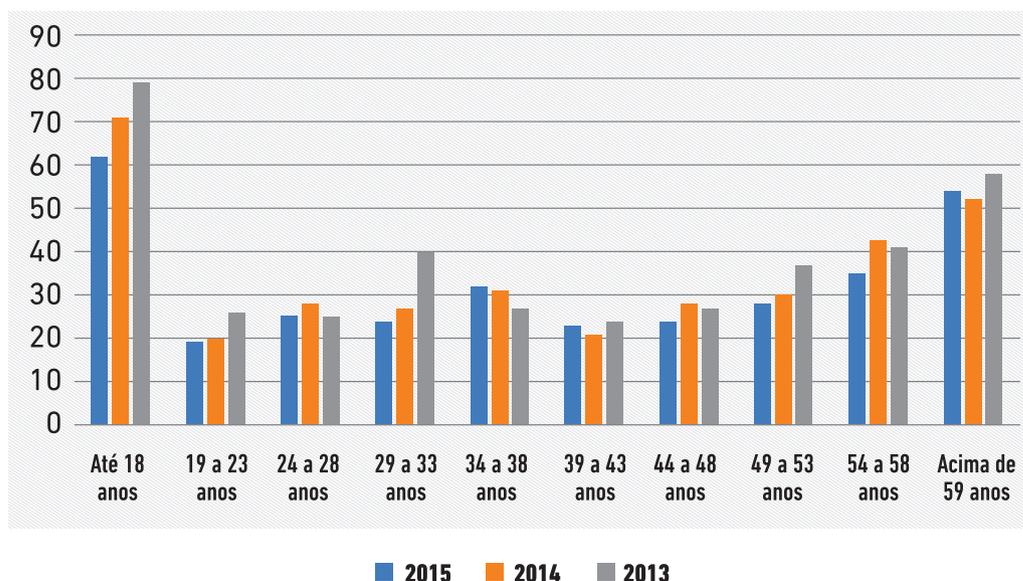
- » Manter hábitos de vida saudável e valorizar a medicina preventiva;
- » Buscar a atuação preventiva e não apenas a de tratamento para a saúde;
- » Realizar consulta eletiva em consultório médico;
- » Ter um médico de confiança, se possível clínico geral, que acompanhe o histórico do paciente; assim, o tratamento será mais bem direcionado e o beneficiário não precisará perambular por vários consultórios médicos;
- » Cancelar consulta previamente marcada com, no mínimo, 6 horas de antecedência;
- » Assinar o Comprovante de Prestação de Serviço (modelo da guia TISS/ANS) após o seu completo preenchimento pelo médico ou atendente; trata-se de uma ação preventiva contra eventual cobrança de procedimentos não realizados;

- » Levar seus últimos exames laboratoriais e de imagem para a consulta; isso facilitará a análise do médico que poderá solicitar novos exames para complementar o diagnóstico;
- » Levar a lista de medicamentos que vêm sendo usados pelo beneficiário para a consulta; isso evitará que o médico receite um medicamento semelhante a algo já em uso;
- » Acompanhar a utilização do plano pelos dependentes;
- » Ligar sempre para a Libertas em caso de dúvidas sobre a utilização do plano de assistência à saúde;
- » Ter na Libertas a melhor parceira para a preservação da sua saúde e a de seus dependentes, o que se dá por meio dos benefícios previstos no seu plano de assistência à saúde.

## Plano de Assistência à Saúde da Fundação Libertas

O plano assistencial encontra-se estabilizado em relação às despesas x receitas.

Gráfico 8 - Quantidade de vidas - Distribuição por faixa etária - Movimentação



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 09 - Quantidade de vidas - Distribuição por faixa etária - Movimentação**

Fund Libertas - 12/2015			
Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total
	<b>164</b>	<b>153</b>	<b>317</b>
00-18	25	31	56
19-23	5	16	21
24-28	9	15	24
29-33	9	11	20
34-38	16	16	32
39-43	16	5	21
44-48	17	10	27
49-53	13	11	24
54-58	21	20	41
59-150	33	18	51

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEACAT

**Tabela 10 - Despesas Financeiras - Rede Credenciada (em R\$)**

	2015	2014	2013
Procedimentos	457.041,09	437.799,90	465.770,09
Internações	249.379,63	686.040,93	524.394,31

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 11 - Distribuição das Despesas com Internação em 2015**

CUSTOS	QUANTIDADE	VALOR EM R\$
Até R\$ 10.000,00	67	151.323,93
De R\$ 10.000,01 a R\$ 30.000,00	5	98.055,70
De R\$ 30.000,01 a R\$ 50.000,00	-	-
Acima de R\$ 50.000,00	-	-

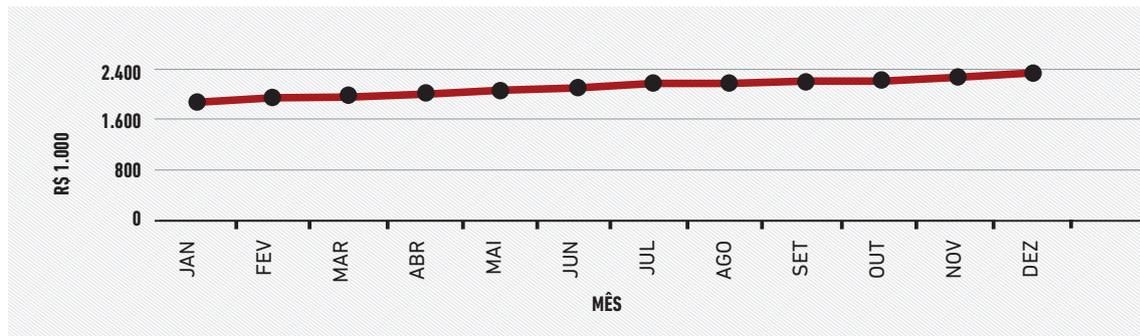
Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 12 - Processamentos realizados pela Rede Credenciada**

	2015	2014	2013
Guias médicas	3.175	3.507	4.030
Procedimentos	10.036	11.201	11.961
Internações	72	85	84

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

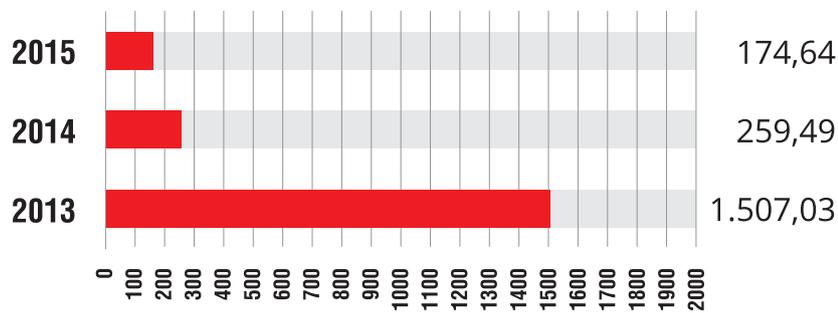
**Gráfico 9 - Evolução do Fundo Assistencial em 2015**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

O Fundo Assistencial apresenta 27,83 vezes a despesa média mensal.

**Gráfico 10 - Variação do custo per capita em 2015 (em R\$)**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 13 - Processamentos fora da Rede Credenciada (Reembolso)**

	2015	2014	2013
Quantidade requerimentos	22	24	33
Custos R\$	95.191,18	40.732,72	21.030,39

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

## Ressarcimento ao SUS

São procedimentos médico-hospitalares realizados na rede SUS por beneficiários do plano e que, posteriormente, a ANS envia a cobrança para o devido ressarcimento.

Em 2015, o valor ressarcido pelo plano foi de **R\$ 930,57**, correspondente a 1 atendimento/beneficiário.

## Ouvidoria

Em 2015, **não** ocorreu manifestação por parte dos beneficiários do plano.

## Reajuste das mensalidades

**Tabela 14 - Comparativo do reajuste do plano assistencial com o limite definido pela ANS para os planos individuais**

	2013	2014	2015
Fundação Libertas	6,20%	14,60%	20,70%
ANS - Plano Individual	9,04%	9,65%	13,55%

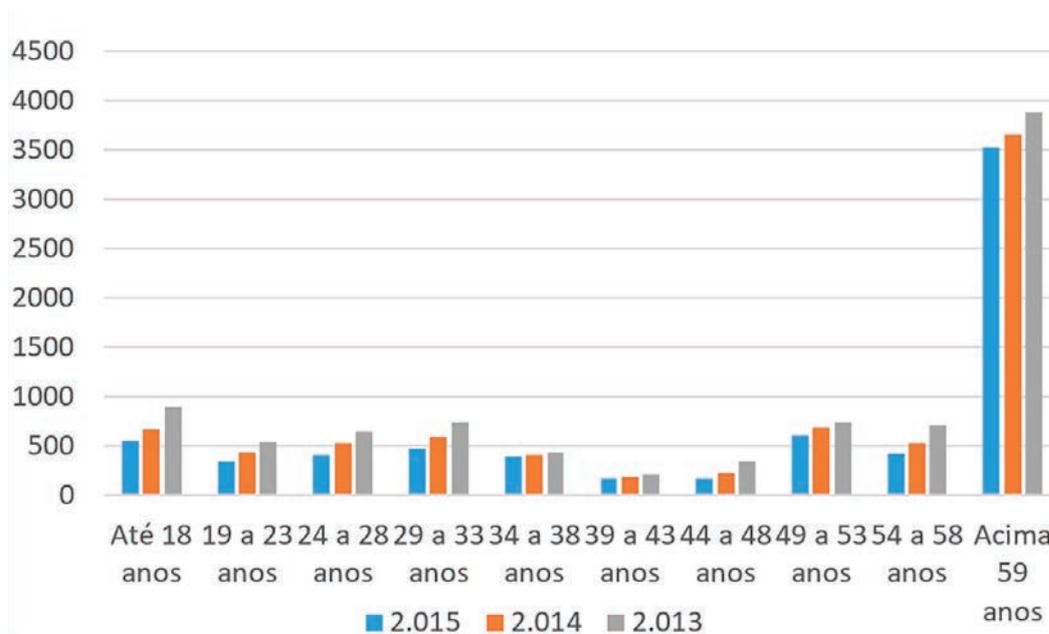
Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

# Plano de Assistência à Saúde dos Ex-Servidores da extinta MinasCaixa

O maior número de beneficiários dos planos de saúde administrados pela Fundação Libertas é representado pela massa dos ex-servidores da extinta MinasCaixa, caso em que não há a figura da patrocinadora. Tal situação exige maior acompanhamento e contínuo processo de mapeamento dos riscos e custos de assistência à saúde, com vistas a identificar, mitigar e mapear a cobertura dos benefícios assistenciais, visto que o seu financiamento é custeado apenas pelos beneficiários, sendo de maior impacto e afetação.

No plano, há 7.007 vidas, representando 71,61% do total e que contribuem sozinhos para manter o plano de assistência à saúde. A contribuição *per capita* é de R\$ 420,51, para um público que, em média, possui 52,72 anos, na base de dezembro de 2015, mas que o maior número de beneficiários está no grupamento etário acima de 59 anos.

Gráfico 11 - Quantidade de vidas - Distribuição por faixa etária - Movimentação



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 15 - Quantidade de vidas - Distribuição por faixa etária - Movimentação**

Minascaixa - 12/2015			
Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total
	<b>3.944</b>	<b>3.023</b>	<b>6.967</b>
00-18	229	275	504
19-23	178	130	308
24-28	182	175	357
29-33	242	216	458
34-38	217	209	426
39-43	118	91	209
44-48	105	48	153
49-53	187	269	456
54-58	193	266	459
59-150	2.293	1.344	3.637

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEACAT

**Tabela 16 - Processamentos realizados pela Rede Credenciada**

	2015	2014	2013
Guias médicas	71.814	83.598	89.520
Procedimentos	244.950	275.662	286.777
Internações	1.642	1.861	2.164

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 17 - Despesas financeiras - Rede Credenciada (em R\$)**

	2015	2014	2013
Procedimentos	12.153.671,68	12.297.554,33	11.831.617,17
Internações	13.497.444,12	12.640.527,12	11.378.033,79

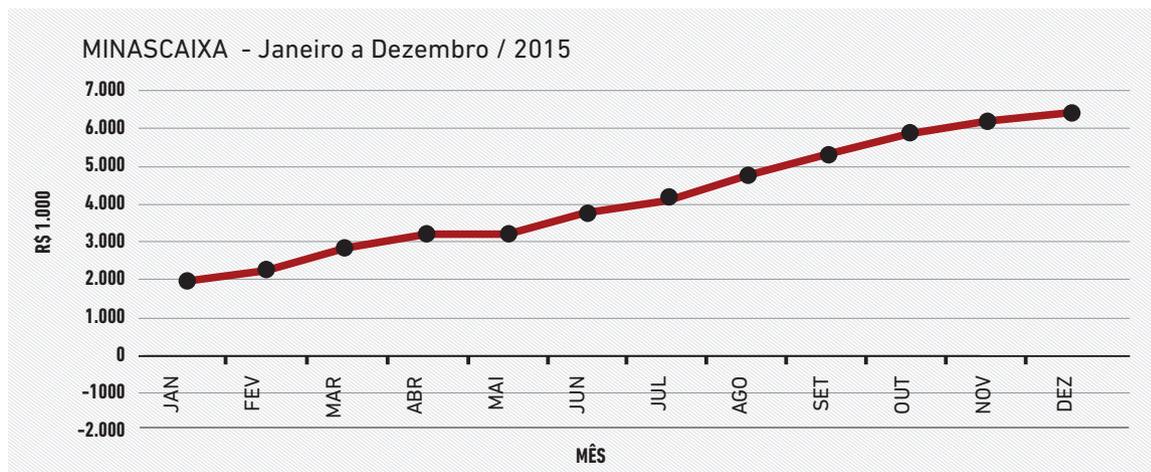
Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 18 - Distribuição das Despesas com Internação em 2015**

CUSTOS	QUANTIDADE	VALOR EM R\$
Até R\$ 10.000,00	1.365	3.707.646,57
De R\$ 10.000,01 a R\$ 30.000,00	167	2.908.321,90
De R\$ 30.000,01 a R\$ 50.000,00	52	1.963.882,98
Acima de R\$ 50.000,00	58	4.917.592,67

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

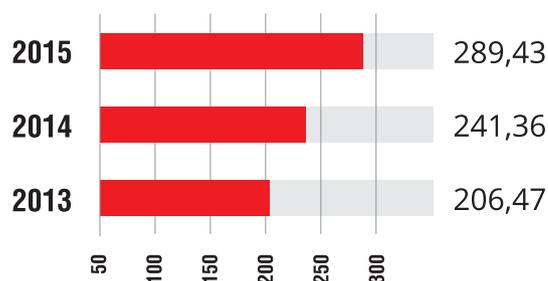
**Gráfico 12 - Evolução do Fundo Assistencial em 2015**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

O Fundo Assistencial apresenta 2,50 vezes a despesa média mensal.

**Gráfico 13 - Variação do custo *per capita* em 2015 (em R\$)**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 19 - Processamentos realizados fora da Rede Credenciada (reembolso)**

	2015	2014	2013
Quantidade Requerimento	705	813	892
Custos R\$	168.861,20	213.457,23	358.113,35

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

### Ressarcimento ao SUS

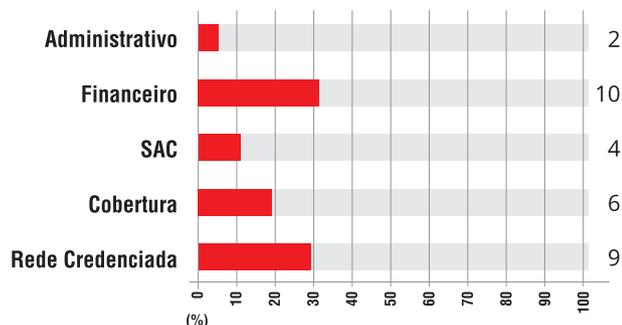
São procedimentos médico-hospitalares realizados na rede SUS por beneficiários do plano e que, posteriormente, a ANS envia a cobrança para o devido ressarcimento.

VALOR RESSARCID EM 2015	QTDE. BENEFICIÁRIOS
R\$ 42.732,86	20

## Ouvidoria

Ocorreram 31 manifestações por parte dos beneficiários do plano, conforme abaixo:

Gráfico 14 - Manifestações Ouvidoria



Fonte: Fundação Libertas/PRES/OUVI

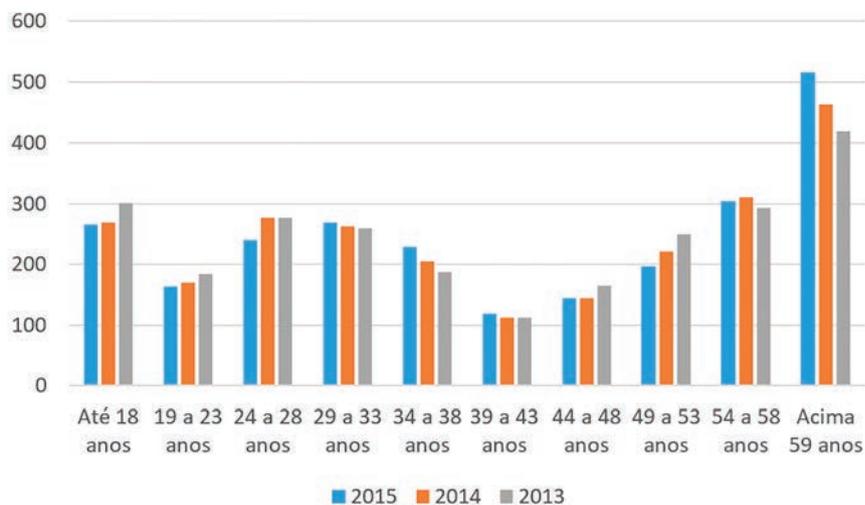
## Reajuste das mensalidades

Comparativo do reajuste do plano assistencial com o limite definido pela ANS para os planos individuais			
	2013	2014	2015
Ex-MinasCaixa	11,70%	40,20%	12,90%
ANS - Plano Individual	9,04%	9,65%	13,55%

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

# Plano de Assistência à Saúde da Prodemge

Gráfico 15 - Quantidade de vidas - Distribuição por faixa etária - Movimentação



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 20 - Quantidade de vidas - Distribuição por faixa etária - Movimentação**

Prodemge - 12/2015			
Faixa Etária	Feminino	Masculino	Total
	<b>1.229</b>	<b>1.213</b>	<b>2.442</b>
00-18	108	125	233
19-23	76	72	148
24-28	101	104	205
29-33	129	153	282
34-38	117	137	254
39-43	54	85	139
44-48	60	67	127
49-53	111	86	197
54-58	148	122	270
59-150	325	262	587

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GECAT

**Tabela 21 - Processamentos realizados pela Rede Credenciada**

	2015	2014	2013
Qtde Guias médicas	26.302	26.262	25.904
Qtde Procedimentos	82.036	80.087	77.617
Qtde Internações	496	412	446

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 22 - Despesas financeiras - Rede Credenciada (em R\$)**

Comparativo do reajuste do plano assistencial com o limite definido pela ANS para os planos individuais			
	2015	2014	2013
Procedimentos R\$	3.570.857	3.466.931,14	3.127.030,39
Internações R\$	2.340.457,98	1.943.317,78	1.306.715,03

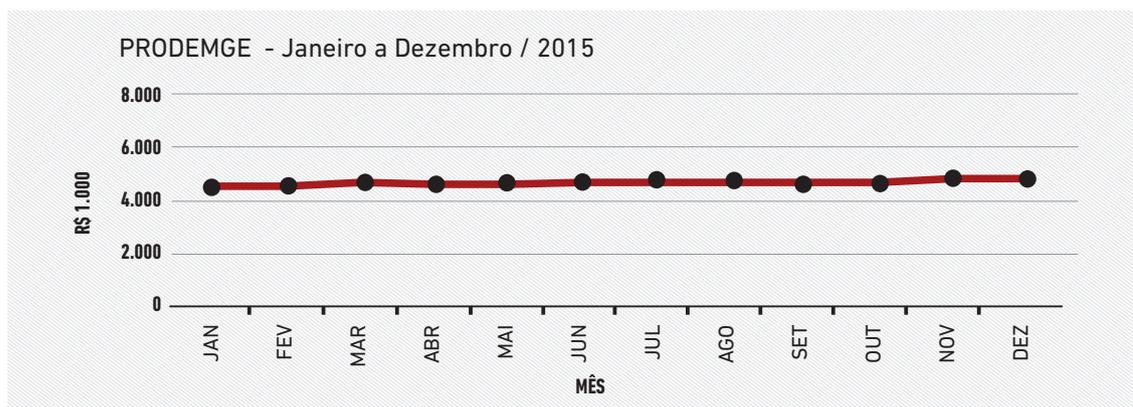
Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 23 - Distribuição das Despesas com Internação em 2015**

CUSTOS	QUANTIDADE	VALOR EM R\$
Até R\$ 10.000,00	446	1.072.767,02
De R\$ 10.000,01 a R\$ 30.000,00	36	642.641,60
De R\$ 30.000,01 a R\$ 50.000,00	9	337.035,05
Acima de R\$ 50.000,00	5	288.014,31

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

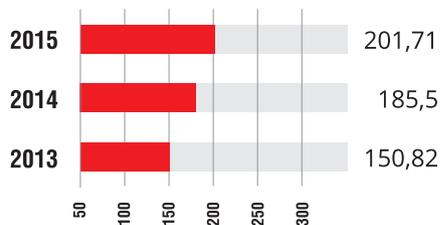
**Gráfico 16 - Evolução do Fundo Assistencial em 2015**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

O Fundo Assistencial apresenta 8,31 vezes a despesa média mensal.

**Tabela 24 - Variação do custo *per capita* em 2015 (em R\$)**



Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

**Tabela 25 - Processamentos realizados fora da Rede Credenciada (Reembolso)**

	2015	2014	2013
Qdte Requerimentos	96	115	92
Custos R\$	18.871,54	32.217,85	16.660,15

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

## Ressarcimento ao SUS

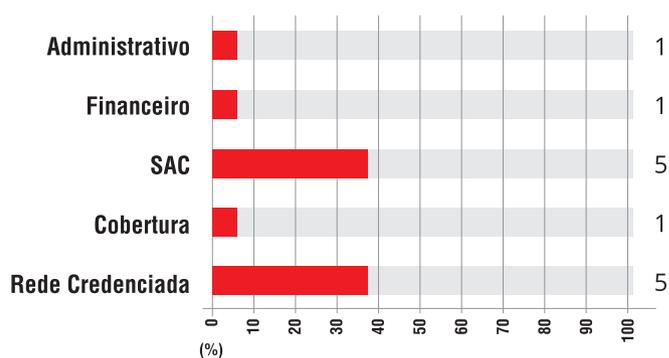
São procedimentos médico-hospitalares realizados na rede SUS por beneficiários do plano e que, posteriormente, a ANS envia a cobrança para o devido ressarcimento.

Valor ressarcido R\$	Qde Beneficiários
12.076,32	12

## Ouvidoria

Ocorreram 13 manifestações por parte dos beneficiários do plano, conforme abaixo:

Gráfico 18 - Manifestações Ouvidoria



Fonte: Fundação Libertas/PRES/OUVI

## Reajuste das mensalidades

Comparativo do reajuste do plano assistencial com o limite definido pela ANS para os planos individuais			
	2013	2014	2015
Prodemge	Reajuste Salarial: 7,10%	10,80%	9,88%
	Reajuste Técnico: 3,00%		
ANS - Plano Individual	9,04%	9,65%	13,55%

Fonte: Fundação Libertas/DISE/GEASI

# Glossário

## Termos comuns na gestão de planos de assistência à saúde:

**ANS** - Agência Nacional de Saúde Suplementar - órgão regulador dos planos de saúde em atividade no país.

**APM - Autorização de Procedimentos Médicos** - É o documento fornecido pela Libertas para autorizar o credenciado a realizar o procedimento solicitado.

**Beneficiários** - Usuários inscritos nos planos de saúde.

**Consulta Eletiva** - É uma consulta de caráter não emergencial e ocorre em consultório médico, em dia e horário previamente marcados.

**Credenciados** - Médicos, hospitais, laboratórios, clínicas e demais profissionais que mantêm contrato com a Libertas para a prestação de serviço assistencial.

**Despesa assistencial** - São os pagamentos efetuados à rede de credenciados por serviços prestados (consulta, exame, internação, tratamento etc.).

**Emergência** - Evento que implique em risco imediato de morte ou de danos físicos para o paciente.

**Fundo Assistencial** - É a reserva financeira de cada plano, oriunda do pagamento da mensalidade do beneficiário, para custear todas as despesas realizadas (administrativa, assistenciais e outras).

**Guia médica** - A Guia de Serviço Profissional/Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SP/SADT) é o formulário padrão exigido pela ANS e utilizado pela Fundação Libertas para comprovar a realização de atendimento médico-hospitalar. A apresentação da guia médica assinada pelo beneficiário é obrigatória para o pagamento dos procedimentos ambulatoriais à rede credenciada e serve de base para o desconto da coparticipação de vida.

**IN** - Instruções Normativas editadas pela ANS para disciplinar os atos dos planos de saúde.

**Plano Assistencial** - Aquele que oferece a beneficiários inscritos serviços assistenciais à saúde, com custeio específico, contabilização e patrimônio mantidos em separado em relação aos planos de caráter previdenciário.

**Prestadores vinculados** - São profissionais que fazem parte do corpo clínico de hospital/clínica credenciada para atendimento aos beneficiários, mas não mantêm contrato com a Libertas.

**Região de Saúde ANS** - São grupos de municípios que compõem determinada região.

**RN** - Resoluções Normativas editadas pela ANS disciplinando os atos dos planos de saúde.

**Solvência** - No caso da gestão assistencial, é a capacidade de o plano de saúde cumprir os compromissos com os recursos constituídos em seu patrimônio.

**TISS** - Troca de Informação em Saúde Suplementar.

**Urgência** - Evento resultante de acidente pessoal ou de complicações no processo gestacional.

Fonte: Gerência Assistencial da Libertas





**Canais de Comunicação da Fundação Libertas:**

[fundacaolibertas@fundacaolibertas.com.br](mailto:fundacaolibertas@fundacaolibertas.com.br)

[ouvidoria@fundacaolibertas.com.br](mailto:ouvidoria@fundacaolibertas.com.br)

(31) 2111-3700 | 0800 704 3700