

Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social
Fachesf

GESTÃO DE PLANOS DE SAÚDE

Relatório de Administração 2024

Janeiro de 2025

RELATÓRIO DA ADMINISTRAÇÃO SOBRE A GESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM 2024

1. CARACTERÍSTICAS E FINALIDADES

A Fundação Chesf de Assistência e Seguridade Social – Fachesf é uma Entidade Fechada de Previdência Complementar, sem fins lucrativos, constituída por prazo indeterminado sob a forma de sociedade civil, autorizada a funcionar pela Portaria no 2.247/80, Processo MPAS 301.822/79, com autonomia administrativa e financeira, instituída pela Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf, entidade jurídica de direito privado.

A Entidade está subordinada às normas do Ministério de Estado da Previdência, por meio do Conselho Nacional de Previdência Complementar - CNPC, Superintendência Nacional de Previdência Complementar – PREVIC, e às Resoluções específicas do Conselho Monetário Nacional – CMN publicadas pelo Banco Central do Brasil, e está subordinada também às normas do Ministério de Estado da Saúde, por meio da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A Fachesf faz parte do conjunto das Entidades Fechadas de Previdência Complementar - EFPC que, nos termos do artigo 76 da Lei Complementar nº 109/2001, foram autorizadas a continuar oferecendo, a seus participantes, assistidos e respectivos dependentes, benefícios de assistência à saúde. Desde a publicação da Instrução Conjunta SPC/ANS nº 1, de 18.12.2008 esta atividade de saúde suplementar, mesmo quando executada por entidade de previdência complementar, passou a ser regulada e fiscalizada, exclusivamente, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Atualmente a Fachesf está conduzindo o processo de cisão patrimonial das operações de assistência à saúde, por meio de cisão parcial junto à operadora Luminar, anteriormente denominada e-Vida, que é uma entidade de autogestão com objeto social exclusivo de operação de planos de saúde. Este processo está em conformidade com as regulamentações aplicáveis e deverá ser concluído durante o ano de 2025, após as devidas avaliações técnicas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e pela Superintendência Nacional de Previdência Complementar (PREVIC).

A cisão patrimonial dos planos de saúde não afetará, em nenhum aspecto, as atividades previdenciais administradas pela Fachesf, uma vez que as operações dos planos assistenciais são integralmente segregadas das operações dos planos de previdência e da gestão administrativa da Fundação.

Dessa forma, reafirmamos que, após a conclusão da transferência patrimonial, direitos e obrigações econômico-financeiras dos planos de saúde para a operadora Luminar, a Fachesf continuará a desempenhar a administração de seus negócios previdenciais de forma regular, eficiente e ininterrupta, preservando a qualidade e a segurança de suas operações.

Asseguramos que, considerando as características operacionais e a alocação dos recursos patrimoniais dos planos de saúde atualmente sob gestão da Fachesf, não haverá impactos patrimoniais, econômico-financeiros ou alterações na mensuração de ativos e passivos decorrentes do processo de cisão, pelos seguintes motivos:

- **Alocação de Recursos Patrimoniais:** Os recursos patrimoniais com rentabilidade financeira estão integralmente alocados em operações de Renda Fixa, e não existem ativos classificados como mantidos para venda. As aplicações financeiras não vinculadas à ANS já estão devidamente mensuradas e contabilizadas a valor de mercado, com alto grau de liquidez. Os recursos financeiros correspondentes aos ativos garantidores das provisões técnicas (vinculados à ANS) estão alocados em Fundos Dedicados à Saúde Suplementar, também mensurados e contabilizados a valor de mercado. Apesar da necessidade de autorização da ANS para movimentações de resgates, o processo ocorre com agilidade.
- **Gestão Operacional:** A Fachesf não opera rede própria de atendimento (como clínicas, hospitais ou consultórios), eliminando complexidades relacionadas à transferência de ativos imobilizados ou de gestão direta. Os gastos com a movimentação de pessoal, seja por desligamento ou transferência para a operadora Luminar, serão cobertos por recursos de origem assistencial.
- **Mensuração Contábil e Avaliações de *Impairment*:** Não há ativos sujeitos a avaliação de perda por *impairment*.
- **Estrutura Contábil Segregada:** A Fachesf já adota práticas contábeis que segregam as operações dos planos de saúde das operações previdenciais e administrativas da entidade, facilitando o processo de transferência.
- **Direitos, Compromissos e Contingências:** Os valores a receber e a pagar, incluindo direitos creditórios tributários e contingências judiciais, não sofrerão alterações. Esses elementos farão parte do conjunto de ativos e passivos transferidos à operadora Luminar. Os passivos contingentes já estão registrados em conformidade com as melhores estimativas de perda, sendo mantidos os critérios atuais.

- **Estimativas e Provisões Técnicas:** As provisões técnicas não exigem revisão ou alteração de estimativas, pois são calculadas com base em critérios regulamentares estabelecidos pela ANS, cuja metodologia deverá ser continuada pela operadora Luminar.
- **Resultado e Patrimônio Líquido:** As operações que compõem o desempenho econômico dos planos de saúde (Receitas e Despesas) serão continuados pela operadora Luminar sem alterações, tendo em vista a obrigatoriedade de cumprimento do que estabelece cada Regulamento dos planos. O patrimônio líquido acumulado até a data de conclusão do processo será integralmente transferido para a operadora Luminar, garantindo a continuidade dos direitos e obrigações associados.

O objetivo principal desta cisão é promover a separação da administração dos planos de assistência à saúde e dos planos de previdência complementar, visando facilitar e dinamizar a organização, o controle e a gestão administrativa desses planos, assegurando maior eficiência e foco em suas respectivas finalidades.

2. PRINCIPAIS PROCESSOS DA SUPERINTENDÊNCIA DE SAÚDE - PSS

A Superintendência de Saúde – PSS, ligada diretamente a Presidência da Fachesf é quem faz a gestão assistencial dos Planos de Saúde administrados pela entidade. Na referida área, são executadas todas as atividades inerentes ao produto saúde, desde o cadastro do beneficiário no plano, a cobrança das mensalidades, realização de credenciamento e negociação de tabela com a Rede Credenciada, passando pelos processos de auditoria/regulação e autorização dos procedimentos, finalizando com o processamento e faturamento da conta para envio à área financeira/contábil da Fachesf.

Também é de responsabilidade da referida área a relação com o órgão regulador, com as entidades de classe dos profissionais de saúde e demais autogestões, além do relacionamento direto com hospitais, clínicas, laboratórios e profissionais da área de saúde.

Todos os processos acima relacionados são desempenhados visando à sustentabilidade do Plano de Saúde da Fachesf, o seu equilíbrio econômico-financeiro, garantindo um serviço de excelência aos seus beneficiários.

Aqueles processos que não se referem à atividade fim saúde são executados por outras áreas da Fundação, tais como: jurídica, econômico-financeira (Controladoria), recursos humanos, controles internos, atendimento e comunicação com os beneficiários, entre outros, cujos custos são rateados entre os planos de saúde e os planos previdenciais.

3. PLANOS DE SAÚDE

Os Planos de Assistência Médica e Hospitalar da Fachesf são cadastrados com as seguintes características: patrocinados, coletivos, na modalidade de autogestão sem mantenedor, sem fins lucrativos, particulares e fechados.

A Fachesf, como Operadora de Plano de Saúde na modalidade de autogestão, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS desde 04.07.2001 sob o nº 31.723-3, administra os seguintes planos de assistência médica e hospitalar:

a) Consolidado Fachesf Saúde

- **Plano Padrão:** plano Coletivo por Adesão, instituído em 09.07.1991, inscrito sob o nº 436.221.017, em 04.07.2001, no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com cobertura de despesas hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em apartamento.
- **Plano Básico:** plano Coletivo por Adesão, instituído em 26.03.1997, inscrito sob o nº 436.220.019, em 04.07.2001, no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com cobertura de despesas hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em enfermaria.
- **Plano Especial:** plano Coletivo por Adesão, instituído em 26.03.1997, inscrito sob o nº 436.222.015, em 04.07.2001, no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com cobertura de despesas ambulatoriais e hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em apartamento.
- **Plano Premium:** plano coletivo por adesão, aprovado pela Diretoria Executiva da Fachesf em 31/10/2022, conforme DDE nº 129/2022, inscrito sob o nº 493.976/22-0, em 28/11/2022 no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com cobertura de despesas ambulatoriais, odontológicas e hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em apartamento, com área de atuação nos Estados de Pernambuco, Bahia, Ceará, Paraíba, Piauí, São Paulo e Rio de Janeiro. Com a criação do Plano Premium houve a substituição imediata das operações assistenciais executadas pelo Plano PAP/FACHESF.
- **Plano Essencial:** plano Coletivo por Adesão, inscrito sob o nº 484.993.201 no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com cobertura de despesas ambulatoriais e hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em enfermaria. A área de atuação deste Plano compreende os seguintes Municípios de Pernambuco: Recife, Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista e Camaragibe.

- **Plano Vida:** plano Coletivo por Adesão, inscrito sob o nº 498.887/24-6 no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, com cobertura de despesas ambulatoriais e hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em enfermaria. A área de atuação deste Plano compreende os seguintes Municípios do Estado da Bahia: Paulo Afonso, Glória, Delmiro Gouveia, Jatobá e Água Branca.

b) Consolidado Fachesf Saúde Mais

Plano Coletivo Empresarial, instituído em 10.07.2013, inscrito sob o nº 469.459.137, em 10.07.2013, no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura de despesas ambulatoriais e hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em apartamento. Este Plano foi criado com o objetivo de atender demanda da Companhia Hidro Elétrica do São Francisco – Chesf, no que se refere ao Plano de Incentivo à Demissão Voluntária – PIDV de 2013; ao Plano de Aposentadoria Extraordinária – PAE de 2017; ao Plano de Demissão Consensual – PDC de 2018; ao Plano de Demissão Consensual – PDC de 2019; e ao Plano de Demissão Consensual 2019.2 – segunda geração. Para os ex-empregados que aderiram aos referidos planos de incentivo ao desligamento de pessoal, a Chesf se comprometeu com a cobertura dos gastos de assistência à saúde pelo prazo máximo de sessenta meses, de acordo com o que determina cada respectivo Convênio de Adesão firmado entre a Chesf e a Fachesf.

Considerando o encerramento da cobertura econômico-financeira pela Chesf em 31.12.2023, durante o ano de 2025 a Fachesf deverá proceder com as ações para prestação de contas junto à Chesf, visando assegurar o equilíbrio financeiro e atuarial para continuidade das atividades assistenciais do Plano Fachesf Saúde Mais.

c) Plano Plus

Plano coletivo empresarial, de pós-estabelecido, instituído em 16/09/2022, inscrito sob o nº 493.361/22-3, no cadastro da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, com cobertura de despesas ambulatoriais, odontológicas e hospitalares, inclusive obstetrícia, com acomodação em apartamento. Este Plano foi criado com o objetivo de atender demanda da Companhia Hidroelétrica do São Francisco – Chesf, a fim de ofertá-lo para os empregados da Companhia e seus dependentes legalmente reconhecidos. Com a criação do Plano Plus, o Plano PAP/Chesf foi encerrado e o Plano Infinity foi totalmente esvaziado por migração.

4. POPULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

São beneficiários dos planos Fachesf -Saúde Básico, Padrão, Especial, Essencial, Premium, e Vida os participantes ou assistidos dos planos de benefícios previdenciários da Fachesf, bem como seus respectivos dependentes e agregados previstos nos Regulamentos dos referidos Planos de Saúde. São beneficiários do plano Fachesf -Saúde Mais: ex-empregados que aderiram ao PIDV/2013, PAE/2017, PDC/2018, PDC/2019 e PDC/2019.2, bem como os respectivos dependentes e agregados previstos no Regulamento do referido Plano de Saúde. São beneficiários do plano Fachesf -Saúde Plus: empregados da Chesf desde que sejam participantes da Fundação bem como os respectivos dependentes e agregados previstos no Regulamento do referido Plano de Saúde. Os Planos de Assistência à Saúde da Fachesf, em 31.12.2024 contam com 18.741 beneficiários, cujas descrições segregadas por plano apresentamos a seguir:

| PLANOS | Quantitativo de Beneficiários |
|----------------------------|--------------------------------------|
| Fachesf -Saúde | 18.717 |
| Plano Básico | 1.448 |
| Plano Padrão | 3.263 |
| Plano Especial | 771 |
| Plano Essencial | 435 |
| Plano Premium | 5.870 |
| Plano Plus | 6.800 |
| Plano Vida | 130 |
| Fachesf -Saúde Mais | 24 |
| PIDV/2013 | 20 |
| PAE/2017 | 03 |
| PDC/2018 | 01 |
| Total Geral | 18.741 |

5. FONTES, UTILIZAÇÃO DE RECURSOS E DESTINAÇÃO DAS SOBRAS

5.1 FONTES DE RECURSOS

A receita de Contraprestação no segmento de saúde suplementar é reconhecida mensalmente de acordo com o período de cobertura do risco. Portanto, para cada período de vigência do risco de cada contrato coberto pela operadora, haverá o reconhecimento da receita assistencial.

No que se refere aos planos de saúde na modalidade de pré-estabelecido, a receita é calculada a partir da contribuição, definida na Avaliação Atuarial para cada ciclo que se refere, conforme faixa etária e outras condições específicas aplicáveis e previstas em Regulamento. Em relação aos planos de saúde na modalidade de pós-estabelecido, a receita é calculada a partir da apuração das despesas assistenciais.

A Provisão para Perdas Sobre Créditos (PPSC) é constituída em conformidade com as normas da ANS, que estabelece a necessidade de provisionamento dos valores a receber com atraso a partir de noventa dias.

5.2 UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

a) Provisões Técnicas das Operações de Assistência à Saúde

As Provisões Técnicas são reconhecidas pelas obrigações presentes (normativas ou presumidas) resultante de eventos passados, em que seja possível estimar os valores de forma confiável e cuja liquidação seja provável. Assim, o valor reconhecido como provisão representa a melhor estimativa das condições requeridas para liquidar a obrigação ao final de cada exercício social, considerando-se as incertezas e os riscos relacionados.

Seguem as considerações sobre cada provisão técnica constituída:

● **Provisão de Eventos/Sinistros a Liquidar - PESL**

Provisão Técnica Constituída para a cobertura dos valores a pagar por eventos de assistência à saúde já avisados até a data base das demonstrações financeiras. Desde 31.12.2021 a Fachesf passou a contabilizar os valores oriundos das guias médico-hospitalares apresentadas, cumprindo com as exigências determinadas pela ANS, no que se refere ao reconhecimento dos fenômenos contábeis pelo regime da competência. A PESL é composta dos seguintes compromissos: i. oriundos de Outros Prestadores: provisão contabilizada no momento da apresentação/entrega das contas médicas/hospitalares na operadora; e ii. oriundos do SUS: provisão decorrente dos atendimentos pelo SUS de beneficiários do plano de saúde da operadora. O valor da provisão é contabilizado a partir da emissão pela ANS dos Avisos de Beneficiário Identificados (ABI).

As solicitações de procedimentos são apresentadas aos auditores da Fachesf pelos prestadores de duas formas: se atendimento prévio/eletivo pelo sistema Benner Conecta, se beneficiários internados via sistema Carefy e são analisadas pelos médicos auditores por meio de análise dos documentos inseridos no sistema, bem como pelas informações colocadas pela enfermagem e pelos médicos auditores em visitas *in loco*, no caso de beneficiários internados. As contas (cobranças) apresentadas são analisadas, na própria instalação física do credenciado ou na sede da Fachesf, por enfermeiros auditores que conferem nos prontuários e documentos enviados dos pacientes a conformidade do que está sendo cobrado na conta, com o registro de utilização e de realização dos procedimentos para cada internação. Quando há demanda para revisão de glosas, os auditores da Fachesf reavaliam o caso com o auditor do hospital, presencial ou remotamente, visando manter ou retificar a glosa. As contas de procedimentos de alta complexidade e elevado custo, nos prestadores que não tem auditoria *in loco*, tais como: quimioterapia, radioterapia e hemodiálise são analisadas pelos enfermeiros auditores internos da Fachesf, por amostragem, levando-se em consideração os maiores custos. Após encerramento da auditoria pela equipe técnica, são calculadas as glosas por equipe de faturistas terceirizados, que fazem o fechamento da conta gerando um capeante (resumo do fechamento) no sistema Carefy e liberam este documento, de forma que o prestador envie para a Fachesf, as contas, para fins de processamento por empresa terceirizada. As cobranças recebidas via sistema informatizado, que já passaram pela auditoria técnica ou aquelas que não necessitam desse tipo de auditoria, são processadas, observando a conformidade administrativa tais como: prazo para entrada da guia, nome do beneficiário, identificação do médico solicitante, plano versus cobertura para realização do procedimento, quantidades de eventos e valores cobrados. E nos casos daquelas que passaram pela auditoria técnica, há o confronto da cobrança com os capeantes (resumos do fechamento) que foram lançados no sistema Carefy. Em 2024 foram processadas 259.681 guias médico-hospitalares, com glosa equivalente a 8,74% do montante de recursos financeiros cobrados pela rede credenciada.

Reembolso de Despesas Assistenciais: Reembolso é a indenização paga ao beneficiário titular ou aos seus dependentes quando da utilização de serviços assistenciais em instituições ou de profissionais não credenciados aos planos de saúde da Fachesf. Os pedidos de reembolso somente são aceitos mediante declaração do hospital mencionando o período de internação nos casos de atendimentos realizados em instituição não credenciada e deverão ser solicitados no prazo de 60 dias corridos a contar da data da solicitação médica. Nos casos de urgência/emergência, o beneficiário terá o prazo de um ano para solicitar o reembolso, a contar da data do atendimento. Os valores dos reembolsos são calculados com base nas Tabelas de Honorários Médicos e de Serviços Hospitalares adotadas pela Fachesf, após atesto pela equipe interna de auditoria médica. No ano de 2024 foram processados e faturados 18.040 reembolsos no geral, incluindo aqueles concedidos pelas Patrocinadoras Chesf e Fachesf, oriundos de Programas Institucionais e Acordo Coletivo de Trabalho. Em relação aos reembolsos de despesas médicas com cobertura pelos planos de saúde administrados pela Fachesf, processamos e faturamos em 2024 o seguinte quantitativo: 346 aos beneficiários dos Planos Básico, Padrão e Especial; 1.787 aos do Plano Plus; 5 aos beneficiários do Plano Fachesf -Saúde Mais; 1.181 aos beneficiários do Plano Premium e 10 aos beneficiários do Plano Essencial.

- **Provisão de Eventos Ocorridos e Não Avisados - PEONA**

Provisão Técnica referente à estimativa do montante de eventos/sinistros (despesas assistenciais) já ocorridos, porém, ainda não avisados à operadora pelos prestadores ou SUS. No caso das operadoras de pequeno e médio portes (Fachesf: pequeno porte) esta provisão é registrada de acordo com as regras normativas da ANS, que para 2024 correspondeu ao menor valor encontrado entre as seguintes formas de cálculo: i. 8,5% do total de contraprestações/prêmios (receitas assistenciais) nos últimos doze meses, na modalidade de preço preestabelecido; e ii. 10% do total de sinistros/eventos indenizáveis (despesas assistenciais) na modalidade de preço preestabelecido, nos últimos doze meses. Desta forma, a PEONA reporta uma retenção de recursos patrimoniais, na forma de provisão equivalente ao patamar de gastos assistenciais de cada operadora.

A PEONA também é composta por valores de compromissos estimados oriundos dos serviços de Outros Prestadores e dos atendimentos realizados pelo SUS, e se aplica somente aos planos de modalidade de pré-estabelecida.

● **Provisão de Insuficiência de Contraprestação - PIC**

Provisão Técnica constituída quando da insuficiência operacional dos planos, por meio da relação entre as contraprestações/prêmios (receitas assistenciais) e as obrigações assumidas pela operadora (despesas assistenciais). De forma simplificada, quando o valor do prêmio/contraprestação (receita assistencial) for inferior ao necessário para custeio das despesas diretas da operação de planos (despesas assistenciais), a operadora fica obrigada à constituição desta provisão técnica. Esta provisão foi registrada pela Fachesf de acordo com as regras normativas da ANS vigentes em 2024, cuja fórmula apura primeiramente o percentual de insuficiência das contraprestações, para ser usado em multiplicação pelo total de Contraprestações/Prêmios (receitas assistenciais), somente de planos médico-hospitalares com preço preestabelecido. A apuração deve ser realizada para os períodos de doze e vinte e quatro meses e a provisão será reportada a partir do menor resultado apurado. Diferentemente da PEONA, esta provisão não demanda vinculação de recursos em garantia financeira, principalmente pelo fato de não ser permanente, uma vez que, quando a situação dos planos voltar a ser equilibrada no Resultado Operacional, a PIC deverá ser revertida e o montante fica liberado e volta a fazer parte do Patrimônio Líquido dos planos de saúde. A PIC é composta apenas das operações assistenciais oriundas de Outros Prestadores e se aplica somente aos planos de modalidade de pré-estabelecida. A Fachesf projeta que a PIC será revertida no segundo semestre de 2025, mediante aplicação de reajuste sobre as mensalidades dos planos de saúde.

b) Custeio Administrativo

A Fachesf é administradora de planos de previdência complementar dos empregados da Companhia Hidroelétrica do São Francisco – Chesf e da própria Fundação, bem como é operadora de plano de saúde, na modalidade de autogestão, cujos usuários são os mesmos participantes dos planos de previdência complementar e seus dependentes. A estrutura administrativa da Fachesf foi inicialmente formada para atendimento às operações previdenciárias. Desde a instituição dos planos de assistência à saúde, todas as respectivas operações são executadas dentro do mesmo ambiente onde também são operados os planos de previdência, da seguinte forma: a) equipes segregadas para execução das atividades previdenciárias e de assistência à saúde; b) única estrutura de governança (Conselho Deliberativo, Conselho Fiscal e Diretoria Executiva) com representação paritária entre membros indicados pela patrocinadora Chesf e participantes eleitos, para as duas atividades; e c) compartilhamento, pelos planos de previdência e de assistência à saúde, das instalações físicas e das atividades administrativas, tais como: área de controladoria, recursos humanos, comunicação, investimentos e de tecnologia. Com isso, para apuração e alocação dos custos administrativos a Fachesf utiliza o método de custeio *full time equivalent (FTE)*. A partir da aplicação do referido método, identifica-se o custo administrativo com cada plano de previdência e de saúde. O custo administrativo dos planos de saúde é registrado contabilmente a título de reembolso, cujo recurso é oriundo de parte das respectivas receitas de contraprestações líquidas, que no ano de 2024 correspondeu a R\$ 31.004 (2023: R\$ 38.636).

5.3 DESTINAÇÃO DAS SOBRAS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

A Fachesf tem concentrado seus esforços para maximização dos resultados operacionais e financeiros, visando manter o equilíbrio do Patrimônio Líquido dos Planos de Saúde, garantindo o enquadramento regulatório da Margem de Solvência. Por isso, busca constantemente otimizar as receitas e despesas das operações de assistência à saúde com o objetivo principal de propiciar melhores condições de capitalização das sobras patrimoniais. Quanto mais capitalização eficiente dos recursos financeiros dos Planos de Saúde, mais a Fachesf garantirá liquidez e solvência ao Patrimônio, bem como assegurará a cobertura dos sinistros. A gestão dos recursos financeiros pertencentes aos Planos de Saúde seguiu as normas da Resolução Normativa ANS nº 521/2022 com alterações posteriores e os mesmos princípios, procedimentos e controles definidos pelas políticas dos planos de previdência administrados pela Fachesf, no que se refere à Governança, Diretrizes, diversificação e precificação dos ativos, bem como referente a avaliação e controles de riscos e observância dos princípios de responsabilidade socioambiental.

A alocação dos recursos dos Planos de Saúde administrados pela Fachesf foi definida e realizada visando a otimização da relação risco/retorno, associada à rentabilidade adotada como premissa na Avaliação Atuarial. Dessa forma, a Fachesf alocou os recursos dos planos de saúde que administra da seguinte forma:

- Ativos Vinculados às Provisões Técnicas – Investidos em fundos de investimentos dedicados ao setor de saúde suplementar; e
- Ativos Não Vinculados às Provisões Técnicas – Investidos em fundos de Renda fixa e Títulos Públicos Federais com os seguintes limites:

| NATUREZA DOS RECURSOS APLICADOS | SALDOS PATRIMONIAIS | | APLICAÇÕES FINANCEIRAS |
|--|---------------------|----------------|--|
| | 31.12.2024 | 31.12.2023 | |
| Recursos Vinculados à Provisão Técnica | 77.646 | 94.639 | BB RENDA FIXA 5 MIL - FUNDO DE INVESTIMENTOS |
| Recursos Não Vinculados | 69.884 | 109.412 | TÍTULOS PÚBLICOS - LFT/NTN-B BB INSTITUCIONAL RENDA FIXA - FUNDO DE INVESTIMENTOS |
| Total | 147.530 | 204.051 | |

A gestão dos recursos financeiros pertencentes aos Planos de Saúde seguiu as normas da Resolução Normativa ANS nº 521/2022 com alterações posteriores e os mesmos princípios, procedimentos e controles definidos pelas políticas dos planos de previdência administrados pela Fachesf, no que se refere à Governança, Diretrizes, diversificação e precificação dos ativos, bem como referente a avaliação e controles de riscos e observância dos princípios de responsabilidade socioambiental.

O Patrimônio Líquido dos planos de saúde é constituído principalmente pelo resultado positivo entre as Receitas e Despesas operacionais, custeio administrativo e rendimento das aplicações financeiras. A utilização dos recursos patrimoniais ocorre quando da insuficiência das receitas para cobertura total das despesas do período. Em 2024 o Patrimônio Social dos Planos de Saúde correspondeu a R\$ 149.253, cuja evolução pode ser acompanhada no quadro a seguir:

| MUTAÇÃO PATRIMONIAL | FUNDO DE RESERVA | FUNDO DE GRANDES RISCOS | FUNDO ESPECIAL | PATRIMÔNIO SOCIAL |
|---|------------------|-------------------------|----------------|-------------------|
| OPERADORA FACHESF - Saldos em 31.12.2023 | 193.618 | 7.516 | 23.766 | 224.901 |
| RESULTADO LÍQUIDO | (52.843) | 961 | (23.766) | (75.648) |
| OPERADORA FACHESF - Saldos em 31.12.2024 | 140.775 | 8.478 | - | 149.253 |

6. REAJUSTE DAS MENSALIDADES

A Gestão dos planos de saúde tem como objetivo, além do equilíbrio financeiro do Plano, a conscientização dos beneficiários para a utilização racional e a contribuição para melhoria da qualidade de vida de todos que fazem parte. O reajuste para continuidade desses planos é estabelecido mediante estudo atuarial, o qual deve atender, além das exigências referentes às garantias financeiras estabelecidas pela Agência Nacional de Saúde - ANS, outros fatores tais como: reajuste de taxas de serviço, diárias hospitalares, e honorários da rede credenciada e utilização do Plano de saúde.

7. CREDENCIAMENTO | DESCREDENCIAMENTO

O processo de credenciamento e manutenção de prestadores de serviços assistências (médicos e hospitalares) é executado por equipe profissional específica que tem a responsabilidade de receber toda a documentação, entregue pelo proponente prestador de serviço, para análise sobre as exigências que devem ser cumpridas para efetivação do credenciamento em todas as regiões de abrangência dos planos de saúde, bem como a relação entre a distribuição e a disponibilidade de credenciados em cada região geográfica e se a proposta de preço dos serviços analisada está de acordo com os valores praticados em cada região, além de manter os valores acordados atualizados, conforme normas da ANS. Após aprovação para contratação do credenciado analisado, todas as relações obrigacionais são compostas em instrumentos contratuais específicos. Os processos de visitação e avaliação das equipes de assistência à saúde credenciadas, em hospitais, clínicas, laboratórios, consultórios, das diversas regiões do país, faz parte das atividades primárias da gestão de saúde na Fachesf.

As avaliações periódicas sobre a prestação de serviços da rede credenciada propiciam condições assertivas para que a Fachesf possa fundamentar a permanência ou o descredenciamento de prestadores. Em caso de descredenciamento é emitida comunicação formal reportada ao prestador, para descrição dos motivos para o desligamento e a data em que este fato será efetivado.

No quadro a seguir, demonstramos como se comportou em 2024 os processos de credenciamento/descredenciamento, extensão de especialidades, além daqueles que ainda se encontram em fase de análise para um futuro credenciamento, se atender as exigências e as necessidades da localidade, a depender da Rede já instalada e o trabalho de manutenção da Rede Credenciada com os reajustes anuais previstos em Resolução Normativa do órgão regulador, para a Rede Credenciada que atualmente totaliza 2.120 credenciados.

| Estados (UF) | Credenciamentos Efetivados | Descredenciamentos | Extensão de Especialidades | Proponentes em Andamento |
|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|
| Alagoas (AL) | 3 | 2 | 2 | 1 |
| Bahia (BA) | 9 | 12 | 23 | 7 |
| Ceará (CE) | 9 | 4 | 7 | 5 |
| Maranhão (MA) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Paraíba (PB) | 4 | 5 | 3 | 3 |
| Pernambuco (PE) | 34 | 12 | 34 | 20 |
| Piauí (PI) | 0 | 3 | 5 | 1 |
| Rio Grande do Norte (RN) | 4 | 0 | 2 | 1 |
| Sergipe (SE) | 3 | 4 | 7 | 1 |
| São Paulo (SP) | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL | 66 | 42 | 83 | 39 |

8. CONVÊNIOS DE RECIPROCIDADE

Os convênios de reciprocidade são empresas congêneres (Operadoras de Planos de Saúde na modalidade de Autogestão), com as quais a Fachesf mantém relação contratual para utilização eventual da respectiva rede credenciada em localidades geográficas com escassez de prestadores. Atualmente a Fachesf tem relação de reciprocidade com 06 Operadoras, conforme segue:

| Operadoras | Estados Brasileiros (UF) |
|---------------|---|
| Luminar | Acre, Amapá, Distrito Federal, Maranhão, Pará, Mato Grosso, Rondônia, Amazonas, Roraima e Tocantins. |
| Vivest | São Paulo |
| Casf | Pará, Mato Grosso, Maranhão, Amazonas, Acre, Amapá, Rondônia e Roraima. |
| EloSaúde | Mato Grosso do Sul, Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina. |
| Camed | Alagoas, Bahia, Ceará, Espírito Santo, Maranhão, Minas Gerais, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio de Janeiro, Rio Grande do Norte e Sergipe. |
| Eletros Saúde | Rio de Janeiro |

Além das autogestões acima mencionadas, mantemos convênio de cessão de Rede com a Central Nacional Unimed – CNU para atendimento nas áreas remotas e com a Funasa para atendimento na Paraíba.

9. RELAÇÃO DA FACHESF COM OS BENEFICIÁRIOS DOS PLANOS DE SAÚDE

a) Comunicação: a Fachesf mantém comunicação permanente com os beneficiários dos planos de saúde que administra, no sentido de dar visibilidade às ações executadas pela gestão e permitir o acompanhamento da evolução patrimonial e dos resultados econômicos e financeiros. Nesse processo de comunicação, a Fundação informa sobre os normativos emitidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, bem como orienta os beneficiários sobre seus direitos, deveres e sobre a importância de cada usuário ser um “agente fiscalizador” dos planos. Os canais de comunicação utilizados pela Fachesf são:

- **Notas eletrônicas:** divulgação por meio do e-mail dos beneficiários.
- **Fachesf Notícias:** informativo mensal enviado aos participantes, com notícias também sobre os planos de saúde.
- **Site Fachesf Saúde:** no portal de saúde da Fundação é possível ter acesso a uma série de notícias atualizadas e orientações, bem como consultar os regulamentos dos planos, a relação da rede credenciada, os demonstrativos contábeis, pesquisas de satisfações e outras informações relevantes.

- **App Fachesf Saúde:** plataforma na qual pode ser visualizada a carteira do plano de saúde.
- **Zap Fachesf:** mensagens e informações divulgadas, via WhatsApp, para listas de distribuição de notícias.
- **Canal Fachesf no YouTube:** exibe vídeos elaborados pela Fachesf sobre temas educativos e de interesse dos Beneficiários no canal do YouTube.
- **Facebook Fachesf:** divulga informações sobre a Fachesf, em geral, campanhas, notícias e conteúdo educativo de bem-estar, saúde, economia doméstica, finanças pessoais e previdência.
- **Instagram Fachesf:** divulga informações sobre a Fachesf, em geral, campanhas, notícias e conteúdo educativo de bem-estar, saúde, economia doméstica, finanças pessoais e previdência.
- **Blog Amor pelo Futuro:** divulga informações sobre a Fachesf, em geral, campanhas, notícias e conteúdo educativo de bem-estar, saúde, economia doméstica, finanças pessoais e previdência. Traz matérias mais aprofundadas sobre diversos temas de interesse aos Beneficiários, como longevidade, preparação para a aposentadoria, inovação.
- **Demonstrativo de Saúde:** divulga resultados financeiros do período, número de beneficiários, ações realizadas e projetos em andamento dos Planos de Saúde.
- **Linkedin Fachesf:** traz informações sobre ações da gestão de saúde, notícias atualizadas, treinamentos da equipe, parcerias no segmento e outras novidades.
- **Podcast Amor pelo Futuro:** programa audiovisual de entrevistas com pessoas relevantes nos segmentos de saúde e previdência.
- **Pesquisa de Satisfação:** a Fachesf realiza a cada atendimento com os seus Beneficiários, uma pesquisa de satisfação, com o objetivo de conhecer a opinião dos seus públicos prioritários. Bem como, realiza anualmente Pesquisa de Satisfação, no modelo especificado pela ANS e, a partir da análise dos resultados, é possível promover aperfeiçoamentos e melhorias nos produtos e serviços oferecidos pela Fundação.

10. PRINCIPAIS FATOS INTERNOS E/OU EXTERNOS QUE TIVERAM INFLUÊNCIA NA “PERFORMANCE” DA ENTIDADE E/OU NO RESULTADO DO EXERCÍCIO

- a)** Controle de OPME (Órteses, Próteses, Materiais Especiais): com a finalidade de manter os custos com OPME, a Fachesf vem fortalecendo os controles, desde a análise dos processos, com integração de consultorias especializadas para avaliação de pertinência técnica, bem como trabalhado incansavelmente nas negociações do OPME para autorização, buscando os melhores fornecedores e menores valores, sem perda da qualidade do material utilizado, proporcionando uma maior e melhor performance dos planos, tornando o resultado do processo mais consistente e controlado. Com esta ação o conjunto dos planos de saúde teve um custo evitado em torno de R\$ 20.700 em 2024.
- b)** Equipe Própria de Auditoria Médica: a Fachesf possui uma equipe de profissionais com vasta experiência em auditoria médica e de enfermagem, atuando junto aos hospitais com maior volume de atendimento, bem como, junto aos programas assistenciais de atenção domiciliar e oncologia. Estes profissionais, além de desempenharem a atividade de análise das contas médico-hospitalares, avaliam se os procedimentos e os tratamentos estão em conformidade com a necessidade do beneficiário, a fim de salvaguardar o seu bem-estar, assim como evitar majoração de custo assistencial. As ações de auditoria médico-hospitalar geraram uma economia em torno de R\$ 13.400 em 2024.
- c)** Programa de Bem Com a Vida: o Programa De Bem Com a Vida tem por objetivo promover ações educativas em saúde, que reduzam as complicações resultantes do Diabetes e da Hipertensão. Iniciou como um projeto piloto e estamos realizando estudos para migrá-lo para um Programa de Atenção Primária a Saúde – APS, abrangendo uma maior população.
- d)** Programa de Assistência Domiciliar: em 2024 foram recebidas 358 solicitações para inclusão no programa, destes, foram realizadas 311 admissões, 47 processos não apresentaram critérios de elegibilidade. Durante o período 14 pacientes receberam alta, 97 retornaram ao hospital e 12 foram óbito. Nesse sentido, atingimos um custo evitado em torno de R\$ 1.000 com desospitalizações e auditoria de contas.

- e)** Programa Assistencial de Oncologia: a iniciativa de criação do Programa de Oncologia, pela Fachesf, se deu antes da obrigatoriedade pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, ofertando medicamentos quimioterápicos orais, além de Consultas e exames relacionados diretamente com a patologia de neoplasia maligna. O objetivo do referido programa além da redução de custos, refere-se também a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários dos planos de saúde, consultas e exames de acompanhamento da patologia cadastrada, realizados ambulatorialmente, independente da segmentação do plano que o beneficiário faça parte e os medicamentos oncológicos orais e os adjuvantes ao tratamento, os quais são fornecidos em conformidade com o que determina órgão regulador – ANS. Baseando-se nos dados de 2024, o Programa teve 103 beneficiários inscritos, totalizando 185 Ativos, sendo que, em média por mês, para 65 beneficiários, a Fachesf adquiriu (direto no fornecedor) e disponibilizou o medicamento quimioterápico oral, possibilitando uma redução anual estimada em R\$ 8.700.
- f)** Equipe de Auditoria em Nutrição: a Fachesf possui uma equipe de profissionais com vasta experiência em nutrição, atuando junto aos hospitais com maior volume de atendimento, bem como, junto as empresas de atenção domiciliar. Estes profissionais, além de desempenharem a atividade de análise das contas médico-hospitalares, avaliam se as prescrições nutricionais estão em conformidade com a necessidade do beneficiário, a fim de salvaguardar o seu bem-estar, assim como de evitar o desperdício. Com a implantação da auditoria nutricional o conjunto dos planos de saúde, em 2024 obteve em uma economia, em torno de R\$ 2.300.
- g)** Equipe de Auditoria em Cirurgia Buco-Maxilo-Facial: devido a evolução técnica dos procedimentos odontológicos e de cirurgia buco-maxilo-facial, a Fachesf integrou a sua equipe profissionais, especialistas nesta área, para avaliação criteriosa dos procedimentos solicitados. Estes profissionais têm como objetivo análise das solicitações de procedimentos, verificando se estão em conformidade com a necessidade do beneficiário, a fim de manter o seu bem-estar, bem como controlar os custos assistenciais. Em 2024 esta equipe atingiu um custo evitado em torno de R\$ 1.800.

- h)** Consultoria especializada em Junta médica: conforme consta na RN ANS nº 424/2017, a qual dispõe sobre critérios para a realização de junta médica ou odontológica formada para dirimir divergência técnico-assistencial sobre procedimento em saúde, a Fachesf utiliza-se do referido mecanismo de regulação nos casos em que a auditoria médica da Fachesf apresenta divergências com o Médico Assistente e não consegue chegar a um consenso sobre o pedido. Com o auxílio de pareceres especializados e/ou junta médica no ano de 2024 tivemos uma redução de custo no montante de R\$ 9.800, através de consenso com médicos solicitantes apresentando as divergências pontuadas por estes pareceres especializados, segunda opinião com médico indicado pela Fachesf ou em casos extremos instaurando junta médica quando não ocorre consenso com o médico assistente.
- i)** Ações de investimento em 2024: ações de gestão na rede credenciada com o credenciamento/extensão de novos prestadores com serviços diferenciados oferecendo melhor qualidade de atendimento e melhores custos.
- j)** Continuidade do trabalho de atualização cadastral de dados dos prestadores para verificação das especialidades e serviços que atendem, com fins de inclusão dos novos serviços ou exclusão dos serviços descontinuados e atualização dos endereços.
- k)** Conclusão da ampliação da utilização do sistema Carefy em toda a Rede Credenciada, sistema de apoio à regulação com Inteligência Artificial e gestão de pacientes internados com inserção de solicitações de autorizações diversas dos pacientes internados, em sistema, para agilidade nas autorizações e um melhor acompanhamento do andamento destas autorizações, monitoramento da previsão de custos dos prestadores e dos beneficiários internados antes mesmo da cobrança chegar, monitoramento de reinternações de beneficiários, monitoramento de pacientes de longa permanência, entre outras informações.
- l)** Continuidade da ampliação da utilização do Conecta, sistema para solicitação de autorizações de procedimentos agilizando assim a análise dos pedidos pela equipe técnica.
- m)** Continuidade do programa Vivaz para acompanhamento dos beneficiários acima de 70 anos residentes em Recife e região metropolitana ofertando acompanhamento com Geriatra e Enfermeiro Navegador, além de alguns exames relacionados e suporte em caso de intercorrências sem cobrança de coparticipação.

- n)** Continuidade dos ajustes nos dados assistências da Fachesf, com o apoio de Consultoria Especializada para melhoria do IDSS, resultando em um Índice de Desempenho de 0,7723 referente IDSS 2024 (ano-base 2023).
- o)** Realização de Pesquisa de Satisfação junto aos beneficiários, nos moldes exigidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.
- p)** Expansão do Sistema de Reembolso para recepção de despesas médico hospitalares, com o objetivo de otimizar o atendimento aos beneficiários dos planos, disponível na área restrita do beneficiário, no site dos planos de saúde.
- q)** O lançamento do sistema de adesão aos planos de saúde, no qual o beneficiário pode fazer todo o processo on-line, desde adesão, transferência de plano, exclusão, de forma rápida e simples.

11. OUVIDORIA

A Ouvidoria da Fachesf foi criada em 2014 com o intuito de estabelecer um canal direto de comunicação de segunda instância, entre a Entidade e seus Beneficiários. Seu principal objetivo é garantir a transparência, a prestação de contas e o atendimento às demandas dos associados, promovendo a escuta ativa e a resolução de conflitos, além de acompanhar as sugestões e reclamações.

A Ouvidoria desempenha um papel fundamental no processo de melhoria contínua dos serviços prestados pela Fachesf, assegurando que os direitos dos seus beneficiários sejam respeitados e que suas necessidades e expectativas sejam atendidas de forma eficiente e eficaz. Ela contribui, ainda, para o fortalecimento da relação de confiança entre a Fundação e seus públicos.

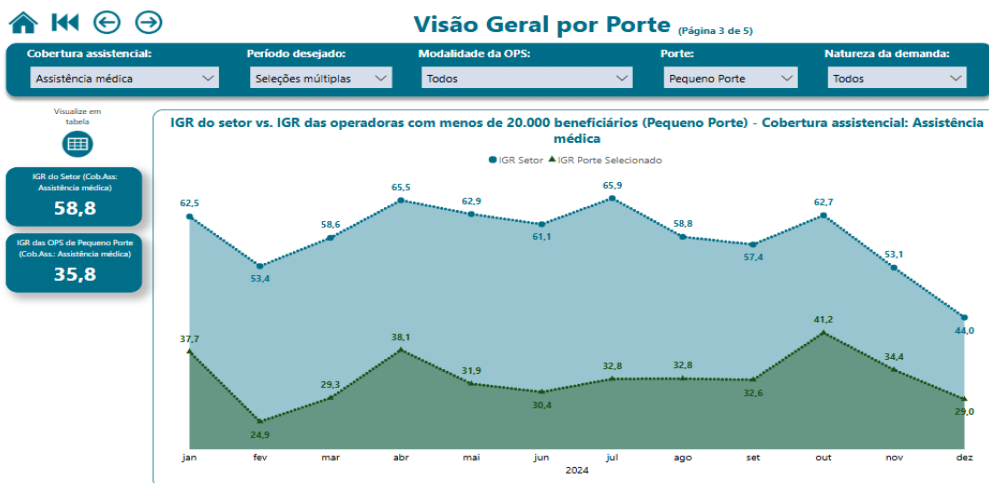
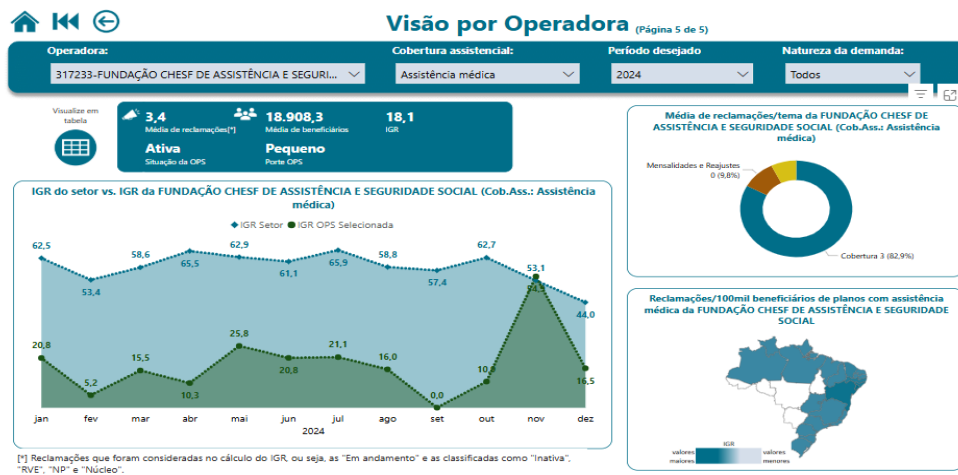
No decorrer do ano de 2024 a Ouvidoria registrou 760 demandas, recebidas dos beneficiários, por meio dos diversos canais: Telefone, E-mail, Site Institucional e Presencial, garantindo acesso a todos. Do total de manifestações recebidas 89,63% foram dentro do prazo de até 07 dias úteis e o restante foram pactuados com os demandantes no prazo de 08 a 30 dias úteis. Demonstramos abaixo as manifestações dos beneficiários dos planos, segregados por tema:

| TEMAS | QUANTIDADE |
|------------------------|------------|
| Administrativos | 432 |
| Cobertura Assistencial | 107 |
| Financeiro | 102 |
| Rede Credenciada | 117 |
| SAC | 2 |
| Total | 760 |

12. INDICE GERAL DE RECLAMAÇÕES – IGR

Este índice é apurado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e tem como principal finalidade apresentar um termômetro do comportamento das operadoras do setor no atendimento aos problemas apontados pelos beneficiários. Contempla a média mensal do número de reclamações de beneficiários recebidas para cada 100.000 beneficiários da média mensal de beneficiários no mesmo período.

A seguir apresentamos a evolução do IGR, conforme divulgado pela ANS e que deve ser interpretado como: quanto menor melhor, compreendendo o período de doze meses, a partir de janeiro/2024:



Importante salientar que a média do Índice Geral de Reclamações das operadoras de pequeno porte, ficou em 35,8, conforme pode ser visto no quadro abaixo. A Fachesf ficou bem abaixo da média das Operadoras do mesmo porte, obtendo um IGR de 18,1.

13. GOVERNANÇA E CONTROLES DIRETO OU INDIRETO

A gestão de planos de saúde é representada por Superintendência ligada diretamente ao Presidente da Fatchesf, que atua nos processos relacionados aos eventos assistenciais, pois os demais processos, tais como: de investimentos, controladoria, atendimento aos beneficiários, recursos humanos, comunicação institucional, tecnologia, jurídico, são executados por áreas internas que prestam serviços compartilhados com as atividades comuns de previdência complementar. A Superintendência de Saúde é composta por quatro áreas:

- Assessoria Técnica de Saúde;
- Gerência de Gestão dos Planos de Saúde;
- Gerência de Regulação de Saúde; e
- Gerência de Ambulatório.

a) **CONSELHOS E DIRIGENTES:** estrutura interna principal de governança é composta por três Dirigentes; seis Conselheiros Deliberativos; e quatro Conselheiros Fiscais.

b) **QUADRO PRÓPRIO DE EMPREGADOS:** no início de 2024 a Superintendência de Saúde possuía no seu quadro de profissionais 70 empregados, sendo: 48 empregados em Pernambuco, 07 empregados em Piauí, 03 empregados no Ceará, 12 empregados na Bahia. No desempenho das atividades administrativas têm-se 53% dos empregados. Com relação à instrução têm-se: 66% dos empregados têm curso de pós-graduação ou estão cursando, 87% dos empregados são graduados, 1% dos empregados estão cursando nível superior e 9% dos empregados têm nível médio concluído. Seguem as informações sobre a capacitação dos empregados por meio do programa de recursos humanos da Fatchesf:

| | |
|---|---------------|
| Empregados Treinados PSS | 29 empregados |
| Percentual de Empregados Treinados | 41% |
| Carga horária Total | 658 horas |
| Custo Médio por Empregado treinado (R\$ 1,00) | 1.489,27 |
| Custo Total (R\$ 1,00) | 43.188,74 |

Entretanto, em junho de 2024 a Patrocinadora Chesf determinou o fechamento de quatro ambulatorios – Teresina, Salvador, Fortaleza e Bongi, resultando no desligamento de 14 empregados e no final de 2024 o fechamento dos ambulatorios de Paulo Afonso e Recife, ocasionando a redução de mais 08 empregados. Concomitante com o fechamento dos ambulatorios, a Fachesf vem realizando um trabalho de redução dos custos administrativos, redimensionando o quadro de empregado ao longo do ano, reduzindo assim a quantidade em dezembro de 2024 para 38 empregados.

c) PRESTADORES DE SERVIÇOS: em 2024 foram 20 prestadores de serviços sem vínculo empregatício, sendo: 13 (5 SGP / 8 SGR) e 7 (SGA) 2 em Recife; 1 em Paulo Afonso; 1 em Xingó; 1 em Sobradinho; e 2 em Boa Esperança.

14. PERSPECTIVAS E PLANOS DA ADMINISTRAÇÃO PARA O EXERCÍCIO SEGUINTE

Com o objetivo de continuar aprimorando os processos da área de assistência à saúde, bem como no sentido de adotar procedimentos visando à desoneração dos custos assistenciais e administrativos, a Fachesf dará manutenção às ações executadas durante o exercício de 2025, agregando também novas atividades:

a) ANS:

- Continuidade da ação do projeto de redimensionamento e reestruturação da rede credenciada;
- Continuidade da consultoria para melhoria do IDSS;
- Ter área específica para assuntos regulatórios.

b) Controle de Despesas:

- Continuidade das negociações com a Rede Credenciada para adotar novos modelos de remuneração, otimizando ações da regulação e com previsibilidade dos custos.
- Ampliação da auditoria para todos os prestadores visando melhor qualidade do atendimento e custos adequados com auxílio de tecnologia;
- Implantação de auditoria e fechamento de contas em todos os prestadores que não têm auditoria in loco e entregam contas diretamente à Fachesf
- Ampliar o projeto vivaz para outras localidades.
- Implantar APS (Atenção Primária a Saúde) nas localidades com maior número de beneficiários.
- Ampliar a criação de planos locais nas principais praças.

c) Transformação Digital

- Continuidade de ampliação da Carefy sistema de regulação da auditoria interna e externa;
- Automação dos processos de odontologia (perícia e entrega das contas);
- Automação das solicitações Home Care, com utilização do sistema CAREFY;
- Nova versão do app das carteiras digitais com mais funcionalidades;
- Implantação de aplicativo para adesões/movimentações cadastral dos planos integrado ao software de gestão de saúde;
- Elaboração de projeto para adequação integral dos processos de credenciamento para formato digital.
- Informatização de processos como entrega de contas e recurso de glosas via Sistema Conecta;
- Maior monitoramento dos chamados com entrada via CRM para melhor acompanhamento evitando assim solicitações via e-mail;
- Melhorias no sistema de adesão on-line.

d) Processos:

- Elaborar Manual Negociação e Boas Práticas para contratação da rede credenciada;
- Concluir o processo de criação de Instrução Normativa para os programas: Assistência Domiciliar e Gerenciamento de Pacientes Crônicos;
- Monitoramento dos pacientes em Assistência Domiciliar via sistema informatizado Carefy semelhante aos pacientes em internação domiciliar.
- Ampliar a análise de recursos de glosas.

e) Inadimplência: Buscar reduzir a inadimplência em 30%.

15. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Durante o ano de 2024 a Fachesf realizou algumas campanhas com enfoque na promoção de saúde e prevenção de agravos, a exemplo do “outubro Rosa” e “novembro Azul”. Nestas campanhas foram disponibilizados, aos beneficiários dos planos de saúde, alguns exames de imagens, além de consultas com médicos especialistas (ginecologista e urologista). Com o objetivo de alertar e orientar os beneficiários da importância da realização de exames periódicos e do diagnóstico precoce foram realizadas palestras educativas, que ressaltou a importância de prevenção do câncer. Além de divulgações relacionadas a bem estar e qualidade de vida nas redes sociais da Fachesf.

Importante salientar que as Operadoras de Planos de saúde suplementar em 2024 enfrentaram diversos desafios importantes. E para a Fachesf não foi diferente. Entre eles, foram:

- a) Ajustes Regulatório e Fiscalização:** A ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) vem exigindo ajustes nos modelos operacionais das operadoras para garantir a qualidade e acessibilidade, a fim de ofertar aos beneficiários maior cobertura e melhorar a gestão dos planos, ocasionando a necessidade de investimentos constantes.
- b) Envelhecimento da População:** O aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população impactam diretamente a demanda por serviços de saúde mais complexos e frequentes, resultando em um aumento das despesas, exigindo soluções de gestão e controle de custos mais eficientes. Em dezembro de 2024 a Fachesf tem 41 % dos seus beneficiários acima de 59 anos.
- c) Custo dos Serviços de Saúde:** A inflação médica, o aumento nos custos de medicamentos, materiais e serviços médicos, além da escassez de profissionais especializados, representam um desafio constante para a sustentabilidade financeira dos planos.
- d) Adaptação às Novas Tecnologias:** A incorporação de tecnologias, como a telemedicina e inteligência artificial, exige investimentos em inovação, mas também enfrentem desafios relacionados à regulamentação e à integração dessas novas soluções nos serviços prestados.

- e) Concorrência e Inovação de Mercado:** Com a evolução do mercado de saúde, novas empresas de saúde digital e modelos de pagamento por serviços estão ganhando espaço, fazendo com que a Fachesf busque estes incrementos para manter a competitividade.
- f) Manutenção da Qualidade do Atendimento:** Garantir um atendimento de qualidade é um desafio contínuo, especialmente considerando a sobrecarga do sistema e a busca por um equilíbrio entre o custo e a qualidade dos serviços prestados aos beneficiários.
- g) Acessibilidade e Inclusão:** A busca incessante de encontrar maneiras de ampliar a oferta de planos de saúde que seja acessível a diferentes faixas de renda.

Esses desafios exigiram que a Fachesf adotasse estratégias inovadoras, promovesse a gestão eficiente de custos e garantisse a transparência para fidelizar os seus beneficiários e atender às suas expectativas.

Encerramos o ano de 2024 com a certeza de que novos grandes desafios enfrentaremos no ano de 2025, para a manutenção do equilíbrio financeiro dos Planos e que trabalharemos incansavelmente para assegurar a qualidade no atendimento prestado aos nossos beneficiários.

Armando José Pereira de Barros
Presidente
CPF nº 270.576.664-20

Felipe Ramos de Andrade
Diretor de Administração e Finanças
Diretor Responsável pela Contabilidade
CPF nº 371.032.558-73

Fernando de Andrade Neves
Diretor de Benefícios
Diretor Responsável pelos Planos de
Benefícios Previdenciários
CPF nº 318.871.474-20

Sílvio Cherpak
Superintendente de Saúde
CPF nº 197.244.034-91