

RELATÓRIO DA ADMINISTRAÇÃO SOBRE A GESTÃO DOS PLANOS DE SAÚDE EM 2019

CNPJ Nº 42.160.192/0001-43
Recife/PE
REGISTRO ANS Nº 31.723-3

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 Hidroelétrica do São Francisco – CHESF, entidade jurídica de direito privado.

Na forma de suas disposições estatutárias e regulamentares, a Fundação tem as seguintes finalidades principais, em termos de benefícios:

- Assegurar aos seus participantes e respectivos beneficiários as prestações estabelecidas em seus planos de benefícios previdenciários;
- Incumbir-se de administrar ou supervisionar, através de convênios, **serviços assistenciais à saúde** destinados aos seus Participantes, desde que sem ônus para a Fundação;
- Oferecer, operacionalizar, administrar ou supervisionar **serviços assistenciais à saúde**, extensivos aos seus participantes e beneficiários, com contribuição dos usuários, das Patrocinadoras ou de ambos, com autorização específica do Órgão competente, para esse fim.

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 18 de dezembro de 2008 esta atividade de saúde suplementar, mesmo quando executada por entidade de previdência complementar, passou a ser regulada e fiscalizada, também, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

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.

2. PLANOS DE SAÚDE

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:

2.1 Plano Fachesf-Saúde 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.

2.2 Plano Fachesf-Saúde 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.

2.3 Plano Fachesf-Saúde 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.

2.4. Plano 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 Hidroelétrica do São Francisco – Chesf especificamente com relação aos programas de desligamentos voluntários implementados para os empregados da Companhia.

3. POPULAÇÃO DOS PLANOS DE SAÚDE

São beneficiários dos planos Padrão, Básico e Especial: empregados e ex-empregados da Chesf e da Fachesf, desde que sejam participantes dos planos de benefícios previdenciários da Fachesf; aposentados e pensionistas dos planos de benefícios previdenciários da Fachesf, e respectivos dependentes e agregados previstos nos Regulamentos; participantes do Plano Previdenciário RealizePrev.

São beneficiários do plano Fachesf-Saúde Mais: ex-empregados que aderiram ao PIDV/2013, PAE/2017, PDC/2018 e PDC/2019, bem como os respectivos dependentes e agregados previstos no Regulamento.

Os planos de assistência à saúde da Fachesf, em 31.12.2019 contam com 23.348 beneficiários, cujas descrições segregadas por plano apresentamos a seguir:

PLANOS	Quantitativo de Beneficiários em 2019
Fachesf-Saúde	20.858
Plano Básico	3.711
Plano Padrão	13.707
Plano Especial	3.440
Fachesf-Saúde Mais	2.490
PIDV/2013	278
PAE/2017	1.147
PDC/2018	795
PDC/2019	270
Total Geral	23.348

4. FONTES DE RECURSOS DOS PLANOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

a) Planos Fachesf-Saúde Padrão, Básico e Especial

- **Contribuição Normal:** estes planos são custeados pelas contribuições mensais dos beneficiários, em pré-pagamento, conforme tabelas (faixa etária) constantes da Avaliação Atuarial.
- **Contribuição Extraordinária:** tendo em vista que os empregados da Chesf que aderiram ao PAE/2017, PDC/2018 e PDC/2019 e que, também já faziam parte do Plano Fachesf-Saúde (Especial, Padrão e Básico) foram transferidos, junto com os dependentes e agregados, para o novo Plano Fachesf-Saúde Mais. O estudo atuarial confirmou que tal fato acarretaria prejuízos à capitalização dos recursos financeiros projetados para o Plano Fachesf-Saúde. Visando indenizar o Plano Fachesf-Saúde (Especial, Padrão e Básico), pela saída incentivada de beneficiários, foi formado um Fundo Patrimonial a partir do repasse (indenização financeira) específico pela Chesf, cujo valor foi definido por titular conforme Avaliação Atuarial.

b) Plano Fachesf-Saúde Mais

- **Plano de Incentivo à Demissão Voluntária – PIDV/2013:** Encerrado o período de gratuidade (custeado pela Chesf) em dezembro de 2018. A partir de 2019 este plano é custeado pelas contribuições mensais dos beneficiários, em pré-pagamento, conforme tabelas (faixa etária) constantes da Avaliação Atuarial.

- **Plano de Aposentadoria Extraordinária – PAE/2017:** devido a esse plano de desligamento da Chesf o custeio está sendo efetuado pela Chesf, por meio de antecipação trimestral, que em sessenta meses corresponderá a R\$ 177.169,71 por beneficiário titular, visando à cobertura ao respectivo grupo familiar.
- **Plano de Demissão Consensual – PDC:** devido a esse plano de desligamento da Chesf o custeio está sendo efetuado pela Chesf, por meio de antecipação trimestral, que em sessenta meses corresponderá a R\$ 219.191,06 por beneficiário titular, visando à cobertura ao respectivo grupo familiar.
- **Plano de Demissão Consensual – PDC/2019:** devido a esse plano de desligamento da Chesf o custeio está sendo efetuado pela Chesf, por meio de antecipação trimestral, que em trinta e seis meses corresponderá a R\$ 183.237,30 por beneficiário titular, visando à cobertura ao respectivo grupo familiar.

Após o encerramento do prazo de gratuidade definido pelo seu plano de incentivo, os beneficiários poderão continuar no Plano Fachesf-Saúde Mais ou migrar para um dos outros planos de saúde administrados pela Fachesf, mediante custeio próprio da contribuição mensal calculada para o seu grupo familiar.

5. 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 contabilidade, 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, inclusive com a execução de convênio de reciprocidade entre a Fachesf e a Chesf, referente ao plano de assistência à saúde patronal e outros benefícios que compõem o acordo coletivo de trabalho dos empregados daquela Companhia.

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 2019 correspondeu a R\$ 19.919.588,76 (2018: R\$ 18.980.002,37).

6. DESPESAS ASSISTENCIAIS

6.1 Processamento de Despesas Assistenciais

As contas apresentadas aos auditores da Fachesf pelos hospitais são analisadas pelos médicos auditores por meio de visitação aos pacientes para averiguar a pertinência clínica das solicitações de: prorrogações de internamento, exames de alta complexidade, visitas médicas, cirurgias e materiais especiais. Também são analisadas, na própria instalação física do credenciado, por enfermeiros auditores que conferem nos prontuários dos pacientes a conformidade do que está sendo cobrado na conta, com o histórico de utilização para cada internação. Quando há demanda para revisão de glosas, o auditor da Fachesf reavalia o caso com o auditor do hospital, visando manter ou ratificar a glosa. As contas de procedimentos de alta complexidade e elevado custo, tais como: quimioterapia, radioterapia e hemodiálise são analisadas pelos enfermeiros auditores internos da Fachesf.

Após encerramento da auditoria, pela equipe técnica, são calculadas as glosas por equipe de faturistas terceirizados, que fazem o fechamento da conta e liberam para processamento por empresa terceirizada.

As Guias de cobranças (guias físicas e por arquivo eletrônico padronizado), que já passaram pela auditoria técnica ou aquelas que não necessitam desse tipo de auditoria, são processadas, em sistema informatizado observando a conformidade administrativa tais como: prazo para entrada da guia, nome do beneficiário, identificação do médico solicitante, plano x cobertura para realização do procedimento, quantidades de eventos e valores cobrados.

Em 2019 foram processadas 366.456 guias médico-hospitalares, com glosa equivalente a 9,04% do montante de recursos financeiros cobrados pela rede credenciada

6.2 Coberturas das Despesas Assistenciais pelos Planos

Os planos de saúde, administrados pela Fachesf, destinam os recursos coletados para cobertura das despesas com os serviços concedidos aos respectivos beneficiários, por meio de rede médico-hospitalar conveniada ou reembolsável, de acordo com os critérios definidos nos Regulamentos dos Planos.

Apresentamos a seguir os valores destinados pelos planos de saúde durante o ano de 2019, a título de cobertura assistencial com preço pré-estabelecido, segregados pelos principais eventos médico-hospitalares:

Valores em R\$

Descrição	Consulta Médica	Exames	Terapias	Internações	Outros Atendimentos	Demais Despesas	TOTAL
Rede Contratada	2.999.621,15	10.766.842,82	5.073.867,33	107.396.685,22	35.675.806,82	7.787.282,32	169.700.105,66
Reembolso	14.977,29	30.949,59	368.346,68	231.958,97	712.170,74	36.513,40	1.394.916,67
Intercâmbio Eventual	121.187,41	819.876,98	140.024,47	4.925.985,46	231.412,71	-	6.238.487,03
Total	3.135.785,85	11.617.669,39	5.582.238,48	112.554.629,65	36.619.390,27	7.823.795,72	177.333.509,36

2. Ressarcimento ao Sistema Único de Saúde - SUS **742.326,59**

TOTAL GERAL (1+2) **178.075.835,95**

6.3 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 2019 foram realizados 1.520 reembolsos, sendo: 1.295 aos beneficiários dos planos Fachesf-Saúde; e 225 aos beneficiários do plano Fachesf-Saúde Mais.

7. 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.

8. CREDECIMENTO | DESCREDECIMENTO

O processo de credenciamento 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 geográfica. Após aprovação para contratação do credenciado analisado, todas as relações obrigacionais são compostas em instrumentos contratuais específicos. Os processos de visitação e avaliação sobre as 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.

9. 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 12 Operadoras, conforme segue:

Operadoras	Estados Brasileiros
E Vida	Acre Amapá Distrito Federal Maranhão Mato Grosso Pará Roraima Goiás São Paulo Tocantins
Cesp	São Paulo
Casf	Pará Mato Grosso Maranhão Pará Amazonas Acre Amapá Roraima
Elo Saúde	Mato Grosso Paraná Rio Grande do Sul Santa Catarina
Camed	Alagoas Bahia Ceará Distrito Federal Espírito Santo Maranhão Paraíba Pernambuco Piauí Rio de Janeiro Rio Grande do Norte São Paulo Sergipe
Eletros Saúde	Rio de Janeiro
Itaipu	Paraná
Amazonas Energia	Amazonas
Faceb	Distrito Federal Goiás
Boa Vista	Roraima
Funasa	Paraíba
Ceron	Rondônia

10. RELAÇÃO DA FACHESF COM OS BENEFICIÁRIOS DO FACHESF-SAÚDE

10.1 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:

- a) **Notas Eletrônicas e Informativo Fachesf Notícias:** divulgação periódica, por meio de correio eletrônico dos beneficiários.
- b) **Jornal da Fachesf:** divulgação em meio impresso e eletrônico.
- c) **Revista Conexão:** divulgação em meio eletrônico (site e aplicativo específico) e impresso, a cada quadrimestre.

- d) **Site da Fachesf:** no portal da Fundação é possível ter acesso a uma série de orientações, instruções e informações publicadas nos diversos canais de comunicação, bem como consultar os Regulamentos dos planos e a relação da rede credenciada.
- e) **Mais Que Notícia:** exibe programação em monitores de TV instalados nos ambientes de espera, oferece conteúdo digital feito sob medida. Parte da playlist da plataforma exibe conteúdo sobre os planos de saúde, bem-estar e qualidade de vida, atualizados mensalmente.
- f) **TV Fachesf:** exibe vídeos elaborados pela Fachesf sobre temas educativos e de interesse dos Participantes e Beneficiários.
- g) **Fanpage Realize:** divulga informações relacionadas ao Programa de Educação Financeira e Previdenciária da Fachesf. Aborda, de forma leve e visual, questões relevantes sobre finanças e previdência que não apenas educam, mas proporcionem benefícios efetivos à vida das pessoas, estimulando a reflexão e a tomada de atitude.
- h) **Demonstrativo Quadrimestral:** divulga demonstrativos sobre o Fachesf-Saúde com resultados financeiros do período, número de beneficiários, ações realizadas e projetos em andamento.

10.2 Pesquisa de Satisfação

A Fachesf realiza periodicamente pesquisa de satisfação, com o objetivo de conhecer a opinião dos seus públicos prioritários, dentre eles os beneficiários do plano de saúde. A partir da análise dos resultados, é possível promover aperfeiçoamentos e melhorias nos produtos e serviços oferecidos pela Fundação.

11. AÇÕES PARA DESONERAÇÃO DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS

11.1 Controle de OPME (Órteses, Próteses, Materiais Especiais)

Com a finalidade de manter o controle dos custos com OPME, a Fachesf otimizou o processo de autorização dos referidos materiais, o qual foi integrado às autorizações de procedimentos realizados pelo Núcleo de Regulação da Fachesf, através do sistema informatizado, proporcionando assim maior controle na performance dos planos de saúde da Fachesf. A equipe técnica do Núcleo de Regulação foi reestruturada, a qual passou a ser a mesma a autorizar o OPME, tornando o resultado do processo mais consistente e controlado. Com esta ação o Fachesf Saúde teve um custo evitado em torno de R\$ 17.000.000,00 em 2019.

11.2 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 de evitar majoração de custo assistencial. Desde 2017, a Fachesf passou a auditar todas as contas de exames e terapias com utilização de medicamentos e materiais, dos credenciados que não possuem auditoria da Fachesf em suas instalações físicas. As ações de auditoria médico-hospitalar geraram uma economia em torno de R\$ 8.000.000,00 em 2019.

11.3 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. Seus benefícios são contabilizados pelos 168 pacientes cadastrados em Recife (PE) e em Paulo Afonso (BA), que apresentaram significativa melhoria de qualidade de vida.

11.4 Programa de Assistência Domiciliar

Em 2019 foram recebidas 237 solicitações para inclusão no programa, destes, foram realizadas 164 internamentos e 73 processos não apresentaram critérios de elegibilidade ou foram suspensos por piora do quadro clínico e/ou óbitos.

11.5 Programa Assistencial de Oncologia

A iniciativa de criação do Programa de Oncologia, pela Fachesf, que se deu antes da obrigatoriedade pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, tem como objetivo além da redução de custos, a melhoria da qualidade de vida dos beneficiários dos planos de saúde, que desenvolvem a patologia de Câncer. O Programa oferece as seguintes coberturas: medicamentos quimioterápicos de uso oral que não necessitam de intervenção profissional, medicamentos adjuvantes (aqueles que minimizam os efeitos colaterais dos quimioterápicos) e exames de acompanhamento da patologia cadastrada, realizados ambulatorialmente, independente da segmentação do plano que o beneficiário faça parte.

Em 2019 o Programa teve 764 beneficiários inscritos, sendo que, para 272, a Fachesf adquiriu (direto no fornecedor) e disponibilizou para os beneficiários o medicamento quimioterápico oral, possibilitando uma redução média de 44% sobre o valor praticado no mercado

11.6 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 Fachesf Saude, em 2019, teve uma economia de R\$ 3.100.000,00

11.7 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 2019 esta equipe atingiu um custo evitado de R\$ 780.000,00.

12. OUVIDORIA

Criada em 2014, a Ouvidoria da Fachesf vem desenvolvendo as suas atribuições de receber, analisar e mediar as demandas decorrentes da atuação dos Planos de Saúde, com o objetivo de solucioná-las com a maior agilidade possível, sempre observando os princípios da legalidade, boa-fé, transparência, sigilo e ética, conforme recomenda a Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

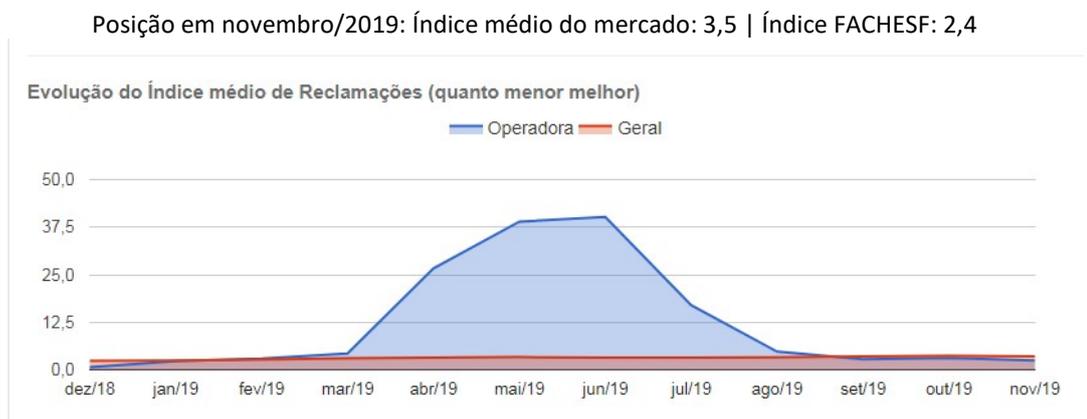
No decorrer do ano de 2019 foram registradas 324 manifestações, recebidas dos beneficiários, por meio dos diversos canais de comunicação: telefone, site, e-mail, presencial e carta, garantindo acesso a todos, bem como retorno satisfatório. Do total de demandas 86,42% foi respondida em até 7 dias e o restante foi pactuado com os demandantes para retorno de oito até trinta dias. A seguir demonstramos as manifestações realizadas pelos beneficiários dos planos segregadas por tema:

Temas das Manifestações	Quantitativo Em 2019
Cobertura Assistencial	33
Rede Credenciada	74
Central de Relacionamento	04
Financeiro	84
Administrativo	129
Total	324

13. 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 o número médio de reclamações de beneficiários recebidas nos três meses anteriores e classificadas até a data de extração do dado. O índice tem como referência cada 10.000 beneficiários do universo de consumidores analisado.

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 dezembro/2018:



Notamos no gráfico abaixo que após o mês de reajuste do plano de saúde houve um incremento no número de reclamações, que após o 3º mês voltou a cair e por fim, normalizar. Cumpre salientar que as reclamações referentes ao reajuste anual foram todas arquivadas.

14. AMBIENTE ADMINISTRATIVO-FUNCIONAL

A gestão de planos de saúde é representada por Superintendência ligada diretamente ao Presidente da Fachesf, que atua nos processos diretamente 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: a) Assessoria Técnica de Saúde; b) Gerência de Gestão dos Planos de Saúde; c) Gerência de Regulação de Saúde; e d) Gerência de Ambulatório.

14.1 CONSELHOS E DIRIGENTES

A estrutura interna principal de governança é composta por três Dirigentes; seis Conselheiros Deliberativos; e quatro Conselheiros Fiscais.

14.2 QUADRO PRÓPRIO DE EMPREGADOS

No exercício de 2019 as atividades assistenciais foram exercidas por 87 empregados do quadro próprio. Tais empregados estão distribuídos da seguinte forma: 60 em Pernambuco; 7 no Piauí; 4 no Ceará; 14 na Bahia; 02 em Alagoas. Em relação à formação, 57% são pós-graduados ou estão cursando pós-graduação, 23% são graduados, 2% estão cursando graduação e 18% concluíram o nível médio. Do total de 87 empregados do quadro próprio, 53% desempenham atividades administrativas.

14.3 PRESTADORES DE SERVIÇOS

Em 2019 foram nove prestadores de serviços sem vínculo empregatício, sendo: seis em Recife; um Xingó; um em Sobradinho; e um em Boa Esperança.

14.4 CAPACITAÇÃO DO QUADRO PRÓPRIO DE EMPREGADOS

Empregados Treinados	68
Percentual de Empregados Treinados	78%
Carga horária Total	927 horas
Custo Médio por Empregado R\$	476,29
Custo Total R\$	32.387,85

15. PRINCIPAIS CONTROLES ADOTADOS PARA A GESTÃO DE SAÚDE EM 2019

- Negociação com a Central Nacional Unimed, para substituição da Unimed N/NE nas áreas onde existe dificuldades devido ao pequeno número de beneficiários para credenciamento de uma rede;
- Implementação do sistema autorizador web;
- Realização do III encontro dos profissionais da Gerência de Ambulatórios;
- Ações de gestão na rede credenciada;
- Contratação de consultoria especializada em assuntos regulatórios; e
- Início da implantação do Sistema MV.

16. AÇÕES PREVISTAS PARA 2020

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 2020, bem como agregar as novas ações a seguir:

- a) Registro na ANS de um novo plano;
- b) Otimização do controle da inadimplência;
- c) Reformulação da arquitetura organizacional da PSS;
- d) Continuidade da ampliação e fortalecimento da rede credenciada nas regionais;
- e) Início da operação do Sistema MV em substituição ao Benner;
- f) Início do convenio com farmácia de abrangência nacional;
- g) Contratação de Empresa para emissão de 2ª opinião e realização de Junta Médica, objetivando uma maior segurança e qualidade na regulação;
- h) Implantação do programa da FNQ (Qualidade) no ambulatório Paissandu; e
- i) Desenvolvimento do programa de atenção primária a saúde.

17. OUTRAS AÇÕES

Durante o ano de 2019 foram realizadas 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, exames de imagens e laboratoriais (ultrassonografias de mama e da próstata; mamografia; dosagem sanguínea de PSA Total e Livre; e sumário de urina), além de consultas com médicos especialistas (ginecologista e urologista), que avaliaram os resultados dos exames apresentados, visando recomendação das providências cabíveis. 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 prevenir o câncer de mama e suas complicações. No mês de novembro foi a vez do público masculino ser beneficiado com as orientações voltadas para a saúde do homem.

Helder Rocha Falcão
Presidente
CPF nº 334.533.494-15

Luiz da Penha Souza da Silva
Diretor de Administração e Finanças
CPF nº 089.256.904-20

Raimundo Jorge de Sousa Santos
Diretor de Benefícios
CPF nº 141.945.895-72

Sílvio Cherpak
Superintendente de Saúde
CPF nº 197.244.034-91