



FARDIN
ASSESSORIA ATUARIAL

IPAM Saúde

AVALIAÇÃO ATUARIAL 2018

DATA DA AVALIAÇÃO 31/12/2017

MUNICÍPIO

CAXIAS DO SUL - RS

Abril de 2018

Índice

	Pág.
1. Introdução.....	03
2. Definições.....	04
3. Base Cadastral.....	06
4. Estatística do Grupo Segurado.....	07
4.1 Titulares.....	07
4.2 Dependentes.....	08
5. Utilização e Gastos do Grupo Segurado.....	08
6. Bases Técnicas.....	14
7. Custeio do Plano.....	18
8. Parecer Conclusivo.....	19

1. Introdução

A presente Avaliação Atuarial, tem por finalidade estabelecer as bases técnicas e operacionais do Plano de Assistência à Saúde instituído para os servidores do Município de Caxias do Sul - RS e administrado pela autarquia municipal ***IPAM – Instituto de Previdência e Assistência Municipal (Plano Familiar e Individual)***. Também avaliar seu respectivo custeio abrangendo, para cada evento, o reembolso ou o pagamento das despesas médicas – hospitalares e odontológicas, efetuadas com o tratamento dos servidores ou de seus dependentes por motivos de doença ou acidente, dentro das condições estabelecidas na Legislação que regulamenta e normatiza o funcionamento do Plano IPAM Saúde através da Lei Complementar Nº 298/2007 e Decreto Nº 14.029/2008. Neste Estudo será verificada a análise conforme solicitação da Diretoria junto ao processo 1511/2016: cenário contributivo patronal, nos moldes realizados de fato no atual exercício.

2. Definições

Plano de Auto Gestão (Plano)

Plano de assistência à saúde administrado e controlado pela própria gestora.

Plano Familiar (Plano 1)

Proporciona cobertura para o servidor e dependentes conforme definido em Lei.

Plano Individual (Plano 2)

Proporciona somente cobertura para o servidor.

Segurado Titular (participante)

Servidor de cargo efetivo, ativo, inativo ou pensionista filiado ao plano de saúde administrado pelo IPAM.

Segurado Dependente

Participante do plano, dependente de segurado titular conforme determinação da legislação.

Coberturas do Plano

São as garantias assumidas pelo plano de caráter médico, odontológico e demais serviços e benefícios determinados na legislação do IPAM.

Contribuição Pura

É a parte da arrecadação destinada ao custeio técnico, ou seja, sem considerar o carregamento administrativo.

Contribuição Total

É o valor total da arrecadação que deverá ser descontada, parte dos segurados titulares sobre a base da remuneração do segurado titular e parte do Poder Público de Caxias do Sul.

Superávit Técnico

É a diferença, quando positiva, entre o total arrecadado para o custeio do plano aplicado financeiramente até o final do exercício e o que foi desembolsado a favor dos pagamentos periódicos destinados as coberturas do plano.

Déficit Técnico

É a diferença, quando negativa, entre o total arrecadado para o custeio do plano aplicado financeiramente até o final do exercício e o que foi desembolsado a favor dos pagamentos periódicos destinados as coberturas do plano.

Coparticipação

Participação do Segurado nos gastos efetuados pela utilização dos procedimentos, serviços e benefícios cobertos pelo Plano.

3. Base Cadastral

As informações cadastrais utilizadas para a elaboração do presente estudo foram fornecidas pela administração do IPAM, o qual, mediante levantamento de dados junto ao seu sistema de informática, repassou-os em formato Texto, Excel e Word.

Foram fornecidas as seguintes informações:

- 1) Cadastro Geral dos Associados Usuários- Dados apurados no período de utilização **(mensal de Janeiro de 2017 até Dezembro de 2017)** por: Matrícula, Nome, Data de Nascimento, Estado Civil, Remuneração, Provento ou Pensão, Procedimentos Utilizados, Gasto Total, Gasto do IPAM e Co-participação.
- 2) Cadastro Geral dos Dependentes Usuários- Dados apurados no período de utilização **(mensal de Janeiro de 2017 até Dezembro de 2017)** por: Matrícula do titular, Nome do titular, Data de Nascimento do Dependente, Estado Civil do titular, Remuneração do titular, Provento ou Pensão, Procedimentos Utilizados pelo dependente, Gasto Total, Gasto do IPAM e Co-participação.
- 3) Relatórios mensais referentes aos anos de **2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e 2017** informando: o balancete das Receitas e Despesas realizadas com assistência à saúde, odontologia, medicamentos e despesas administrativas;
- 4) Posição dos segurados Titulares e Dependentes, na data focal de **31 de Dezembro de 2017** contendo: Matrícula do titular, Nome do titular, Data de Nascimento do Dependente, Estado Civil do titular, Remuneração do titular, Provento ou Pensão;
- 5) Legislação Atual.
- 6) Processo 1511/2016.

Os dados da Base Cadastral foram analisados e tabulados de acordo com a necessidade deste trabalho, e, após a tabulação, os mesmos passaram por um teste de consistência, no qual se verificou o grau de confiabilidade das informações recebidas. As informações foram consideradas consistentes.

Todo o estudo foi realizado tendo como data de posicionamento da Base Cadastral dos períodos informados:

4. Estatísticas do Grupo Segurado

Tomando-se a Base Cadastral de Dezembro de 2017, apuraram-se as análises demográficas e comportamentais do grupo de Participantes Segurados Titulares e Dependentes.

4.1 Titulares

Observamos a base de servidores apresentada no total de 9.671 registros de servidores Titulares, concentrando-se na média de idade 52,48 anos. Totaliza uma folha de salários de contribuição no valor de R\$ 41.863.144,09. Registra um salário base de contribuição médio de R\$ 4.328,73.

O grupo geral é dividido em Plano 1, Plano 2, Plano 97 e Plano 98, sendo o Plano 1 o Familiar, Plano 2 o Individual, Plano 97 foi definido como sendo aqueles participantes servidores cônjuges entre si. O Plano 98 representa os servidores que possuem duas matrículas e estão registrados na base cadastral em apenas uma.

No ano de 2017 o grupo estabeleceu uma divisão registrando no grupo familiar 48,69% e o grupo individual 51,31%.

4.2 Dependentes

Para o grupo participantes do Plano Familiar foi registrada uma adesão de 7.866 dependentes sendo 0,8133 dependentes por titular.

5. Utilizações e Gastos do Grupo Segurado

Foi observada a utilização por grupo de participantes titulares e dependentes considerando os dados fornecidos pela controladoria do IPAM.

Relatório de Evolução de Despesas IPAM SAÚDE (previsão para ano de 2018)									
PROCEDIMENTOS	DESPESAS (R\$)								
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
DENTISTAS	605.869,00	680.518,00	764.001,00	640.303,00	777.554,00	978.170,00		1.180.064,81	1.309.871,94
Varição		1,12	1,12	0,84	1,21	1,26		1,11	
FISIOTERAPEUTAS	421.296,00	527.452,00	563.445,00	594.920,00	575.112,56	1.376.733,03		821.538,66	895.477,14
Varição		1,25	1,07	1,06	0,97	2,39		1,09	
FONOAUDIÓLOGOS	56.850,00	65.271,00	84.798,00	85.934,40	90.137,50	110.904,70	8.525.450,17	226.243,31	260.179,81
Varição		1,15	1,30	1,01	1,05	1,23		1,15	
PSICÓLOGOS	669.695,00	722.399,00	721.121,00	802.237,87	673.758,00	746.657,65		734.943,39	742.292,82
Varição		1,08	1,00	1,11	0,84	1,11		1,01	
MÉDICOS	2.077.398,00	2.186.100,00	2.438.956,00	2.552.117,49	2.913.659,58	7.505.830,38		6.248.152,38	7.497.782,86
Varição		1,05	1,12	1,05	1,14	2,58		1,20	
CLÍNICAS	7.585.414,00	8.040.241,00	8.559.068,00	11.692.570,86	10.677.650,34	10.788.314,01		10.278.396,51	11.100.668,23
Varição		1,06	1,06	1,37	0,91	1,01		1,08	
FARMÁCIAS	5.154.389,00	5.738.779,00	6.297.101,00	6.689.945,67	6.551.729,52	6.911.526,61		7.708.356,43	6.552.102,97
Varição		1,11	1,10	1,06	0,98	1,05		0,85	
HOSPITAIS	12.968.930,00	16.256.348,00	20.390.293,00	14.493.851,95	18.304.234,97	12.225.353,65	43.688.008,28	25.792.111,17	26.565.874,51
Varição		1,25	1,25	0,71	1,26	0,67		1,03	
LABORATÓRIOS	1.088.045,00	1.352.017,00	1.551.864,00	1.733.897,25	1.881.923,40	1.985.728,14		2.341.700,57	2.646.121,64
Varição		1,24	1,15	1,12	1,09	1,06		1,13	
RADIOLOGIA	930.475,00	1.125.067,00	1.209.177,00	1.197.436,41	1.134.206,98	2.502.749,98		3.308.795,15	4.268.345,74
Varição		1,21	1,07	0,99	0,95	2,21		1,29	
INSS	1.024.888,00	1.082.547,00	1.197.189,00	1.187.712,88	1.209.190,80	1.102.967,15	1.144.279,70	1.246.954,77	1.359.180,70
Varição		1,06	1,11	0,99	1,02	0,91	1,04	1,09	
DESPELA CONVÊNIO	32.583.249,00	37.776.739,00	43.777.013,00	42.270.927,78	46.154.782,34	48.396.448,64	52.213.458,45	61.229.705,29	64.674.591,31
Varição		1,16	1,16	0,97	1,09	1,05	1,08	1,17	
SERVIÇOS PRÓPRIOS	1.630.340,26	1.499.157,43	1.836.991,24	1.685.368,61	1.486.500,56	527.179,68	1.150.972,98	725.858,96	769.410,50
Varição		0,92	1,23	0,92	0,88	0,35	2,18	0,63	
DESPELAS ADMINISTRATIVAS	4.086.168,03	4.533.730,77	5.033.073,55	5.156.132,38	5.031.468,56	5.891.502,56	6.603.508,38	6.075.249,89	6.804.279,88
Varição		1,11	1,11	1,02	0,98	1,17	1,12	0,92	
DESPELA TOTAL	38.299.757,29	43.809.627,20	50.647.077,79	49.112.428,77	52.672.751,46	54.815.130,88	59.967.939,81	68.030.814,14	72.248.281,69
Varição		1,14	1,16	0,97	1,07	1,04	1,09	1,13	1,06

2018* = Estimativa

Previsão de Receitas Técnicas do Plano para 2018

Análise das Receitas Técnicas do Plano (R\$)					
Ano Base	Servidor	Evolução	Patronal	Evolução	Total
2008	13.012.757,44		14.666.082,81		27.678.840,25
2009	14.222.524,10	1,09	16.921.891,32	1,15	31.144.415,42
2010	15.516.539,77	1,09	18.704.783,33	1,11	34.221.323,10
2011	17.933.999,65	1,16	21.678.344,14	1,16	39.612.343,79
2012	20.586.710,20	1,15	25.093.659,77	1,16	45.680.369,97
2013	23.141.620,14	1,12	28.730.509,73	1,14	51.872.129,87
2014	25.756.976,04	1,11	32.498.835,79	1,13	58.255.811,83
2015	27.315.727,00	1,06	36.371.884,41	1,12	63.687.611,41
2016	30.620.882,75	1,12	39.199.549,20	1,08	69.820.431,95
2017	32.377.402,34	1,06	38.492.860,98	0,98	70.870.263,32
2018*	35.938.916,60	1,11	38.681.545,14	1,11	74.620.461,74
*Estimativa					

O resultado técnico previsto, concretizando-se as previsões aqui apresentadas, poderá estar fixado para o exercício de 2018 é aproximadamente R\$ 2.372.180,05. Computamos uma previsão de arrecadação na ordem de R\$ 74.620.461,74 e uma previsão de despesa em montante de R\$ 72.248.281,69.

PROPOSTAS DE GESTÃO EM SAÚDE

Apresentamos aqui, algumas sugestões de propostas de gestão como alternativas para implantação pela diretoria do IPAM SAÚDE.

✓ Gatilho nas utilizações (sinistralidade)

Esta proposta baseia-se na utilização de um mecanismo de controle que funciona como um balizador de receita e despesas, amenizando desta forma o déficit técnico (individual) e reencontrando o equilíbrio atuarial do plano.

Funcionamento: Primeiramente será estipulada, atuarialmente, uma determinada despesa individual em função de características específicas do segurado ou grupo, que se atingida deverá acionar o mecanismo de controle (Gatilho). Tal mecanismo, poderá ter como ação: a elevação de alíquota deste servidor, aumento de coparticipação, fila de atendimento, dentre outras possibilidades de implantação. O gatilho também atuará em função de seus dependentes. **Caso seja um gatilho que aumente a alíquota pode se estipular um aumento de 10% na alíquota do servidor no momento em que ele ultrapassar duas vezes a média de utilização.**

✓ Redução no Número de Credenciados (1/xxxx)

Em função de estudos específicos, que poderão mostrar a elevada rede de credenciados presentes nos quadros do Instituto, deverá ser diagnosticado quais credenciados poderão ser desfiliaados para então reestabelecer a equidade entre receita e despesa. Tal recomendação deverá ser feita, em conjunto com estudo de parâmetros de atendimentos extraídos de fonte confiáveis como DATASUS, ANVISA e ANS. Dentro de uma proporção de filiados em função da expectativa de redução de despesas poderá ser sugerida uma redução de credenciados a fim de atingir a meta de equilíbrio do plano.

✓ *Adesão de novos servidores (Projeto)*

Este Projeto estabelece uma dinâmica, que atualmente, é executada por todos os Planos de Saúde Privados (UNIMED, GOLDEN CROSS, BRADESCO,...). Trata-se de: " TRAZER GENTE NOVA E SAUDÁVEL PARA CONTRIBUIR PARA O PLANO" (evidentemente que com carência e estudo preliminar). Ou seja, para composição de equilíbrio **iminente** entre receita e despesa existem duas formas diretas: a primeira é o aumento das receitas através de aumento de alíquotas de contribuição patronal e de servidor, em função da elevada despesa que se apresenta a cada ano, a outra maneira e como o plano de saúde de auto gestão público é estruturado em regime de repartição simples ou regime de rateio de despesas; em que a conta dos gastos com saúde, de quem usa, é distribuída entre todos os participantes (quem não usa paga quem usa), e com a crescente utilização e o envelhecimento maciço da população de servidores, e estes sendo repostos apenas quando existem novas nomeações, é de SUMA importância uma visão estratégica para, de forma organizada, estruturar uma regulamentação que permita a ADESÃO de **Novos Segurados Contribuintes**. Existem nos Estados, como é o caso do Instituto IPERGS do Estado do Rio Grande do Sul, (neste caso podendo ser aplicado na região de Caxias do Sul por se tratar de um grande município e pólo regional) a possibilidade adesão de novos servidores contribuintes vindos de convênios firmados entre as prefeituras que se dispuserem a se filiar ao Plano oportunizando aos seus servidores e dependentes. A filiação deverá seguir regras específicas de análise e condições regulamentares apropriadas. Tal medida, de incremento associativo ao Plano, acarretará um aumento de receita para o Plano que servirá para recuperação do equilíbrio entre receita e despesa e formação de reservas futuras.

✓ *Limites Financeiros segurados e credenciados*

O Limite Financeiro estipulado, atualmente já em uso em alguns Planos do Brasil, mostra-se uma técnica de gestão bastante aprimorada nos dias de hoje, uma vez que o Instituto, por ser a fonte pagadora poderá, de forma controlada demonstrar a demanda executada para cada prestador, obtendo desta forma uma ferramenta de grande importância no processo administrativo. Esta pratica, poderá ser estendida ao próprio servidor, obtendo diante desta ferramenta uma resposta no sentido de dimensionar o gasto conforme o critério estabelecido para cada grupo. Implantando um Limite Financeiro Individual conjugado com o projeto do Gatilho e Coparticipação o próprio segurado poderá ser o gestor de seus gastos e controlar sua utilização.

✓ *Fila de Utilização 1º mês, 2º mês,...*

Para inclusão desta sugestão e agregando à ideia redução dos gastos, esta alternativa inovadora pode ser uma linha de economia muito eficaz, pois leva em consideração o limite financeiro tanto dos credenciados como o individual. O Funcionamento baseia-se na condução dos gastos distribuídos ao longo dos meses, se atingido o limite naquele mês somente será liberado nova despesa no mês seguinte ou nos posteriores executando uma distribuição dos gastos ao longo do período.

✓ *Perícia e Auditoria*

A implantação de eficiente sistema de perícia e auditoria nos planos poderão ser responsáveis por mais de **15% de economia** nos gastos desenfreados com saúde. Para tanto como hoje já existe no IPAM, os mecanismos de controle deverão sempre que necessário serem atualizados e executados.

✓ *Agenda programada para consultas indicadas e exames solicitados
(1+2)*

Aqui temos uma sugestão que se configurou em função da necessidade de controle de encaminhamentos diretos dentro dos estabelecimentos

credenciados no momento que o segurado chega em função de uma emergência ou atendimento no local (portas de entrada). Deverá para controle dos gastos, e **NÃO SENDO CASOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA QUE ENVOLVAM RISCO DE VIDA**, ser estipulado uma agenda de consultas e exames que somente serão liberados um dia, uma semana (o prazo deverá se estipulado) depois daquela que originou o atendimento. O propósito do indicativo (1+2) serve par dizer que após aquele atendimento (atendimento 1) o segundo atendimento somente será liberado no momento 2. Tal medida serve para controlar a facilidade de liberação de consultas e exames no mesmo momento e circunstanciais.

✓ *Médico da Família*

Mecanismo largamente utilizado na gerações passadas e que, com muita eficácia, se transformava em um fator, PRINCIPALMENTE, preventivo do que curativo, pois na medida que a família ia sendo monitorada por este profissional, as complicações mais severas poderiam ser diagnosticas com brevidade e tratadas com infinitamente menor custo para o Plano de Saúde.

✓ *Saúde Preventiva (Identificar o foco)*

Este projeto envolve uma demanda que deve ser composta entre o Instituto de Assistência e Entre Patronal ao qual o segurado esta vinculado. Tal Projeto visa identificar, em função de diagnósticos repetitivos de um mesmo grupo de segurados as origens das demandas em saúdes vindo daquela fonte e foco causador. Em outras palavras podemos dizer que tal projeto, visa identificar, por exemplo: que casos de problemas na coluna ou articulações, sejam oriundos de vícios na rotina do dia a dia de trabalho. Sabemos que todas as atividades envolvem as chamados doenças do trabalho, por exemplo: renites alérgicas em função do ar condicionado; Lesões de Esforços Repetitivos (LER), traumas de articulações em função de esforços em maquinários, e assim por diante. Não se trata de ser apontadores de falhas nas estruturas de atividades do ente patronal, mas sim de se fazer um Estudo e Identificar quanto custa

estas demandas em gastos com reparação da saúde e projetar o quanto e com algum investimento empregado em melhorias poderíamos economizar, considerando que a cada ano a tendência é sempre crescente nas despesas com saúde. Este item merece uma reflexão bastante propícia e dedicada exclusivamente a sua estruturação.

✓ *Análise das tabelas aplicadas atualmente pelo IPAM (contratos)*

Como alternativa de controle, também deve ser admitida a hipótese de revisão de contratos e valores impostos pelas tabelas aplicadas atualmente para dimensão de novas formatações, valores e índices aplicados. Ex: Contratos de Laboratórios.

6. Bases Técnicas

Dando continuidade ao presente estudo, iniciado com a Análise Estatística Demográfica dos grupos segurados e Descrição dos Procedimentos, passa-se agora à análise das bases técnicas que nortearam esta avaliação e aos seus aspectos financeiros e sua forma de custeio.

Para isto serão abordados os seguintes tópicos:

- 1) Regime Financeiro empregado;
- 2) Hipóteses Atuariais utilizadas;
- 3) Metodologia de Cálculo das Contribuições e Formulações;
- 4) Metodologia de Constituição das Reservas e Formulações.

O custeio da presente avaliação foi estruturado no Regime de Repartição Simples.

De acordo com a legislação, o Regime Financeiro de Repartição Simples é aplicado aos casos de benefícios de pagamento único.

Em linguagem simples, pode-se dizer que, neste regime, as contribuições são calculadas de modo a gerar receitas equivalentes às despesas, com o pagamento dos benefícios no período considerado, geralmente de um ano.

Este regime opera através de contribuições naturais, de modo que, quase sempre, conduz a contribuições crescentes, sendo esta uma de suas desvantagens.

Abaixo segue um resumo das principais características deste Regime:

Vantagens:

- ✓ Taxas de Contribuição menores; e
- ✓ Maior adesão, em função do menor custo.

Desvantagens:

- ✓ Crescimento progressivo da taxa de contribuição;
- ✓ Inexistência de recurso para aplicações a longo e médio prazo; e
- ✓ Inexistência de Reservas Matemáticas para repartição com o grupo no caso de paralisação da entidade.

Exigência Básica:

- ✓ Afluxo de novos entrandos (jovens) para possibilitar a estabilização ou o menor crescimento das taxas

Tábua de Mortalidade Geral (evento gerador Morte) :

Foi adotada a hipótese atuarial de que as mortes ao longo do ano/exercício estariam ocorrendo de acordo com as taxas previstas na tábua biométrica denominada Tábua de Mortalidade AT-49 – Mortalidade Geral.

As tábuas biométricas expressam a mensuração (representada por taxas) das probabilidades de ocorrência de riscos inerentes à vida humana, mensuração esta obtida através de métodos de observação.

Quanto mais “pesadas” forem as taxas de uma tábua de mortalidade , ou seja , quanto maiores forem as probabilidades de morte da tábua, por idade, maiores serão as contribuições pagas pelos Associados referentes a benefícios que tenham a Morte como evento gerador.

Tábuas pesadas são mais utilizadas para a mensuração de riscos de morte relativos a atividades laborais de risco elevado.

Em virtude da espécie de atividade exercida pelos segurados do Plano ser de baixo risco (servidor público), utilizou-se uma tábua “leve”, a referida acima, conhecida simplesmente por AT-49.

Despesas Administrativas

A despesa administrativa foi informada pelo setor contábil do IPAM.

A partir daí é possível definir um custo mensal por idade , para cada Associado, baseado na probabilidade calculada em função da experiência anterior cada grupo, gerando mensalidades diferenciadas , ou , fixar uma contribuição mensal uniforme, para todo o grupo, baseada na probabilidade média de ocorrer os fatos geradores de despesas que no nosso caso as utilizações dos procedimentos cobertos pelo plano.

Da Contribuição Mensal

Equação de Equilíbrio : $\Sigma \text{RECEITAS} = \Sigma \text{DESPESAS}$

$$l * \pi^{(12)*12} = D + l * \beta * \pi^{(12)*MG*12}$$

Onde :

l = Quantidade Total de segurados que utilizaram o plano ;

$\pi^{(12)}$ = Contribuição mensal uniforme devida pelo Segurado;

D = Dano Total (Gasto Total);

β = Percentual previsto para Despesas Administrativas ;

MG = Margem de Segurança

Cálculo da Contribuição Mensal:

A partir da equação de equilíbrio:

$$\pi^{(12)} * 12 = \frac{D}{l} + \frac{l}{l} * \beta * \pi^{(12)} * MG * 12$$

A razão D/l representa o dano médio do grupo.

Dando continuidade :

$$\pi^{(12)} * 12 = d \text{ médio} + 1 * \beta * \pi^{(12)} * 12$$

$$\pi^{(12)} * 12 - \beta * \pi^{(12)} * 12 = d \text{ médio}$$

$$\pi^{(12)} * 12 * (1 - \beta) = d \text{ médio}$$

De forma que :

$$\pi^{(12)} = \frac{d \text{ médio} * MG}{12 * (1 - \beta)}$$

MG = Margem de Segurança

Da Metodologia de Constituição de Reservas

No Regime de Repartição simples, nos Planos de Seguro Saúde, deverá ser constituída a seguinte reserva: Reserva de Benefícios a Liquidar.

A Reserva de Benefícios a Liquidar será constituída mensalmente e corresponderá ao valor total das contribuições vertidas para o custeio das despesas referentes à parte da saúde, odontologia e auxílios, descontados os

pagamentos dos referidos gastos do mês e as despesas administrativas, limitadas pela determinação legal.

Das Formulações

A reserva acima é comumente classificada como Reserva Não Matemática, porque não envolve, na sua constituição, processos de cálculos e formulações atuariais – ou ela é apurada contabilmente ou calculada mediante a aplicação de um percentual às receitas de um determinado período.

7. Custeio do Plano

Apresentamos a seguir o custeio PARA O EXERCÍCIO 2018 de acordo com os custos apresentados e projeção de receita conforme bases de contribuição patronal atualmente executadas.

Estrutura Contributiva:

Neste cenário considerando a projeção de gastos elencados, indicamos a manutenção dos percentuais atualmente aplicados.

Base de contribuição Patronal e Servidores iguais:

Servidores Ativos e Inativos Segurados do Plano e Pensionistas segurados.

Projeção de Alíquotas	
Plano Familiar	7,70%
Plano Individual	6,00%
Patronal	7,70%

Piso e Teto para Contribuição dos Segurados

Indicamos a manutenção do Piso e Teto de contribuição para os segurados:

Valor de Referência (VR): Padrão 1

Plano	Piso	Teto
Individual	1 x 8% VR	3 x Piso
Familiar	1 x 10% VR	6 x Piso

8. Parecer Conclusivo

A presente Avaliação Atuarial 2018 teve por objetivo verificar a evolução técnica e financeira do Plano de Saúde implementado aos servidores públicos do município de Caxias do Sul em seus aspectos técnicos e regulamentares.

Foram analisadas as receitas bem como as despesas em função das novas bases implantadas.

O Estudo apresentado, teve por objetivo maior a verificação da alíquota patronal a ser fixada, diante da modificação da base de contribuição.

Conforme podemos observar o Plano IPAM Saúde, vem apresentando superávit ao longo dos últimos exercícios, diante de tais resultados, e considerando as tendências de gastos futuros, podemos manter as alíquotas atuais até a próxima Avaliação Atuarial, para que neste interregno sejam estudadas e avaliadas novas estruturas contributivas e fixação de gastos para com o plano.

Gostaríamos, também de alertar, que toda modificação realizada no Plano independente de ser na esfera de custeio ou benefício deverá ser levada em consideração as características da estrutura e forma técnica que são sustentadas pela solidariedade dentre o grupo fechado de segurados autogeridos pelo sistema de saúde próprio. Tal característica balizam a receita em função da folha de pagamento e adesão dos participantes.

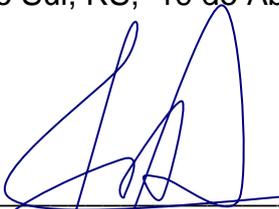
Em virtude das demandas e aumentos naturais em que os Plano de Saúde de um modo geral estão sujeitos podemos esclarecer que ao analisarmos os respectivos resultados nas séries históricas, verificamos que foram apresentados resultados superavitários principalmente em virtude de comportamentos de gastos nos procedimentos hospitalizações e clínicas.

Podemos esclarecer que tal fato deve-se muito a gestão implementada, mecanismos de controle e auditoria. Contudo, por tratar-se de sistema de cobertura em saúde, onde as variáveis como idade e composição do grupo fechado tentem a envelhecimento a cada exercício deverão, para os próximos exercícios, serem observamos acréscimos na frequência de utilizações.

Recomendamos a Unidade Gestora do Plano, permanecer e intensificar os programas e políticas de saúde preventiva para manter o quadro de estabilidade dos custos e verificação da possibilidade de alteração no custeio futuro.

Finalizando, cumpro-nos informar, que este trabalho levou em consideração os mais usuais preceitos técnicos aplicáveis a matéria, aplicados na data de avaliação (31/12/2017), para quantificar as receitas necessárias ao bom desenvolvimento, andamento e manutenção do Plano IPAM Saúde, visando os equilíbrios técnicos, financeiros e atuariais.

Caxias do Sul, RS, 19 de Abril de 2018.



José Guilherme Fardin
Atuário MIBA 1019
fardin@fardinatuarial.com.br

DAEAADOIS2018GDOJ