

RELATÓRIO DE AVALIAÇÃO ATUARIAL e SOLVÊNCIA

IPAM SAÚDE

*IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA
MUNICIPAL DE CAXIAS DO SUL - RS*

DATA DE REFERÊNCIA: 12-2025

RA: 00117-26

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	3
2.	CONCEITOS E DEFINIÇÕES	3
2.1.	DOS PLANO DE BENEFÍCIOS	3
2.2.	DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES	4
2.3.	DAS COBERTURAS DO FUNDO.....	4
2.4.	DO CUSTEIO DO FUNDO	4
2.5.	DAS COPARTICIPAÇÕES.....	6
3.	BASE CADASTRAL E PERÍODO DE ANÁLISE	6
4.	ESTATÍSTICAS	6
4.1.	ESTATÍSTICAS DE BENEFICIÁRIOS EXPOSTOS	7
4.2.	EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS	10
4.3.	ESTATÍSTICAS DE DEPENDENTES.....	10
5.	AValiação ATUARIAL.....	12
5.1.	ANÁLISE DA SAÚDE	13
5.1.1.	ANÁLISE DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS	13
5.1.2.	BENEFICIÁRIOS DE ALTO CUSTO	21
5.1.3.	FAC - FUNDO DE ALTO CUSTO.....	23
5.2.	ANÁLISE FINANCEIRO-ECONÔMICA.....	25
5.2.1.	DESPESAS ADMINISTRATIVAS (DAdm).....	25
5.2.2.	SINISTRALIDADE	26
5.2.3.	EVOLUÇÃO DO PATRIMÔNIO FINANCEIRO DO FUNDO	28
5.2.4.	REAJUSTE PELA SINISTRALIDADE	31
6.	PROJEÇÕES E SOLVÊNCIA	32
6.1.	HIPÓTESES ATUARIAIS ADOTADAS	32
6.2.	CONTEXTUALIZAÇÃO	33
6.3.	PROJEÇÃO POPULACIONAL.....	34
6.4.	CENÁRIO I: PLANO DE CUSTEIO ATUAL	35
6.5.	CENÁRIO II: MENSALIDADE POR FAIXA ETÁRIA	37
7.	PARECER CONCLUSIVO	40
	ANEXO I – TABELA DA EVOLUÇÃO DO CUSTO POR ÓRGÃO	42

1. INTRODUÇÃO

O presente relatório tem como objetivo principal apresentar os resultados apurados na Avaliação Atuarial e Análise de Solvência do IPAM-Saúde.

Tais estudos foram desenvolvidos com a finalidade de efetuar um diagnóstico acerca da solvência do IPAM-Saúde e avaliar a sustentabilidade de suas operações nos próximos anos, realizando desde a análise atuarial dos fluxos financeiros, o controle dos níveis de sinistralidade, até a apuração do plano de custeio ideal.

Além disso, os estudos realizados não se limitaram em avaliar o Fundo apenas sob o aspecto financeiro de curto prazo, observando o regime financeiro de repartição simples, como é padrão em avaliações nesse ramo.

Assim, para avaliar o plano de uma maneira mais ampla, foram realizadas projeções simulando tanto os reflexos da atual estrutura operacional, quanto os eventuais cenários de adequação propostos ao longo deste estudo, no médio e longo prazo.

Quanto a estrutura do relatório, posteriormente a um breve resumo acerca das coberturas do Fundo e da análise da base cadastral serão demonstradas as principais estatísticas da população estudada. Em seguida, serão apresentadas as metodologias adotadas, resultados da avaliação atuarial e da análise de solvência. Por fim, o Parecer Conclusivo apresentará de forma sucinta as principais conclusões e medidas a serem adotadas para melhor gestão do IPAM.

2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

O presente capítulo tem o intuito de evidenciar os principais conceitos que regem as atividades do IPAM-SAÚDE, trazendo de maneira sucinta as definições sobre: os planos, as coberturas; os beneficiários e dependentes e, por fim, sobre as alíquotas de custeio e coparticipação. Todas as definições foram extraídas da Lei Complementar nº 298/2007 e seus complementos.

2.1. DOS PLANOS DE BENEFÍCIOS

Atualmente o IPAM oferece dois planos aos seus segurados e a adesão do servidor a um deles é obrigatória, quais sejam, o Plano Individual e o Plano Familiar, onde:

- a) O Plano Individual proporciona cobertura dos serviços de saúde somente ao servidor; e
- b) O Plano Familiar proporciona cobertura dos serviços de saúde ao servidor e seus dependentes.

Além dessa diferenciação os planos apresentam diferentes formas de custeio, sendo estas abordadas no item 2.4 desse relatório.

2.2. DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

Podem ser beneficiários ASSOCIADOS do IPAM-Saúde os seguintes tipos de proponentes:

- I.** Servidores detentores de cargo de provimento efetivo
- II.** Servidores inativos
- III.** Pensionistas do fundo de aposentadoria e pensão do município, desde que se inscrevam em até 90 (noventa) dias da data do óbito do servidor;
- IV.** Empregados que prestam serviços ao município, vinculados ao regime celetista e aqueles cuja contratação foi autorizada pela lei nº 6.845, de 4 de julho de 2008 e alterações.
- V.** Dependentes:
 - a. Cônjuge e equiparados;
 - b. Filhos/equiparados menores de 21 anos;
 - c. Filhos/equiparados maior de 21 anos e menor que 29 anos; e
 - d. Filhos inválidos.

2.3. DAS COBERTURAS DO FUNDO

As coberturas asseguradas pelo IPAM-SAÚDE consistem basicamente em:

- a)** Assistência médica;
- b)** Assistência odontológica;
- c)** Assistência farmacêutica;
- d)** Assistência financeira de serviços necessários à proteção da saúde;
- e)** Assistência preventiva à saúde; e
- f)** Assistência multidisciplinar na área da saúde.

Os critérios de elegibilidade e condições específicas de cada cobertura se encontram nos dispositivos que regulamentam as operações do IPAM-SAÚDE.

2.4. DO CUSTEIO DO FUNDO

De acordo com o disposto no Art. 35 da Lei Complementar 298/2007, o custeio dos benefícios relativos à Saúde se dá por contribuições mensais dos associados e da entidade pública ao qual ele está vinculado.

Tabela 1. Esquema de custeio dos planos

TIPO DE PLANO	FONTE PAGADORA	ALÍQUOTA CONTRIBUTIVA	CONTRIB. MÍN	CONTRIB. MAX
Plano Individual	Associados (titulares) e pensionistas	6,0%	8% x Padrão 1	3 x (8% x Padrão 1)
	Órgão empregador	7,7%	---	---
Plano Familiar	Associados (titulares)	7,7%	10% x Padrão 1	6 x (8% x Padrão 1)
	Órgão empregador	7,7%	---	---
Plano Faixa etária	Associados (titulares)	Tabela por faixas	---	---
	Órgão empregador	7,7%	---	---
Plano Dependentes de 21 a 29	Associados (titulares)	14% x Padrão 1	---	---

A base de incidência das contribuições dos associados corresponde ao valor da remuneração referente ao mês de trabalho dos associados excluídos os itens dispostos no §1º do Art. 35 da Lei Complementar 298/2007.

A base de incidência das contribuições patronais equivale à folha de pagamento dos associados do IPAM-SAÚDE.

Tabela 2. Alíquota contributiva do plano por faixas etárias

FAIXA ETÁRIA	ALÍQUOTA CONTRIBUTIVA*
0 a 18	9,01%
19 a 23	9,98%
24 a 28	14,38%
29 a 33	15,96%
34 a 38	18,30%
39 a 43	19,27%
44 a 48	21,37%
49 a 53	24,65%
54 a 58	31,79%
59 ou +	34,21%

*Incidente sobre o padrão 1

Tabela 3. Padrão salarial 1

PERÍODO	ALÍQUOTA CONTRIBUTIVA
set/25 a dez/25	R\$ 2.190,47
Jan/25 a jul/25	R\$ 2.158,1
jul/24 a dez/24	R\$ 2.109,79
abr/24 a jun/24	R\$ 2.087,87
Jan/24 a mar/24	R\$ 2.058,64
jan/23 a jun/23	R\$ 1.948,18
set/22 a dez/22	R\$ 1.877,04
jan/22 a ago/22	R\$ 1.840,24
jan/21 a dez/21	R\$ 1.672,03
dez/20 a out/20	R\$ 1.604,48

2.5. DAS COPARTICIPAÇÕES

A coparticipação consiste na responsabilidade financeira do segurado em custear diretamente uma parcela de suas despesas junto ao IPAM-SAÚDE. Este fator tem um comportamento fundamental dentro de um Plano de Saúde, neste caso Fundo de Assistência e Saúde, pois é capaz de moderar a utilização das coberturas.

Assim, como o valor de coparticipação pago pelo participante está diretamente ligado à quantidade de procedimentos utilizados, há uma forte tendência de eliminação das utilizações desnecessárias, culminando na redução dos gastos do IPAM-SAÚDE. Devido a esse fato a coparticipação também é chamada de fator moderador.

No IPAM-SAÚDE os níveis de coparticipação foram estabelecidos por tipo de procedimento culminando uma tabela com diversos itens. Além disso, os valores a título de coparticipação são pagos diretamente ao prestador de serviços.

3. BASE CADASTRAL E PERÍODO DE ANÁLISE

Para a obtenção da base cadastral recebemos dados exportados do sistema utilizado pelo IPAM-SAÚDE na gestão da operação de saúde, contemplando as informações referentes aos beneficiários titulares e seus respectivos dependentes, para a avaliação atuarial.

Tais dados referem-se ao **período de 01/2019 a 12/2025**, apresentando informações demográficas dos beneficiários, histórico contributivo, histórico de gastos de saúde e despesa administrativa, rentabilidade, patrimônio garantidor entre outras informações.

Foram encontradas **pequenas** divergências nas informações versus o demonstrado pela contabilidade, tais como variações nos montantes financeiros. Isso ocorre, principalmente, por conta de posicionamento de datas entre contabilidade e sistema, se caracterizando como um **comportamento normal**. Apesar do mencionado, o **nível de consistência da base de dados é extremamente elevado**.

O que garantiu, estatisticamente, 98% de confiabilidade para os dados enviados, patamar mais que suficiente para realização dos estudos em questão.

4. ESTATÍSTICAS

No presente capítulo são apresentadas as principais estatísticas dos atuais beneficiários do IPAM-SAÚDE, entre segurados titulares e respectivos dependentes.

Inicialmente cabe destacar que, a metodologia de contagem de beneficiários é chamada Exposição e indica por quanto tempo os mesmos ficam expostos aos riscos durante um determinado período. Entende-se por riscos, nesse caso, a possibilidade de utilização dos procedimentos de saúde cobertos.

Vale ressaltar que tal quantitativo não possui relação direta com o atual número de beneficiários do plano e sim com a permanência dele em qualquer período de tempo no intervalo analisado (2019 a 2025). A título de exemplificação, um participante que ficou vinculado ao plano durante 3 anos é considerado como 0,5 participante, pois ficou exposto apenas metade do tempo avaliado.

Essa mensuração da exposição aos riscos é de grande importância para fins de análise do custo médio per capita (Mensalidade de Risco), dada uma frequência de utilização média e um custo médio de cada procedimento.

4.1. ESTATÍSTICAS DE BENEFICIÁRIOS EXPOSTOS

Identificou-se, que o IPAM-SAÚDE possuiu 21.789 beneficiários expostos no período analisado (7 anos). Tal valor diverge da quantidade real de beneficiários pelos seguintes motivos:

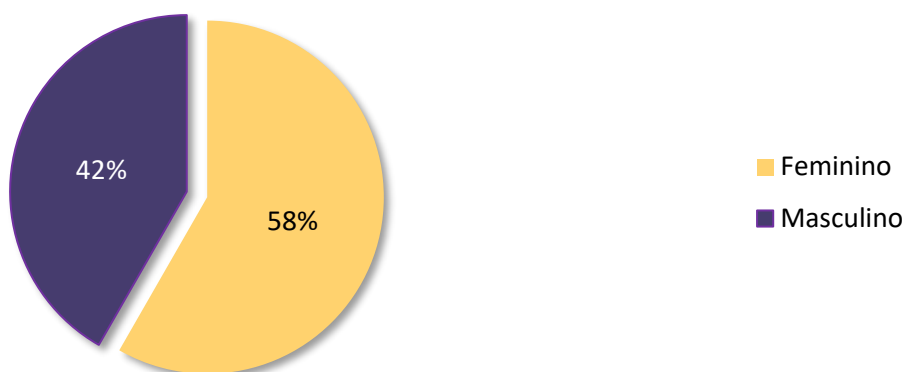
- A exposição é apurada através do Código do Usuário, o qual pode ser duplicado caso o servidor possua mais de um vínculo;
- Entra nessa contagem todos os servidores e dependentes que em algum momento dos 7 anos analisados transitaram pelo IPAM-SAÚDE, mesmo já tendo encerrado seu vínculo.

Apenas para fins comparativos, analisando apenas o último mês da base de dados e realizando uma contagem simples, encontramos em dezembro/25 um total de 22.644 beneficiários.

Tabela 4. Número de Expostos por Sexo

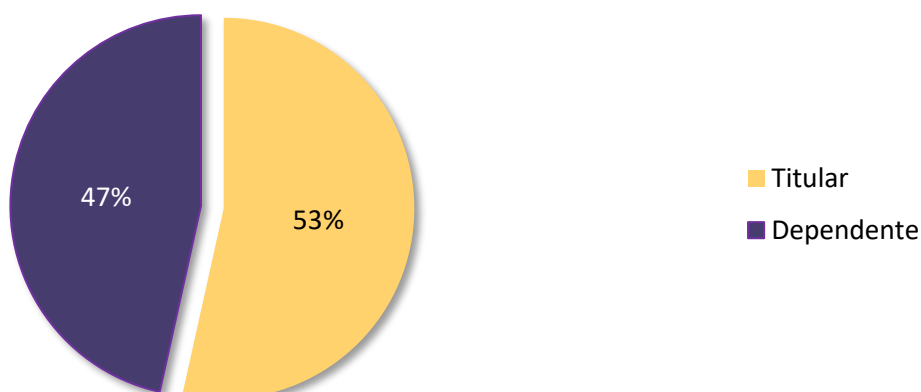
DESCRIÇÃO	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Titular	8.511	3.559	12.070
Dependente	4.690	5.885	10.575
Total	13.200	9.444	22.644

Gráfico 1. Distribuição dos expostos por sexo



Tem-se como normal neste tipo de Fundo que a quantidade de mulheres seja maior do que a de homens devido a quantidade de professoras existentes no município. Sabe-se que há uma tendência desse grupo vir a apresentar uma utilização mais elevada, fato que deve ser avaliado de maneira estratégica.

Gráfico 2. Distribuição dos expostos por titularidade



Pelas informações apresentadas, verificou-se ainda que o número de dependentes corresponde quase metade da massa total do plano, sendo essa informação de extrema importância quando se destaca que a **estruturação de receitas do Fundo por dependente inscrito não é paritária**, fato que pode gerar descasamentos financeiros na relação causal do custeio.

Gráfico 3. Pirâmide etária de beneficiários expostos por SEXO

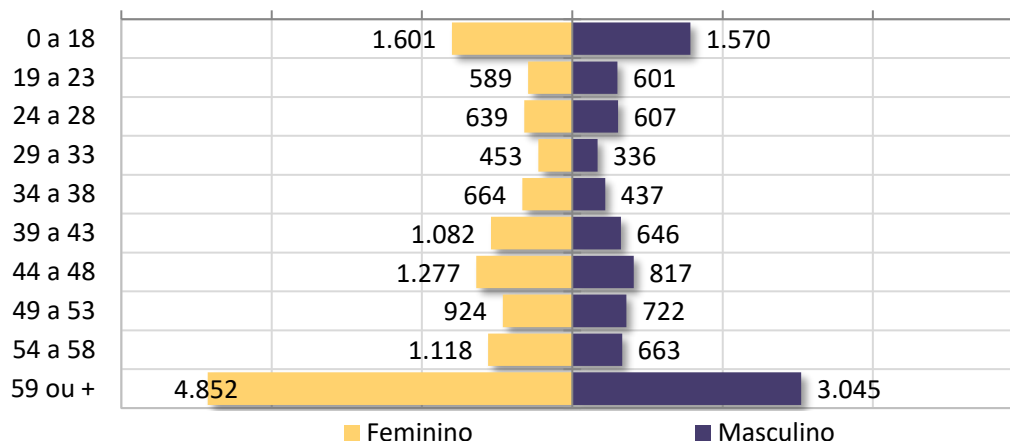
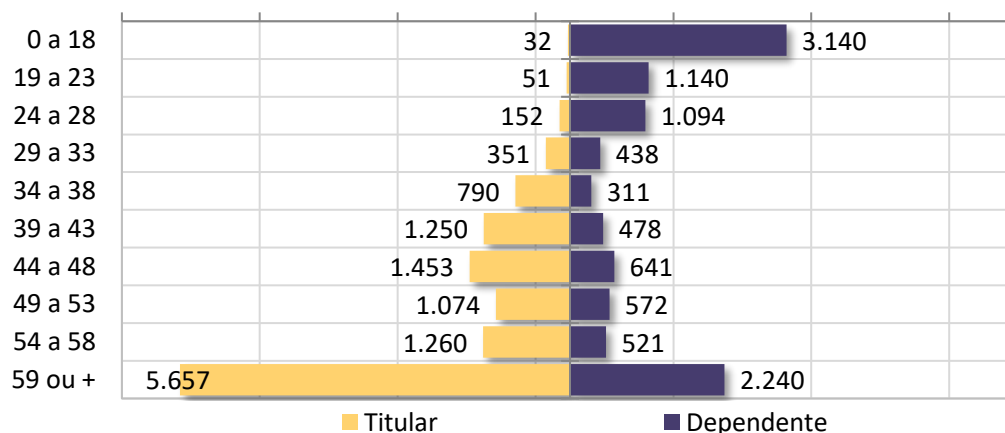


Gráfico 4. Pirâmide etária de beneficiários expostos por TITULARIDADE



Verifica-se, a partir dos Gráficos 3 e 4, que a massa de beneficiários do IPAM-Saúde apresenta concentração relevante nas faixas etárias de 0 a 18 anos e acima de 59 anos, grupos que, em regra, possuem maior frequência de utilização e maior severidade assistencial quando comparados às demais faixas etárias.

Sob a ótica da composição da carteira, observa-se também predominância de beneficiários titulares nas faixas etárias mais avançadas, especialmente acima de 59 anos, enquanto os dependentes concentram-se majoritariamente nas idades mais jovens, refletindo uma estrutura típica de mutualismo familiar.

Considerando que o modelo de custeio do Fundo é estruturado mediante aplicação de alíquota uniforme, sem diferenciação etária de contribuição, a sustentabilidade atuarial torna-se fortemente dependente do equilíbrio intergeracional da massa. Nesse contexto, a ampliação da participação de beneficiários nas faixas economicamente mais contributivas — especialmente entre 23 e 43 anos — tende a produzir efeitos positivos sobre o equilíbrio do Fundo, uma vez que tais grupos, em regra, apresentam menor custo assistencial relativo e maior capacidade de financiamento cruzado das demais faixas.

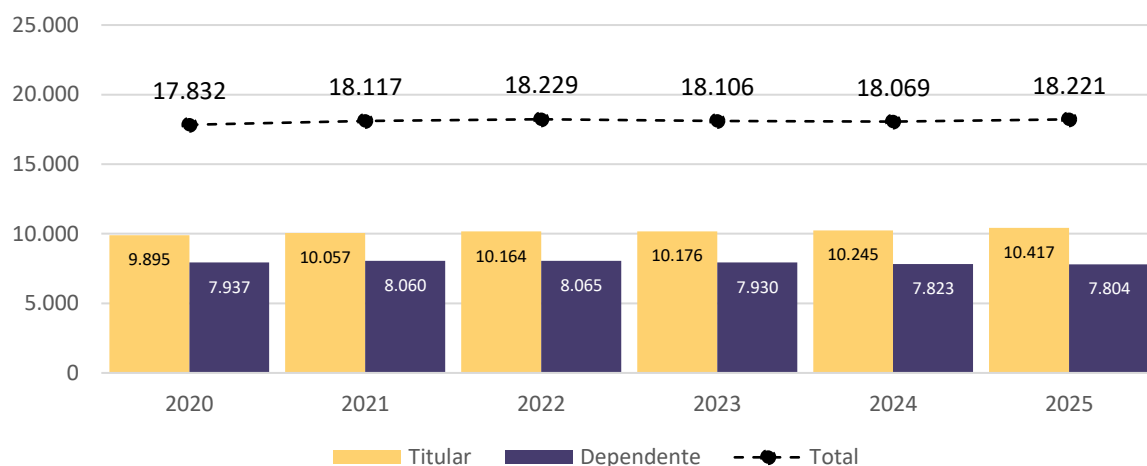
Adicionalmente, destaca-se que a solvência do IPAM-Saúde está diretamente associada à manutenção de uma base ampla e equilibrada de contribuintes ativos, capaz de diluir os custos assistenciais do grupo e preservar a lógica mutualista do modelo. Assim, políticas de adesão, retenção e rejuvenescimento da carteira configuram-se como elementos estratégicos relevantes para a sustentabilidade de longo prazo do Fundo.

4.2. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

Tabela 5. Evolução do Número médio de Beneficiários

ANO	TITULAR	DEPENDENTE	TOTAL	CRESCIMENTO
2019	9.664	7.848	17.511	---
2020	9.895	7.937	17.832	1,8%
2021	10.057	8.060	18.117	1,6%
2022	10.164	8.065	18.229	0,6%
2023	10.176	7.930	18.106	-0,7%
2024	10.245	7.823	18.069	-0,2%
2025	10.417	7.804	18.221	0,8%

Gráfico 5. Evolução do número de Beneficiários



Verificamos que nos últimos 7 anos houve um crescimento modesto na quantidade de beneficiários do fundo de 4,06%, demonstrando maturidade populacional da massa de segurados do IPAM-Saúde. Tal característica facilita a implantação de novas políticas no fundo, uma vez que favorece as estimativas comportamentais.

4.3. ESTATÍSTICAS DE DEPENDENTES

Atualmente, além do Ente Federativo, os titulares e dependentes contribuem para o Fundo por meio da aplicação de uma alíquota aos seus rendimentos. Não obstante, a contribuição dos

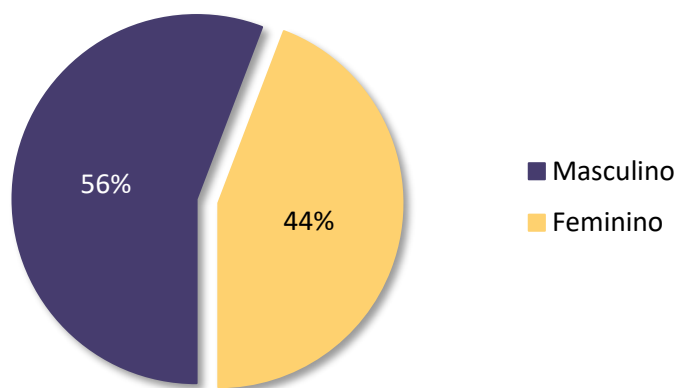
dependentes é inferior à dos titulares, sendo necessário o controle quantitativo e financeiro deste tipo de segurado, de modo a avaliar e garantir a saúde financeira do Fundo.

Desta forma, temos as seguintes análises:

Tabela 6. Distribuição de Dependentes por Sexo

DESCRIÇÃO	VALOR
Masculino	5.885
Feminino	4.690
Total	10.575

Gráfico 6. Distribuição dos Dependentes por Sexo

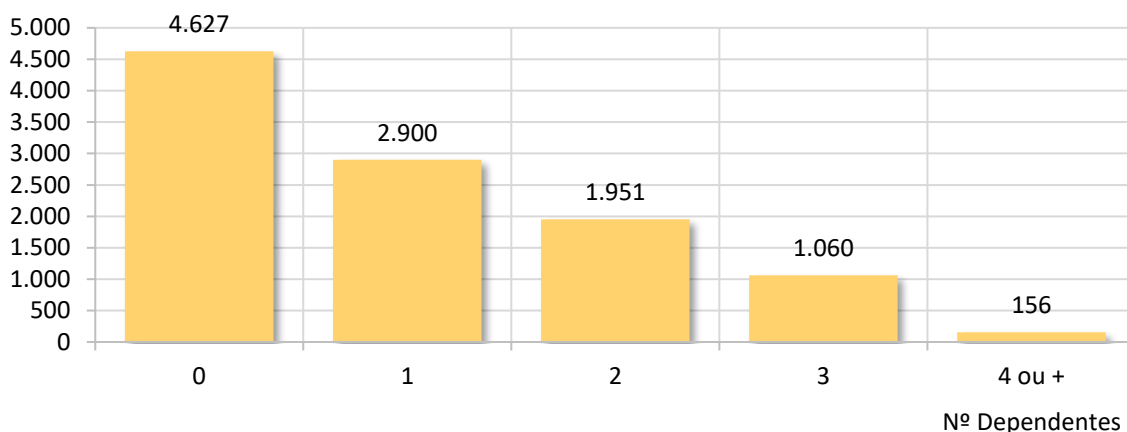


Verifica-se, que a quantidade de dependentes do sexo masculino foi superior a quantidade de mulheres. Comportamento normalmente observado em dependentes dos planos municipais, dado a predominância de mulheres como servidoras efetivas, principalmente na educação, e o consequente fato de seus cônjuges serem predominantemente homens.

Tabela 7. Número de dependentes na família

NÚMERO DE DEPENDENTES NA FAMÍLIA	QUANTIDADE	PROPORÇÃO
0	4.627	43,3%
1	2.900	27,1%
2	1.951	18,2%
3	1.060	9,9%
4 ou +	156	1,5%
Total	10.694 Famílias	100,0%

Gráfico 7. Quantidade de dependentes em cada Família



Conforme a **Tabela 7**, observa-se que **6.067 famílias (56% do total)** possuem ao menos um dependente. Nessas famílias, a **média de dependentes é 1,74**, com **máximo observado de 6**. Esse perfil reforça a necessidade de calibrar a **alíquota aplicada a dependentes**, evitando subsídios cruzados não intencionais e mitigando **seleção adversa por composição familiar**.

Sob a ótica atuarial, **cada vida exposta** representa risco ao plano **independentemente da titularidade**. Portanto, **não se recomenda diferenciação** entre contribuições de titulares e dependentes; a precificação deve ser **por vida**, preferencialmente **por faixa etária e/ou grupo de risco**, aplicável de forma isonômica a ambos.

5. AVALIAÇÃO ATUARIAL

A avaliação atuarial do **IPAM-SAÚDE** tem o intuito de aferir a relação entre receitas e despesas, de modo a estabelecer um equilíbrio atuarial em seu custeio.

Portanto, neste capítulo entenderemos a atual estrutura de custos do IPAM-SAÚDE, tanto do ponto de vista assistencial, que trata da utilização do plano, quanto do ponto de vista administrativo, trazendo ao final proposições para garantir o mencionado equilíbrio atuarial.

Para fins da Avaliação Atuarial do **IPAM-SAÚDE** adotou-se o regime financeiro de Repartição Simples, por meio do qual as receitas arrecadadas em um período devem ser suficientes para cobertura das despesas do mesmo período. Não há no referido regime a formação de reserva matemática para cobertura de custos futuros. Dessa forma, o objetivo principal é verificar se o plano de custeio é suficiente para cobertura das despesas de saúde e administrativas em um exercício.

Não obstante é de extrema importância a instituição da reserva técnica para oscilação de riscos, por meio da qual se poderá fazer a cobertura de eventuais despesas de saúde que extrapolem a normalidade.

A referida avaliação se deu por diferentes métodos de tarifação e foi segregada, para melhor entendimento, em *análise da saúde* e *análise financeiro-econômica*.

Inicialmente a análise da saúde foi desenvolvida para se avaliar a estrutura dos custos, a fim de se obter informações suficientes para traçar um diagnóstico aderente a real necessidade do Fundo.

A análise financeiro-econômica, por sua vez, foi desenvolvida para se avaliar indicadores importantes, tais como, beneficiários de alto custo, custos com despesas administrativas e a sinistralidade da carteira no período avaliado.

Por meio da análise da sinistralidade¹ é possível estabelecer o reajuste a ser aplicado sobre o custeio atual, visando a determinação do equilíbrio da carteira no curto prazo.

Tais métodos foram adotados com objetivo principal de avaliar a carteira de maneira geral e, em segundo plano, verificar a necessidade de um eventual reajuste no custeio. Não obstante, são análises que partem do pressuposto de que a distribuição de utilização e custos futuros será similar àquela observada no período avaliado.

Assim, é de extrema relevância uma avaliação periódica para que se tenha um diagnóstico contínuo da sustentabilidade do Fundo no longo prazo.

5.1. ANÁLISE DA SAÚDE

5.1.1. ANÁLISE DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS

Para realizar a análise de uma carteira de um Plano de Saúde (neste caso Fundo de assistência à Saúde), três dos principais indicadores gerenciais são: a Frequência de Utilização (FU), o Custo Médio do Procedimento (CMP) e Custo Per Capita também denominado Custo de Risco (CR). A avaliação desses indicadores é uma eficiente ferramenta para auxiliar os gestores do Fundo na tomada de decisão quanto às medidas que devem ser adotadas para instaurar o equilíbrio financeiro do mesmo no curto prazo.

Adicionalmente, pode-se ainda avaliar os referidos indicadores comparativamente aos fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para verificar o comportamento

¹ Vide Ferreira (2002) – Livro Modelos de Precificações e Ruína em Seguros de Curto Prazo.

estatístico-financeiro da massa de beneficiários do Fundo em relação ao conjunto de beneficiários da saúde suplementar.

A seguir, demonstraremos estatisticamente o resultado destas análises, com o intuito de quantificá-las e compará-las entre si.

Tabela 8. Frequência de Utilização

PROCEDIMENTO	ANS ₂₀₂₄	BASE	DIFERENÇA
CONSULTAS	5,50	3,72	-32,4%
EXAMES	22,90	20,44	-10,8%
TERAPIAS	1,30	4,23	225,3%
INTERNAÇÕES	0,18	2,39	1229,2%

Tabela 9. Custo médio por procedimento

PROCEDIMENTO	ANS ₂₀₂₄	BASE	DIFERENÇA
CONSULTAS	R\$128,15	R\$65,83	-48,6%
EXAMES	R\$45,67	R\$41,06	-10,1%
TERAPIAS	R\$437,07	R\$17,84	-95,9%
INTERNAÇÕES	R\$12.236,03	R\$728,78	-94,0%

Tabela 10. Análise do custo médio ao longo dos anos

ANO	CONSULTA	EXAME	MATERIAIS E MEDICAMENTOS
2019	R\$ 56,72	R\$ 39,90	R\$ 17,16
2020	R\$ 56,45	R\$ 40,19	R\$ 19,57
2021	R\$ 58,08	R\$ 41,13	R\$ 15,04
2022	R\$ 64,69	R\$ 41,38	R\$ 11,12
2023	R\$ 69,73	R\$ 40,67	R\$ 9,85
2024	R\$ 74,48	R\$ 41,25	R\$ 11,09
2025	R\$ 77,48	R\$ 42,46	R\$ 12,58

A seguir, demonstramos estatisticamente os resultados das análises apresentadas anteriormente, com o objetivo de quantificar os padrões de utilização observados no **IPAM-SAÚDE** e compará-los com os indicadores médios divulgados pela **ANS** para o mercado nacional de saúde suplementar.

No que se refere às **CONSULTAS**, observa-se que os beneficiários do IPAM-SAÚDE apresentam frequência média anual inferior ao padrão nacional apurado pela ANS, indicando comportamento assistencial relativamente menos intensivo nesse tipo de procedimento. Paralelamente, o custo médio observado permanece substancialmente inferior à média nacional. Ainda assim, verifica-se crescimento contínuo do custo médio histórico desse grupo no IPAM-SAÚDE, passando de **R\$ 56,72 em 2019 para R\$ 77,48 em 2025**, demonstrando tendência de elevação gradual das despesas ambulatoriais, possivelmente associada à inflação médica, reajustes da rede credenciada e maior complexidade assistencial.

Quanto aos **EXAMES**, verifica-se comportamento relativamente estável tanto em frequência quanto em custo médio ao longo da série histórica analisada. O custo médio variou de **R\$ 39,90 em 2019 para R\$ 42,46 em 2025**, indicando baixa volatilidade e relativa previsibilidade financeira desse grupo assistencial, mantendo-se inclusive abaixo dos referenciais médios observados no mercado nacional.

Em relação aos grupos de **MATERIAIS E MEDICAMENTOS**, observa-se redução relevante do custo médio histórico ao longo dos últimos anos, saindo de **R\$ 17,16 em 2019 para R\$ 12,58 em 2025**, comportamento que pode estar associado à revisão de protocolos, renegociações com fornecedores, alteração de rol assistencial ou reclassificações operacionais da despesa.

De maneira geral, os indicadores sugerem que, apesar de determinadas divergências metodológicas identificadas em alguns grupos assistenciais quando comparados aos referenciais da ANS, **o comportamento histórico do IPAM-SAÚDE apresenta estabilidade operacional e coerência evolutiva.**

Recomenda-se, contudo, o acompanhamento contínuo dessas métricas nos próximos ciclos atuariais, especialmente em razão da tendência de crescimento das despesas assistenciais ambulatoriais e da necessidade de aprimoramento contínuo da padronização das bases gerenciais e assistenciais utilizadas nas análises.

5.1.1.1. CUSTOS POR FAIXA ETÁRIA

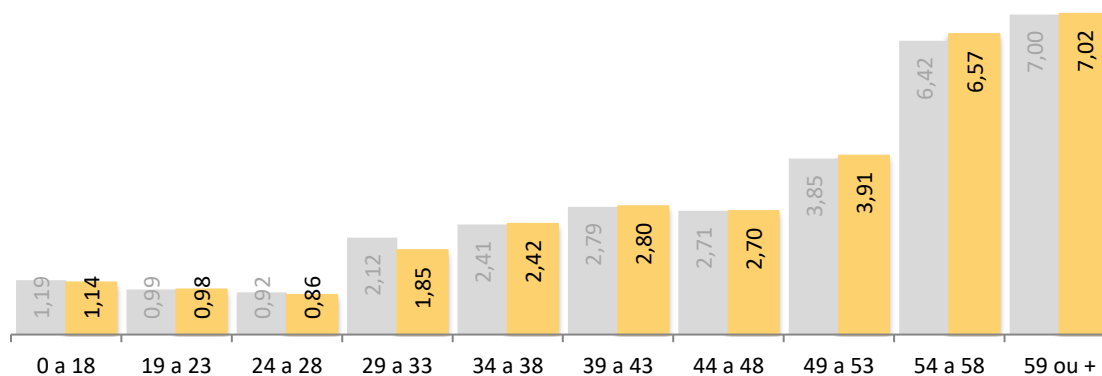
O **Custo Per Capita**, também denominado **Custo de Risco**, representa a despesa média anual gerada por cada beneficiário do plano. Trata-se de um indicador fundamental para a avaliação atuarial, pois permite mensurar a relação entre o perfil etário da massa assistida, a frequência de utilização dos serviços de saúde e o custo médio dos procedimentos realizados.

Em saúde suplementar, observa-se, em regra, forte correlação entre idade e custo assistencial. À medida que a idade dos beneficiários avança, tende a ocorrer aumento da utilização dos serviços de saúde e maior complexidade dos procedimentos demandados, refletindo diretamente no custo per capita do plano. Essa relação constitui uma das bases técnicas utilizadas para a precificação de produtos, definição de estruturas contributivas e acompanhamento da sustentabilidade econômico-financeira dos planos assistenciais.

A Tabela 11 apresenta o custo per capita bruto anual por faixa etária, considerando a utilização anual observada, o custo médio por procedimento e o respectivo custo anual estimado por beneficiário.

Tabela 11. Custo per capita por contrato

FAIXA ETÁRIA	UTILIZAÇÃO ANUAL	CUSTO POR PROCEDIMENTO	CUSTO PER CAPITA BRUTO - ANUAL
0 a 18 anos	28,15	R\$ 40,55	R\$ 1.141,55
19 a 23 anos	24,88	R\$ 39,50	R\$ 982,83
24 a 28 anos	18,85	R\$ 45,83	R\$ 864,07
29 a 33 anos	36,60	R\$ 50,42	R\$ 1.845,17
34 a 38 anos	49,94	R\$ 48,42	R\$ 2.417,82
39 a 43 anos	65,88	R\$ 42,56	R\$ 2.804,07
44 a 48 anos	56,71	R\$ 47,58	R\$ 2.698,30
49 a 53 anos	95,86	R\$ 40,81	R\$ 3.912,20
54 a 58 anos	163,92	R\$ 40,08	R\$ 6.569,67
59 anos ou +	157,64	R\$ 44,52	R\$ 7.017,18
Média	95,10	R\$ 43,67	R\$ 4.152,73

Gráfico 8. Custo per Capita Bruto - Anual


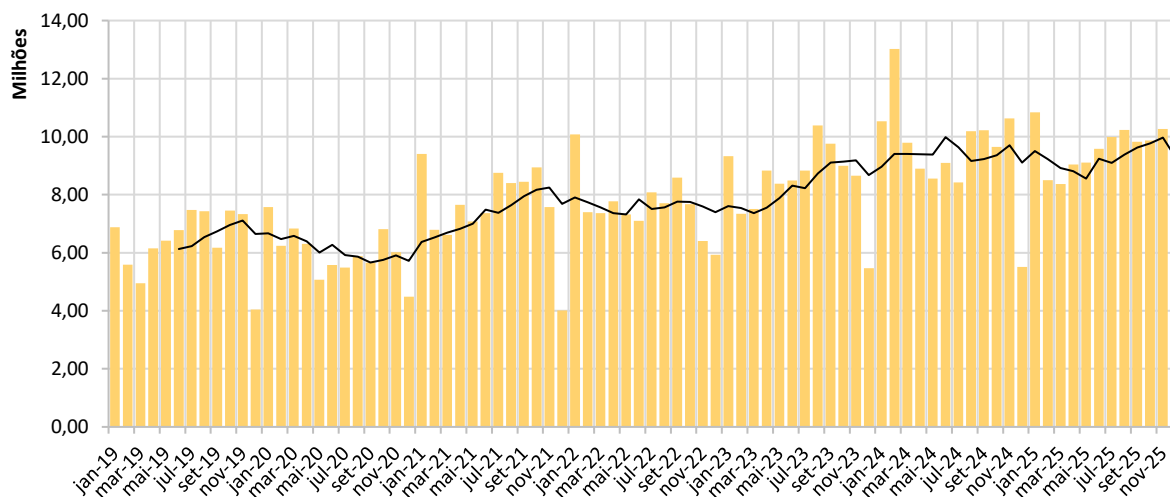
A análise dos resultados evidencia que o **custo do plano está diretamente associado à idade dos usuários**. De modo geral, quanto maior a faixa etária, **maior tende a ser a utilização anual** e, consequentemente, **mais elevado o custo per capita bruto**. Esse comportamento é especialmente observado nas faixas etárias mais avançadas, com destaque para os **beneficiários acima de 54 anos**, cuja despesa média anual se mostra significativamente superior à verificada nas faixas mais jovens.

O Gráfico 8 também permite comparar os resultados atuais com aqueles observados na avaliação atuarial anterior. As **barras cinzas** representam a avaliação anterior, enquanto as **barras amarelas** demonstram os resultados da massa analisada no presente estudo. Verifica-se que, de maneira geral, os custos per capita mantiveram **comportamento compatível entre os exercícios**, não sendo identificadas **alterações estruturais relevantes no padrão médio de utilização e custo assistencial da carteira**, ressalvados os **grupos de maior custo**, que serão objeto de análise específica ao longo deste relatório.

5.1.1.2. ANÁLISE DOS CUSTOS TOTAIS

A avaliação dos custos totais demonstra de maneira geral a dinâmica de funcionamento dos custos do IPAM-SAÚDE, através desta análise é possível obter o ticket médio do plano, bem como seu peso sobre a folha salarial. Não obstante avalia-se as oscilações mensais que tais custos podem apresentar.

Gráfico 9. Custo Assistencial Médio Mensal



A leitura do gráfico indica que o custo assistencial médio mensal do IPAM-SAÚDE apresenta trajetória geral de crescimento ao longo da série analisada, ainda que com oscilações mensais relevantes, compatíveis com a volatilidade esperada em despesas assistenciais. A partir de 2022, observa-se **maior convergência no comportamento intra-anual dos custos**, com níveis mensais mais consistentes e padrão sazonal relativamente semelhante entre os exercícios, sugerindo maior estabilidade operacional da carteira. Ainda assim, permanecem eventos pontuais de maior intensidade, que devem ser acompanhados de forma específica, especialmente para identificar se decorrem de casos isolados de alto custo, concentração de utilização em determinados períodos ou alterações no perfil assistencial dos beneficiários.

Tabela 12. Custo Médio

DESCRIÇÃO	2024	2025	Total
Usuários* ^{expostos}	18.069	18.221	18.221
Despesa Anual	R\$ 114.527.767,14	R\$ 111.128.342,80	R\$ 225.656.109,94
Despesa Mensal	R\$ 9.543.980,60	R\$ 9.260.695,23	R\$ 9.402.337,91
Custo Médio Unitário	R\$ 528,21	R\$ 508,24	R\$ 516,01
Folha Salarial	R\$ 69.523.364,94	R\$ 73.408.965,87	---
Peso Sobre a Folha	13,73%	12,62%	12,81%

A tabela anterior demonstra que as despesas assistenciais do IPAM-SAÚDE corresponderam, em média, a aproximadamente **R\$ 9,40 milhões por mês** no período analisado, totalizando **R\$ 225,66 milhões** entre 2024 e 2025. Observa-se, contudo, que a despesa anual apresentou **redução nominal de 3,0%** entre os exercícios, passando de **R\$ 114,53 milhões em 2024** para **R\$ 111,13 milhões em 2025**, movimento que também se refletiu no custo médio unitário, que reduziu de **R\$ 528,21** para **R\$ 508,24** por usuário exposto.

Em relação à folha salarial, as despesas assistenciais representaram **13,73% em 2024** e **12,62% em 2025**, com média de **12,81%** no biênio. Considerando as alíquotas vigentes de custeio, equivalentes a **13,7%** da folha salarial, verifica-se que o exercício de 2024 operou praticamente no ponto de equilíbrio, com leve insuficiência de **0,03 p.p.**, enquanto 2025 apresentou margem positiva aproximada de **1,08 p.p.** em relação ao parâmetro contributivo.

Esse comportamento indica melhora relativa da suficiência do custeio em 2025, decorrente da combinação entre **redução das despesas assistenciais, queda do custo médio unitário e crescimento da folha salarial**. Ainda assim, a margem técnica permanece sensível, pois pequenas variações na utilização, na frequência de eventos de alto custo ou nos reajustes da rede prestadora podem consumir rapidamente o espaço observado entre receitas contributivas e despesas assistenciais.

Ressalta-se que a comparação com a folha salarial constitui um indicador gerencial e didático, útil para avaliar a aderência geral do plano de custeio à dinâmica das despesas. No item 5.2.2, será analisada a **sinistralidade efetiva do IPAM-SAÚDE**, com o objetivo de avaliar de forma mais específica a suficiência do custeio frente às despesas assistenciais incorridas.

Dessa forma, embora **os indicadores de 2025 demonstrem melhora em relação ao exercício anterior**, permanece recomendável a **reavaliação periódica do plano de custeio do IPAM-SAÚDE**, considerando a natureza volátil da operação assistencial e o risco de desequilíbrios financeiros decorrentes de oscilações no perfil de utilização, envelhecimento da massa e ocorrência de eventos de alta severidade.

5.1.1.3. CUSTOS DOS TITULARES VERSUS DEPENDENTES

Atualmente a legislação do IPAM-SAÚDE prevê uma segregação contributiva entre titulares e dependentes, sendo que, para os dependentes a contribuição é significativamente inferior à dos titulares. Assim, a análise apresentada neste capítulo visa evidenciar as peculiaridades de cada grupo, demonstrando seus custos e necessidade contributiva.

Tabela 13. Custo Médio por Titular e Dependente

DESCRIÇÃO	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL
Usuários	9.712	8.509	18.221
Despesa Anual	R\$ 79.103.834,38	R\$ 32.024.508,42	R\$ 111.128.342,80
Despesa Mensal	R\$ 6.591.986,20	R\$ 2.668.709,04	R\$ 9.260.695,23
Custo Médio Unitário	R\$ 678,75	R\$ 313,63	R\$ 508,24
Folha Salarial	R\$ 73.408.965,87		
Peso Sobre a Folha	8,98%	3,64%	12,62%

Pela análise realizada, verifica-se que os **titulares** representam 9.712 beneficiários, correspondentes a **53,30% da massa exposta**, e concentram **R\$ 79,10 milhões** em despesas assistenciais anuais, equivalentes a **71,18% do custo total** do IPAM-SAÚDE em 2025. Em termos mensais, esse grupo representa despesa média de **R\$ 6,59 milhões**, com **custo médio unitário de R\$ 678,75**.

No caso dos **dependentes**, a despesa anual totalizou **R\$ 32,02 milhões**, equivalente a **28,82% das despesas assistenciais**, com despesa média mensal de **R\$ 2,67 milhões** e **custo médio unitário de R\$ 313,63**. Embora os dependentes representem **46,70% da massa de beneficiários**, seu peso financeiro é proporcionalmente menor, o que está associado, em grande medida, ao perfil etário mais jovem desse grupo.

Em relação à folha salarial, os custos assistenciais corresponderam a **8,98% para titulares** e **3,64% para dependentes**, totalizando **12,62% da folha**. Esses indicadores demonstram que o maior peso assistencial do plano permanece concentrado nos titulares, enquanto os dependentes, apesar de representarem parcela expressiva da população coberta, apresentam menor custo médio relativo.

Ainda assim, o acompanhamento da contribuição familiar permanece relevante, pois os dependentes respondem por quase **29% das despesas assistenciais totais**. Dessa forma, eventuais alterações no perfil etário, na quantidade de dependentes por titular ou no padrão de utilização desse grupo podem impactar a suficiência do custeio, especialmente em um modelo mutualista com contribuição vinculada à folha salarial.

Por fim, ressalta-se que o custo assistencial não decorre propriamente da condição de titular ou dependente, mas principalmente da **exposição ao risco etário e assistencial**. Como os dependentes possuem, em média, idade mais baixa, seus custos tendem a ser menores; contudo, dependentes em faixas etárias mais avançadas tendem a apresentar despesas equivalentes às dos titulares da mesma idade, reforçando a importância de monitoramento conjunto da titularidade, estrutura familiar e composição etária da massa.

5.1.1.4. CUSTO COMERCIAL

No item anterior identificou-se o *Custo de Risco*, que expressa em média quanto cada participante gastou no período analisado. Assim, tal indicador tem a capacidade de demonstrar qual seria o mínimo para que o plano consiga pagar seus gastos com saúde.

Contudo, com o mesmo intuito de manter tal equilíbrio e sabendo que oscilações advindas da própria natureza probabilística da matéria podem acarretar em desvios nos valores esperados, assim o *Custo de Risco* é acrescido de uma margem de segurança e passa a ser denominada de *Custo Puro*.

O custo puro pode ser assim calculado:

$$\text{Custo Puro} = \text{Custo de Risco} \times (1 + \theta)$$

Onde θ corresponde a uma margem de segurança estatística capaz de cobrir tais oscilações, observado um intervalo de confiança preestabelecido. Para o IPAM-SAÚDE, a margem de segurança estatística montou em 25% no período.

Contudo, somente o *Custo Puro* ainda não é suficiente para arcar com todos os gastos do Fundo, devendo este contemplar também as despesas indiretas com a prestação do serviço, conhecidas por *despesas administrativas*. Ao consideramos na análise estes custos o *Custo Puro* passa a ser chamado de *Custo Comercial*.

Assim, para obtenção do *Custo Comercial* aplica-se sobre o *Custo Puro* os índices de carregamento, conforme formulação a seguir:

$$\text{Custo Comercial} = \frac{\text{Custo Puro}}{(1 - \beta)}$$

Onde β representa o somatório dos índices de carregamento administrativos do custo. Desta forma, o *Custo Comercial* é responsável por garantir tanto o pagamento das despesas de saúde quanto das administrativas, caracterizando um cenário de equilíbrio atuarial, econômico e financeiro.

Os índices de carregamento considerados para o IPAM-SAÚDE equivalem aos níveis de despesas alheias ao custo com saúde, que montaram em **13%** nos últimos anos, seus detalhes estão dispostos no item 5.2.1.

Tabela 14. Apuração dos Custos do IPAM-SAÚDE

CUSTO	VALOR 2023	VALOR 2024	VALOR 2025
CUSTO DE RISCO	R\$ 250,30	R\$ 253,39	R\$ 252,11
CUSTO PURO	R\$ 239,80	R\$ 243,19	R\$ 242,39
CUSTO COMERCIAL	R\$ 266,44	R\$ 270,21	R\$ 269,32

A análise dos custos apurados pelo IPAM-SAÚDE revela que o custo médio por beneficiário, incluindo dependentes, foi de R\$ 269,32 em 2025, mantendo-se similar ao valor de R\$ 270,21

registrado em 2024. Esta estabilidade sugere que a estrutura de custos permaneceu essencialmente constante ao longo do ano.

Visando uma análise distribuída de maneira justa e equânime, bem como para evitar a seleção adversa de participantes, a ANS indica como aconselhável a distribuição do preço por faixa etária. Como não houve variação estrutural e comportamental significativa o valor da mensalidade de risco do IPAM-SAÚDE se mantém o mesmo do ano anterior, conforme tabela abaixo.

Tabela 15. Prêmio Comercial por Faixa Etária – IPAM-SAÚDE

FAIXA ETÁRIA	PRÊMIO COMERCIAL mensalidade
0 a 18 anos	R\$ 103,57
19 a 23 anos	R\$ 129,46
24 a 28 anos	R\$ 163,64
29 a 33 anos	R\$ 193,67
34 a 38 anos	R\$ 227,85
39 a 43 anos	R\$ 269,28
44 a 48 anos	R\$ 312,77
49 a 53 anos	R\$ 355,24
54 a 58 anos	R\$ 414,28
59 anos ou +	R\$ 532,35

5.1.2. BENEFICIÁRIOS DE ALTO CUSTO

Apesar de se tratar de um plano estruturado em regime de repartição simples, toda avaliação atuarial deve observar o princípio da **sustentabilidade do sistema no longo prazo**. Para tanto, a Ciência Atuarial utiliza a estatística como uma de suas principais ferramentas, buscando estabelecer um custeio suficiente para fazer frente às despesas de saúde, observada uma margem de segurança adequada.

Não obstante, quando se analisa um período delimitado de tempo, podem ocorrer despesas que se descolam de maneira significativa da média esperada. Trata-se dos **beneficiários de alto custo**, que concentram eventos assistenciais de maior severidade e podem gerar impactos relevantes sobre o equilíbrio financeiro do Fundo, especialmente quando recorrentes ou concentrados em curto intervalo de tempo.

Para mitigação dos riscos de insuficiência financeira ou de maior pressão sobre o caixa do Fundo, tais custos devem ser acompanhados de forma específica, seja por meio da constituição de **reserva técnica atuarialmente calculada**, seja pela avaliação de mecanismos complementares de proteção, como a contratação de seguro na modalidade **stop-loss**.

A seguir, são apresentados os 20 maiores custos observados no período de análise, bem como a respectiva evolução anual dos beneficiários de alto custo, permitindo avaliar não apenas o montante acumulado, mas também o comportamento desses eventos ao longo dos exercícios:

Tabela 16. Beneficiários de Alto Custo - 20 maiores

SEXO	IDADE	CUSTO ANUAL	CUSTO TOTAL (36 MESES)
M		600.180,42	3.601.082,50
F	72	575.896,00	3.455.375,97
F		510.658,01	3.063.948,08
F		508.392,80	3.050.356,77
M	69	431.426,51	2.588.559,03
M		429.873,42	2.579.240,52
F		346.557,80	2.079.346,77
F		311.404,33	1.868.426,00
F	68	288.760,52	1.732.563,10
F		287.840,97	1.727.045,79
F	67	270.295,76	1.621.774,53
F		262.825,80	1.576.954,82
M		247.737,69	1.486.426,16
F	43	242.673,73	1.456.042,38
M		233.853,98	1.403.123,89
M	78	228.138,18	1.368.829,09
F	63	226.494,45	1.358.966,67
M	84	224.262,40	1.345.574,41
M	61	201.235,05	1.207.410,32
M		200.651,32	1.203.907,94
---		6.629.159,12	39.774.954,74

Tabela 17. Alto Custo por titularidade

TITULARIDADE	N. PESSOAS	IDADE MÉDIA	CUSTO MÉDIO ANUAL	SOMA CUSTO PERÍODO
Dependente	3	78	1.168.669,62	7.012.017,69
Titular	17	66	5.460.489,51	32.762.937,05

Os **20 beneficiários com maiores despesas de saúde representam aproximadamente 0,1% da população exposta** e totalizaram **R\$ 39.774.954,74** no período analisado. Esse montante corresponde a aproximadamente **10% dos gastos totais do período**, evidenciando elevada concentração de despesas assistenciais em parcela extremamente reduzida da massa. Em termos práticos, é como se aproximadamente **um mês inteiro de despesas assistenciais do IPAM-SAÚDE** fosse consumido apenas por esse grupo de 20 usuários.

Tabela 18. Evolução anual dos Altos Custos – 3 anos

RANKING	2023			2024			2025		
	IDADE	SEXO	VALOR	IDADE	SEXO	VALOR	IDADE	SEXO	VALOR
1	67	M	R\$ 2.679.481,35	56	M	R\$ 1.813.890,57	67	F	R\$ 867.032,95
2	56	F	R\$ 1.933.545,29	61	M	R\$ 1.163.078,04	73	F	R\$ 861.084,44
3	60	M	R\$ 1.054.121,67	63	F	R\$ 1.144.868,70	61	F	R\$ 856.080,89
4	66	F	R\$ 809.442,11	67	F	R\$ 1.060.507,95	66	F	R\$ 852.794,84
5	91	M	R\$ 807.044,12	68	M	R\$ 871.982,65	54	F	R\$ 809.829,40
6	75	F	R\$ 764.924,70	---		R\$ 680.785,36	40	F	R\$ 757.225,02
7	72	M	R\$ 650.287,43	67	F	R\$ 613.570,26	79	M	R\$ 735.681,39
8	87	F	R\$ 624.487,76	76	F	R\$ 579.815,30	62	M	R\$ 721.226,29
9	66	M	R\$ 605.207,38	72	F	R\$ 577.656,40	70	F	R\$ 694.996,74
10	67	M	R\$ 603.433,69	59	M	R\$ 570.470,75	45	F	R\$ 673.089,92
11	44	F	R\$ 598.329,27	83	M	R\$ 569.504,17	54	F	R\$ 654.541,87

RANKING	2023			2024			2025		
	IDADE	SEXO	VALOR	IDADE	SEXO	VALOR	IDADE	SEXO	VALOR
12	81	F	R\$ 597.554,97	65	F	R\$ 561.396,55	61	F	R\$ 653.079,06
13	78	M	R\$ 595.048,00	68	M	R\$ 556.739,67	66	F	R\$ 642.893,71
14	62	F	R\$ 588.127,37	73	M	R\$ 528.324,92	73	F	R\$ 608.890,76
15	57	F	R\$ 549.724,42	78	M	R\$ 525.485,43	68	F	R\$ 598.093,52
16	71	F	R\$ 530.541,64	45	F	R\$ 524.362,82	76	F	R\$ 591.938,95
17	66	F	R\$ 529.067,51	42	F	R\$ 513.071,42	78	F	R\$ 586.228,97
18	77	M	R\$ 504.213,66	52	F	R\$ 503.884,35	68	F	R\$ 545.658,74
19	56	F	R\$ 491.782,34	56	F	R\$ 500.265,33	83	F	R\$ 545.454,81
20	80	F	R\$ 392.829,66	55	F	R\$ 489.647,85	67	F	R\$ 536.286,12
TOTAL	---	---	R\$ 15.909.194,34	---	---	R\$ 14.349.308,49	---	---	R\$ 13.792.108,39
MÉDIA	69	---	R\$ 795.459,72	63	---	R\$ 717.465,42	66	---	R\$ 689.605,42

A análise anual dos beneficiários de alto custo demonstra trajetória de **redução do valor concentrado entre os 20 maiores gastadores**, passando de **R\$ 15,91 milhões em 2023** para **R\$ 14,35 milhões em 2024** e **R\$ 13,79 milhões em 2025**. Na mesma linha, observa-se **redução do custo médio individual** desses beneficiários, de **R\$ 795,46 mil em 2023** para **R\$ 717,47 mil em 2024** e **R\$ 689,61 mil em 2025**, o que sugere menor intensidade média dos eventos extremos ao longo da série recente.

Apesar da redução observada, os valores permanecem materialmente relevantes para a dinâmica financeira do Fundo, especialmente por se tratar de despesas concentradas em grupo extremamente reduzido da população exposta. Ressalte-se que, mesmo em 2025, cada um dos 20 maiores usuários gerou, em média, despesa próxima de **R\$ 690 mil no ano**, valor significativamente superior ao custo médio ordinário da carteira.

Observa-se, ainda, que a idade média dos beneficiários de alto custo permaneceu elevada nos três exercícios analisados, correspondendo a **69 anos em 2023**, **63 anos em 2024** e **66 anos em 2025**. Esse comportamento reforça a relação entre **envelhecimento da massa**, maior severidade assistencial e elevação do risco financeiro. Ainda assim, a presença de beneficiários em idades inferiores, inclusive abaixo de 50 anos, demonstra que os eventos de alta severidade não decorrem exclusivamente da idade, podendo estar associados a condições clínicas específicas, internações prolongadas, terapias continuadas ou tratamentos de maior complexidade.

Dessa forma, a inclusão da evolução anual dos altos custos evidencia que, embora tenha havido melhora relativa entre 2023 e 2025, os eventos extremos continuam sendo um dos principais fatores de volatilidade do IPAM-SAÚDE, exigindo acompanhamento gerencial específico, auditoria assistencial dos casos de maior impacto e avaliação periódica da necessidade de **constituição de reserva técnica** ou contratação de mecanismo de proteção financeira, como seguro na modalidade stop-loss.

5.1.3. FAC - FUNDO DE ALTO CUSTO

O Fundo de Alto Custo (FAC) é uma reserva monetária com a finalidade específica de mitigar os impactos financeiros decorrentes de oscilações imprevistas e elevados dispêndios associados a

eventos de alto custo dentro do plano de saúde. A criação desse fundo é essencial para assegurar a estabilidade financeira do IPAM-SAÚDE, proporcionando uma margem de segurança contra a volatilidade inerente a tais eventos.

Para calcular o FAC de maneira adequada, será empregada a técnica estatística de intervalo de confiança, utilizando um nível de confiança de 95%. Esse método permitirá estimar com precisão a reserva necessária para cobrir os custos inesperados, garantindo que o fundo esteja preparado para atender às demandas financeiras impostas por esses eventos.

$$FAC = \frac{\mu \pm 1,96 \times \frac{\sigma}{\sqrt{20}}}{n_anos} \times ANP$$

Onde:

- μ = Média dos 20 maiores alto custos do período;
- **ANP** = Agravo com base no total de participantes versus 20 maiores alto custos;
- σ = Desvio padrão dos 20 maiores alto custos do período; e
- **n_anos** = Número de anos no período de extração dos alto custos.

Assim, estima-se que, o valor do FAC do IPAM-Saúde, deve estar sempre entre:

Tabela 19. Valor do Fundo de Alto custo

Intervalo	Valor do FAC
Mínimo	R\$ 9.256.119,42
Máximo	R\$ 13.801.741,53

Embora o IPAM-SAÚDE possua posição patrimonial relevante, atualmente não se identifica segregação formal de recursos com finalidade específica para cobertura dos eventos de alto custo. Nesse contexto, recomenda-se que a constituição do FAC seja avaliada no curto prazo, ainda que de forma gradual, de modo a fortalecer a governança financeira do Fundo e assegurar que parte dos recursos esteja previamente destinada à absorção de despesas extraordinárias, sem comprometer a operação assistencial ordinária.

Contudo, vale ressaltar que mirar em sua constituição no curto prazo, mesmo que de maneira gradual, contribuirá para a solidez do plano, ao passo que assegura que os recursos estejam disponíveis para cobrir despesas extraordinárias, sem comprometer a sustentabilidade do IPAM-SAÚDE. A constituição e manutenção desse fundo devem ser monitoradas periodicamente, para que ele continue a cumprir sua função de maneira eficiente.

5.2. ANÁLISE FINANCEIRO-ECONÔMICA

A análise financeiro-econômica foi elaborada, principalmente, por meio da avaliação da sinistralidade da carteira no período estudado. Não obstante, anteriormente à referida avaliação, foi necessário estudar as despesas administrativas para se verificar, do montante de receitas do Fundo, qual o percentual ideal a ser destinado à cobertura dos custos administrativos do IPAM-SAÚDE.

Apurado esse percentual, é verificada a sinistralidade máxima a que o custeio atual pode ser submetido para que não se tenha um exercício financeiro deficitário.

5.2.1. DESPESAS ADMINISTRATIVAS (DADM)

Inicialmente, cabe destacar que as despesas inerentes à prestação do serviço médico-hospitalar são basicamente segregadas entre Despesas de Saúde (custo gerado pela utilização dos procedimentos cobertos) e Despesas Administrativas (despesas com pessoal, imóveis, tributos, água, luz, telefone etc.). Essas últimas, por sua vez, não demonstram relação direta com a frequência de utilização do produto comercializado e sim com toda a infraestrutura administrativa e comercial por trás das atividades do Fundo.

Tabela 20. Despesas administrativas - DAdm (Últimos 3 anos)

MÊS	RECEITA COM MENSALIDADE	DESPESAS ADMINISTRATIVAS	DADM %
Anos Anteriores	576.090.796,09	65.775.900,46	11,42%
jan-25	8.178.859,30	967.664,06	11,83%
fev-25	9.305.781,13	911.432,79	9,79%
mar-25	8.960.399,82	843.137,49	9,41%
abr-25	9.957.300,40	842.949,24	8,47%
mai-25	10.116.818,96	917.332,86	9,07%
jun-25	10.139.762,73	889.749,69	8,77%
jul-25	11.218.432,57	987.133,70	8,80%
ago-25	9.508.802,50	864.550,25	9,09%
set-25	9.932.427,48	949.592,06	9,56%
out-25	10.295.373,63	886.055,87	8,61%
nov-25	10.441.316,50	990.260,98	9,48%
dez-25	13.420.522,09	1.128.259,01	8,41%
Últimos 12 Meses	121.475.797,11	11.178.118,00	9,20%
Total	697.566.593,20	76.954.018,46	11,03%

De acordo com o histórico financeiro, as despesas administrativas do IPAM-SAÚDE apresentaram, nos últimos 12 meses, participação média de **9,20%** sobre a receita com mensalidades, totalizando aproximadamente **R\$ 11,18 milhões**. **Esse percentual mostra-se inferior ao observado nos anos anteriores, cuja média foi de 11,42%**, indicando melhora relativa na relação entre receitas e despesas administrativas, possivelmente decorrente de maior eficiência operacional ou da diluição dos custos administrativos frente ao crescimento da arrecadação.

A análise mensal de 2025 evidencia oscilações pontuais, com percentuais variando entre **8,41% e 11,83%**. Ainda assim, observa-se que a maior parte dos meses permaneceu abaixo de 10%, sugerindo estabilização das despesas administrativas em patamar inferior à média histórica do Fundo. No acumulado total da série analisada, a DADM correspondeu a **11,03%** da receita com mensalidades, reforçando que o comportamento recente tem sido mais favorável do que o histórico consolidado.

Não obstante, para fins atuariais e em observância ao princípio da prudência, recomenda-se manter parâmetro conservador para cobertura das despesas administrativas. Assim, a adoção de **13% da receita com mensalidades** permanece adequada como referência técnica, pois incorpora margem de segurança frente a possíveis recomposições futuras de custos, eventos não recorrentes ou oscilações administrativas não capturadas integralmente no período recente.

5.2.2. SINISTRALIDADE

Identificado o percentual relativo às despesas administrativas de **13%** em relação às receitas com mensalidade, apura-se, complementarmente, o montante de despesas assistenciais que o IPAM-SAÚDE tem capacidade de suportar sem comprometer o equilíbrio financeiro do Fundo. Por relação direta, se 13% da receita deve ser destinado à cobertura das despesas administrativas, a **sinistralidade meta** corresponde aos **87% restantes**, representando, em tese, o limite máximo da receita disponível para pagamento das despesas de saúde.

Tabela 21. Distribuição da Sinistralidade

MÊS	RECEITA COM CONTRIBUIÇÃO	DESPESA DA SAÚDE	COPART.	SINISTRALIDADE
Anos Anteriores	457.557.769,81	433.049.923,03	64.897.855,35	80,46%
jan-24	9.992.048,05	10.533.366,23	1.323.275,88	92,17%
fev-24	8.455.036,84	13.018.345,85	612.670,85	146,73%
mar-24	8.651.546,30	9.795.803,02	1.598.398,49	94,75%
abr-24	9.413.300,97	8.894.935,73	1.461.665,23	78,97%
mai-24	9.617.200,82	8.558.519,53	1.409.576,00	74,33%
jun-24	9.690.998,27	9.097.883,13	1.468.769,04	78,72%
jul-24	10.653.305,19	8.428.626,04	1.506.551,31	64,98%
ago-24	8.980.630,02	10.188.787,97	1.395.009,93	97,92%
set-24	9.801.003,77	10.220.403,69	1.512.699,47	88,85%
out-24	10.023.295,07	9.652.367,23	1.563.617,83	80,70%
nov-24	9.535.508,85	10.626.424,32	1.508.944,99	95,62%
dez-24	13.420.522,09	5.512.304,40	2.570.359,36	21,92%
jan-25	8.178.859,30	10.835.575,27	456.810,37	126,90%
fev-25	9.305.781,13	8.502.074,53	1.330.386,40	77,07%
mar-25	8.960.399,82	8.364.529,17	1.457.936,33	77,08%
abr-25	9.957.300,40	9.038.876,86	1.516.976,34	75,54%
mai-25	10.116.818,96	9.101.676,28	1.500.228,04	75,14%
jun-25	10.139.762,73	9.585.223,05	1.539.469,02	79,35%
jul-25	11.218.432,57	9.987.455,86	1.586.679,32	74,88%
ago-25	9.508.802,50	10.236.655,28	1.514.542,42	91,73%
set-25	9.932.427,48	9.829.385,77	1.609.631,55	82,76%

MÊS	RECEITA COM CONTRIBUIÇÃO	DESPESA DA SAÚDE	COPART.	SINISTRALIDADE
out-25	10.295.373,63	9.873.146,79	1.625.254,64	80,11%
nov-25	10.441.316,50	10.261.439,54	1.639.043,68	82,58%
dez-25	13.420.522,09	5.512.304,40	2.570.359,36	21,92%
Últimos 12 meses	121.475.797,11	111.128.342,80	18.347.317,47	76,38%
Total	697.267.963,16	658.706.032,97	101.176.711,20	79,96%

Nos últimos 12 meses, as despesas assistenciais totalizaram **R\$ 111,13 milhões**, enquanto a receita com contribuições alcançou **R\$ 121,48 milhões**. Considerada a coparticipação dos beneficiários, no montante de **R\$ 18,35 milhões**, a sinistralidade do período foi de **76,38%**, patamar inferior à meta de 87% e mais confortável em relação aos exercícios anteriores. Esse resultado indica melhora relevante da suficiência financeira do plano no exercício de 2025, especialmente quando comparado a 2023 e 2024, anos em que a sinistralidade se manteve em níveis mais pressionados.

Tabela 22. Sinistralidade anual

MÊS	RECEITA COM CONTRIBUIÇÃO	DESPESA DA SAÚDE	COPART.	SINISTRALIDADE
2019	78.854.057,99	76.679.196,15	11.785.280,49	82,30%
2020	85.193.536,93	71.955.062,57	10.884.440,99	71,68%
2021	91.123.995,74	91.026.316,43	12.789.980,92	85,86%
2022	101.964.291,78	91.420.037,94	14.395.319,40	75,54%
2023	100.421.887,37	101.969.309,94	15.042.833,55	86,56%
2024	118.234.396,24	114.527.767,14	17.931.538,38	81,70%
2025	121.475.797,11	111.128.342,80	18.347.317,47	76,38%
TOTAL	697.267.963,16	658.706.032,97	101.176.711,20	79,96%

A análise anual demonstra que a sinistralidade apresentou oscilações relevantes ao longo da série, variando de **71,68% em 2020** a **86,56% em 2023**. Em 2025, contudo, observa-se redução para **76,38%**, abaixo do resultado de **81,70% registrado em 2024** e também inferior à média acumulada da série, que corresponde a **79,96%**. Esse comportamento sinaliza melhora no equilíbrio entre receitas, coparticipações e despesas assistenciais, reduzindo, no período recente, a necessidade de utilização das reservas financeiras para sustentação da operação.

Vale destacar que a coparticipação continua exercendo papel relevante na mitigação das despesas assistenciais. Em 2025, o valor arrecadado com coparticipação correspondeu a aproximadamente **16,5% da despesa bruta de saúde**, contribuindo diretamente para a redução da sinistralidade líquida do Fundo. Assim, além da evolução da receita contributiva, a manutenção de mecanismos adequados de coparticipação se mostra relevante para preservar o equilíbrio econômico-financeiro do IPAM-SAÚDE.

Gráfico 10. Fluxo regressivo das receitas e despesas de saúde

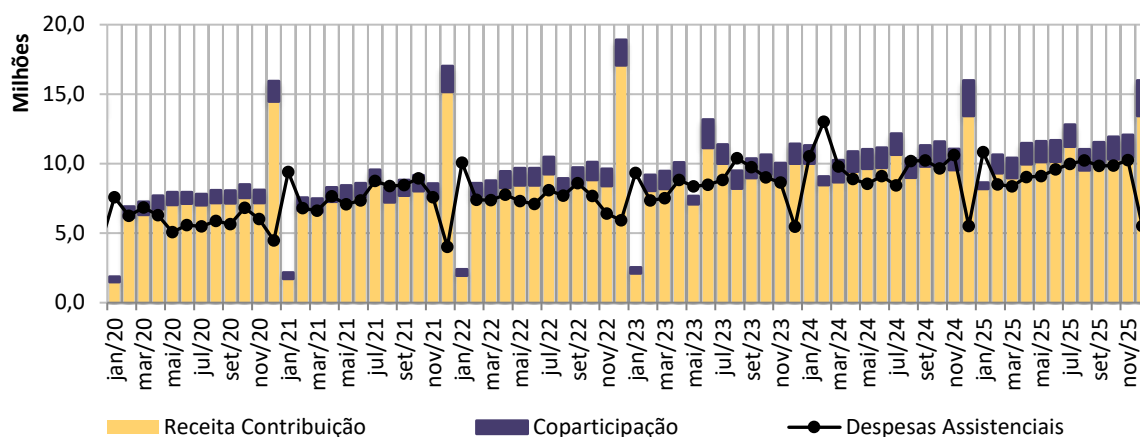
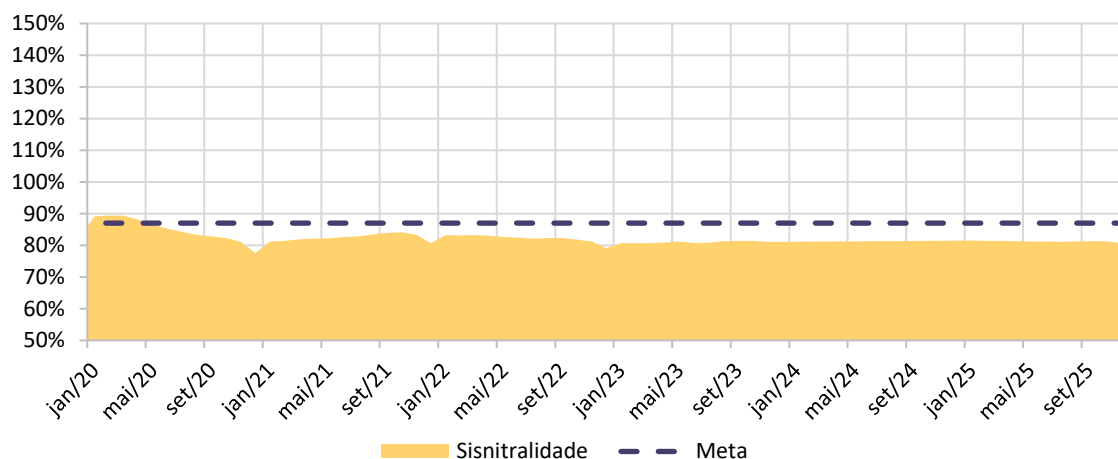


Gráfico 11. Sinistralidade vs. Meta



A partir das tabelas e gráficos apresentados, verifica-se que a sinistralidade do Fundo permanece, de forma acumulada, em patamar compatível com a meta atuarial estabelecida. Embora alguns exercícios tenham se aproximado do limite técnico, especialmente 2021, 2023 e 2024, **o resultado de 2025 demonstra melhora importante do indicador**. Ainda assim, por se tratar de operação sujeita à volatilidade assistencial, envelhecimento da massa e ocorrência de eventos de alto custo, recomenda-se o monitoramento contínuo da sinistralidade, com reavaliação periódica do plano de custeio e das estratégias de controle assistencial.

5.2.3. EVOLUÇÃO DO PATRIMÔNIO FINANCEIRO DO FUNDO

O IPAM-SAÚDE encerrou o exercício de 2025 com patrimônio financeiro de aproximadamente **R\$ 153,96 milhões**, valor que representa posição patrimonial relevante frente ao volume atual de despesas assistenciais do Fundo. Considerando a despesa média mensal observada em 2025, de aproximadamente **R\$ 9,26 milhões**, esse montante equivale a cerca de **16,6 meses de despesas**

assistenciais, evidenciando capacidade financeira para absorver oscilações de curto e médio prazo na utilização dos serviços de saúde.

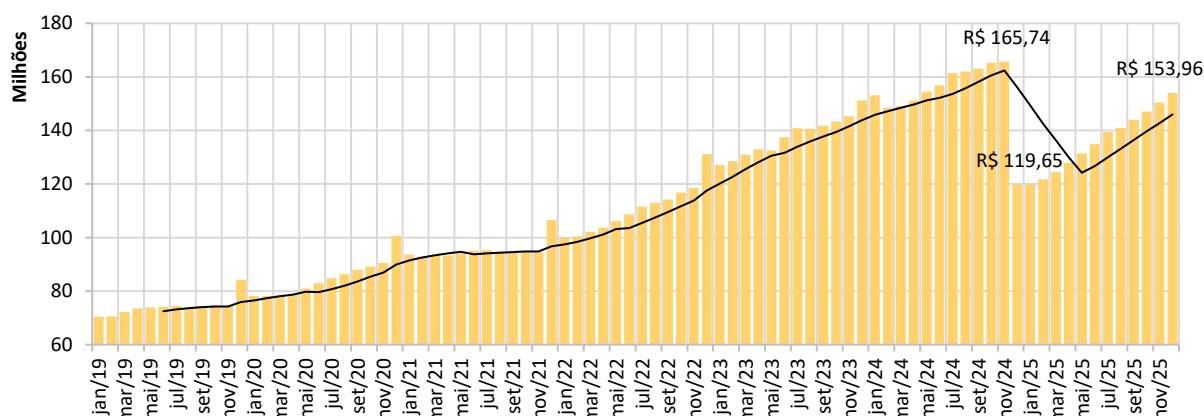
Tabela 23. Evolução do Ativo Financeiro por ano

ANO	ATIVO FINANCEIRO	VARIAÇÃO
2019	84.121.751,65	---
2020	100.719.956,21	19,7%
2021	106.500.985,48	5,7%
2022	131.138.362,81	23,1%
2023	151.224.102,37	15,3%
2024	119.651.819,46	-20,9%
2025	153.963.807,43	28,7%

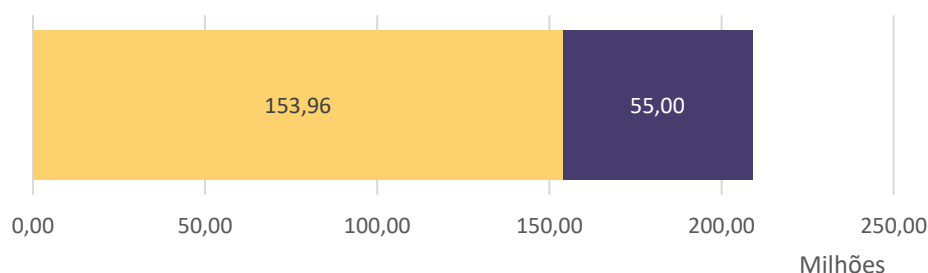
A análise histórica demonstra que o ativo financeiro apresentou crescimento expressivo entre 2019 e 2025, passando de **R\$ 84,12 milhões** para **R\$ 153,96 milhões**, o que representa evolução acumulada de aproximadamente **83,0%** no período. Entre 2019 e 2023, observa-se trajetória contínua de crescimento patrimonial, impulsionada pela combinação entre resultados operacionais positivos e rentabilidade das aplicações financeiras. Em novembro de 2024, contudo, verifica-se redução relevante do patrimônio, decorrente da **segregação de aproximadamente R\$ 55,00 milhões em reserva de contingência judicial**, movimento que explica a queda observada no encerramento daquele exercício.

Dessa forma, a redução do ativo financeiro em 2024, de **R\$ 151,22 milhões em 2023** para **R\$ 119,65 milhões**, não deve ser interpretada como deterioração estrutural da operação assistencial, mas como reflexo da segregação patrimonial realizada para cobertura de contingência judicial. Trata-se, portanto, de medida prudencial e de governança financeira, que retirou do patrimônio disponível para a assistência à saúde parcela dos recursos comprometida com obrigação judicial de baixa perspectiva de reversão.

Em 2025, o patrimônio financeiro voltou a apresentar crescimento expressivo, alcançando **R\$ 153,96 milhões**, o que representa elevação de **28,7%** em relação a 2024 e recomposição para patamar superior ao observado em 2023. Esse movimento é positivo, pois demonstra que, mesmo após a segregação judicial realizada no exercício anterior, o Fundo preservou capacidade de recomposição patrimonial e manteve trajetória favorável de solvência.

Gráfico 12. Evolução do Patrimônio do Fundo


O Gráfico anterior evidencia essa dinâmica de forma clara, demonstrando a expansão patrimonial ao longo da série, a redução pontual observada em novembro de 2024 em razão da constituição da reserva de contingência judicial, e a posterior recomposição ao longo de 2025. Essa recuperação reforça a robustez financeira do IPAM-SAÚDE, indicando que o Fundo mantém capacidade relevante para absorver oscilações assistenciais e eventos de maior severidade.

Gráfico 13. Proporção patrimônio e reserva de contingência Judicial


O Gráfico anterior apresenta a proporção entre o patrimônio financeiro do Fundo, de **R\$ 153,96 milhões**, e a **reserva de contingência judicial já segregada**, no montante de **R\$ 55,00 milhões**. Considerando ambos os valores, observa-se que o IPAM-SAÚDE possui estrutura patrimonial total de aproximadamente **R\$ 208,96 milhões**, dos quais **R\$ 153,96 milhões** permanecem vinculados à operação assistencial e **R\$ 55,00 milhões** encontram-se segregados para cobertura da contingência judicial.

Sob a ótica atuarial, esse nível patrimonial confere segurança relevante ao IPAM-SAÚDE. Mesmo desconsiderando a reserva judicial, o patrimônio disponível para a operação assistencial equivale a aproximadamente **16,6 meses de despesas médias de saúde**, considerando o padrão observado em 2025. Tal condição demonstra margem financeira confortável para enfrentamento de oscilações na sinistralidade, eventos de alto custo e eventuais descasamentos temporários entre receitas e despesas.

Dessa forma, conclui-se que a **posição patrimonial atual do IPAM-SAÚDE é favorável e demonstra boa capacidade de sustentação financeira**. A segregação da contingência judicial em 2024 qualificou a leitura patrimonial do Fundo, ao separar recursos comprometidos daqueles efetivamente disponíveis para a assistência à saúde. Nesse contexto, entende-se oportuno avançar na criação de reservas financeiras com finalidade específica, especialmente um **Fundo de Alto Custo**, conforme mencionado no item 5.1.2, reforçando a governança financeira, a previsibilidade orçamentária e a sustentabilidade de longo prazo do IPAM-SAÚDE.

5.2.4. REAJUSTE PELA SINISTRALIDADE

Tabela 24. Análise da Necessidade de Elevação das Receitas

DESCRIÇÃO	2024	2025	Total
% de Desp. Administrativas	13,00%	13,00%	13,00%
Sinistralidade Meta	87,00%	87,00%	87,00%
Sinistralidade Atual	81,70%	76,38%	79,96%
Reajuste Necessário	0,00%	0,00%	0,00%

A Tabela anterior demonstra que, considerando a adoção de **13,00% da receita para cobertura das despesas administrativas**, a **sinistralidade meta** do IPAM-SAÚDE corresponde a **87,00%**. Esse percentual representa o limite técnico máximo de despesas assistenciais em relação às receitas, sem que haja comprometimento do equilíbrio financeiro ordinário do Fundo.

No exercício de **2024**, a sinistralidade observada foi de **81,70%**, permanecendo abaixo da meta estabelecida. Em **2025**, o indicador apresentou melhora adicional, alcançando **76,38%**, reflexo da combinação entre controle das despesas assistenciais, manutenção da arrecadação e participação relevante da coparticipação na mitigação dos custos. No acumulado da série analisada, a sinistralidade total foi de **79,96%**, também inferior ao limite técnico de **87,00%**.

Dessa forma, a análise indica que **não há necessidade de recomposição das receitas por meio de reajuste atuarial pela sinistralidade**, uma vez que os resultados observados se encontram abaixo da meta de equilíbrio estabelecida para o Fundo. Assim, a recomendação técnica é pela **manutenção da atual estrutura de custeio**, sem aplicação de reajuste adicional específico decorrente da sinistralidade neste momento.

Não obstante, ainda que o resultado atual seja favorável, recomenda-se a manutenção do **monitoramento contínuo da sinistralidade**, especialmente em razão da volatilidade própria das despesas assistenciais, do envelhecimento da massa e da ocorrência de beneficiários de alto custo. Caso os indicadores voltem a se aproximar de forma recorrente da meta de 87,00%, será necessário

reavaliar a suficiência do custeio, de modo a preservar o equilíbrio financeiro e a sustentabilidade de longo prazo do IPAM-SAÚDE.

6. PROJEÇÕES E SOLVÊNCIA

Do ponto de vista econômico-atuarial, um Plano de Saúde (bem como suas variações) é solvente quando está em condições de fazer frente as suas obrigações correntes e de longo prazo, apresentando uma situação patrimonial que garanta sua sustentabilidade e evitando um processo conhecido como ruína.

Para se avaliar a solvência do IPAM-SAÚDE no longo prazo, foi necessário efetuar projeções atuariais, por meio das quais se estimou o ingresso de recursos com contribuições e rentabilidade do patrimônio e gastos com despesas de saúde e administrativas. Para tanto, projetou-se a massa dos atuais beneficiários no tempo, utilizando-se uma tábua de mortalidade.

Para estimar as despesas de saúde considerou-se tanto a elevação dos custos assistenciais em função do avançar da idade e com base na inflação médica.

Ao projetar as receitas advindas de contribuições, por sua vez, considerou-se uma hipótese de crescimento real salarial dos beneficiários titulares.

Por fim, se estimou as receitas advindas de rentabilidade do patrimônio adotando-se uma hipótese de taxa de juros ao ano.

A metodologia adotada por esta consultoria apresenta o fluxo em valor nominal, atuarialmente calculado, considerando a massa fechada de beneficiários, sem ingresso de novos segurados. Tal metodologia permite avaliar se o IPAM-SAÚDE possui capacidade financeira para arcar com suas obrigações atuariais de longo prazo referente aos seus atuais beneficiários.

Sabe-se que com o passar do tempo, novos servidores ingressarão no município e conseqüentemente haverá novos ingressos no Fundo. Dessa forma, tais projeções devem ser realizadas periodicamente para avaliar a evolução do nível de solvência.

6.1. HIPÓTESES ATUARIAIS ADOTADAS

a) Tábua de Sobrevivência: AT 2000

A hipótese referente à tábua de sobrevivência foi utilizada para projeção da população de beneficiários do Fundo, extraído dela a probabilidade de morte/sobrevivência em cada idade.

Em virtude da inexistência de histórico de óbitos dos referidos segurados, não foi possível a realização de testes estatísticos de aderência de tais hipóteses. Assim, apesar de grande parte dos

municípios do Rio Grande do Sul adotar a tábua do IBGE para avaliação atuarial de seus regimes previdenciários, optou-se por utilizar tábua com longevidade superior. Tal opção se deu pela constatação da região sul possuir a maior expectativa de vida do Brasil.

Cabe destacar que a tábua do IBGE demonstra uma expectativa de vida média da população brasileira.

b) Taxa Real de Juros: 4,5% ao ano;

Esta hipótese expressa a expectativa de rentabilidade futura dos recursos acumulados. Optou-se por adotar uma taxa de juros similar ao utilizado pelos Fundos de Pensão em suas avaliações atuariais, haja vista a robustez dos estudos de avaliação de mercado e alocação de recursos realizadas por esse grupo de instituições.

c) Crescimento Salarial: 2,45%;

Para fins das projeções elaboradas, o crescimento salarial, ao elevar a base de incidência das contribuições, eleva também as receitas estimadas ao IPAM-SAÚDE.

d) Crescimento do Custo Médico-Assistencial: Estatísticas ANS

Para se estimar com confiabilidade o crescimento do custo médico-assistencial adotou-se os dados disponibilizados pela ANS, conforme Painel de Precificação de Planos de Saúde.

Tabela 25. Incremento dos Custos com Saúde

ÍNDICES DE REAJUSTE	CRESCIMENTO ANUAL
Consultas	7,21%
Exames	9,57%
Terapias	16,14%
Internações	12,71%
A. Ambulatoriais	4,50%
Demais Despesas	0,00%
Geral	8,35%

6.2. CONTEXTUALIZAÇÃO

Ao revisar o desenvolvimento do IPAM-SAÚDE ao longo dos últimos anos, observamos mudanças significativas nos padrões de sinistralidade e nas condições financeiras do fundo. No passado, períodos de alta sinistralidade causaram desafios operacionais, com meses de despesas superando as receitas previstas. Entretanto, as análises de 2022 a 2024 indicam uma estabilização notável: a sinistralidade manteve-se abaixo da meta e as receitas, impulsionadas pelos aumentos salariais, cresceram de forma constante, fortalecendo o fluxo de caixa do IPAM.

Atualmente, o IPAM-SAÚDE possui ativos financeiros robustos, capazes de cobrir aproximadamente **16 meses de despesas assistenciais médias**, considerando o patrimônio financeiro

disponível de **R\$ 153,96 milhões** e a despesa média mensal observada em 2025. Essa solidez é indicativa da capacidade do Fundo de absorver oscilações assistenciais no curto e médio prazo, ainda que não elimine a necessidade de adequações estruturais no custeio para preservação da solvência de longo prazo.

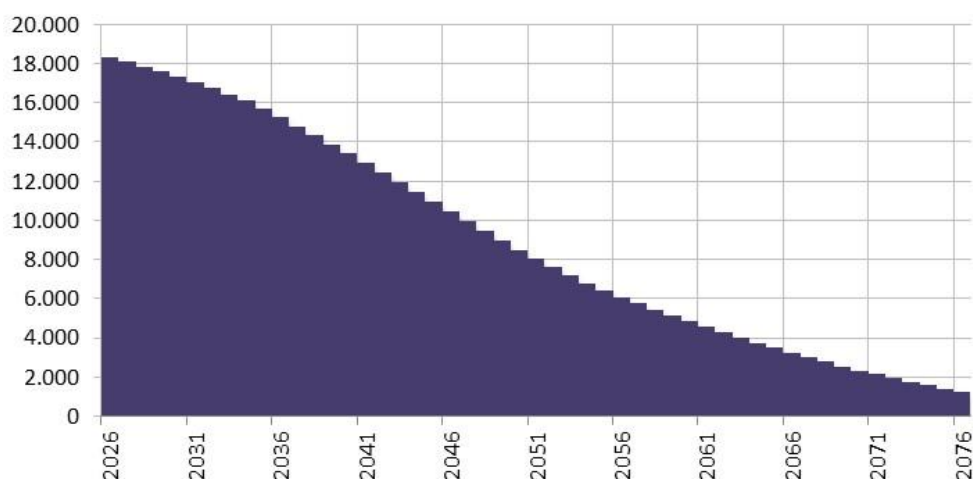
Diante deste contexto, este capítulo visa expandir a análise para uma perspectiva prospectiva, apresentando cenários futuros que explorem tanto a continuidade das tendências atuais quanto os impactos de possíveis ajustes estratégicos. **As projeções aqui delineadas têm como objetivo fornecer aos gestores do fundo diretrizes claras sobre estratégias de custeio para anterior situações que comprometam a estabilidade financeira do IPAM-SAÚDE a longo prazo, e possibilitem equilibrar receitas e despesas e garantindo a sustentabilidade operacional e a adequação dos serviços oferecidos aos beneficiários.**

6.3. PROJEÇÃO POPULACIONAL

Conforme demonstrado, atualmente o IPAM-SAÚDE garante cobertura a aproximadamente **20mil beneficiários expostos**, com idade média próxima de **45 anos**. Considerando a Tábua Biométrica **AT-2000 Básica Masculina**, a expectativa de sobrevida estimada para essa idade é de aproximadamente **43 anos**, evidenciando a necessidade de avaliar a sustentabilidade do Fundo sob uma perspectiva de longo prazo.

Para análise do fluxo futuro de receitas e despesas, foi elaborada a projeção da atual população de beneficiários do IPAM-SAÚDE, considerando uma metodologia de **massa fechada**, ou seja, sem ingresso de novos segurados. Essa abordagem permite avaliar a capacidade do Fundo de honrar os compromissos futuros relacionados exclusivamente à atual massa coberta, isolando o efeito de novas adesões.

Gráfico 14. Evolução populacional – Massa fechada



A projeção populacional demonstra redução gradual da quantidade de beneficiários ao longo do tempo, em decorrência da aplicação das probabilidades de sobrevivência da tábua biométrica adotada. Ainda assim, a redução da população não implica, necessariamente, redução proporcional das despesas, uma vez que a massa remanescente tende a envelhecer, elevando o custo médio assistencial dos beneficiários sobreviventes.

Elaborada a projeção populacional, foram realizadas as estimativas de receitas, despesas assistenciais, despesas não assistenciais e evolução patrimonial do Fundo, considerando diferentes cenários de solvência, conforme apresentado nos itens seguintes.

6.4. CENÁRIO I: PLANO DE CUSTEIO ATUAL

Este cenário tem por objetivo avaliar a condição de solvência do IPAM-SAÚDE considerando a manutenção da estrutura atual de custeio, servindo também como base comparativa para os demais cenários analisados. Foram consideradas as alíquotas vigentes de contribuição, as hipóteses financeiras, demográficas e assistenciais apresentadas anteriormente, bem como o patrimônio financeiro atual do Fundo.

Tabela 26. Parâmetros do Cenário I

Financeiros	Expectativa de Rentabilidade	4,50%
	Média de Desp. Adm.	12,70%
	Crescimento Salarial	2,45%
Demográficos	Tábua Mortalidade	AT 2000 - Básica - M
	Idade de aposentadoria	Desconsiderado
Contribuições	Nº de Mesalidades por ano	12
	Patronal	7,7%
	Titular (conforme o plano)	6,0% ou 7,7%
	Dependentes	(conforme o plano)

Gráfico 15. Fluxo anual de receitas e despesas- Cenário I

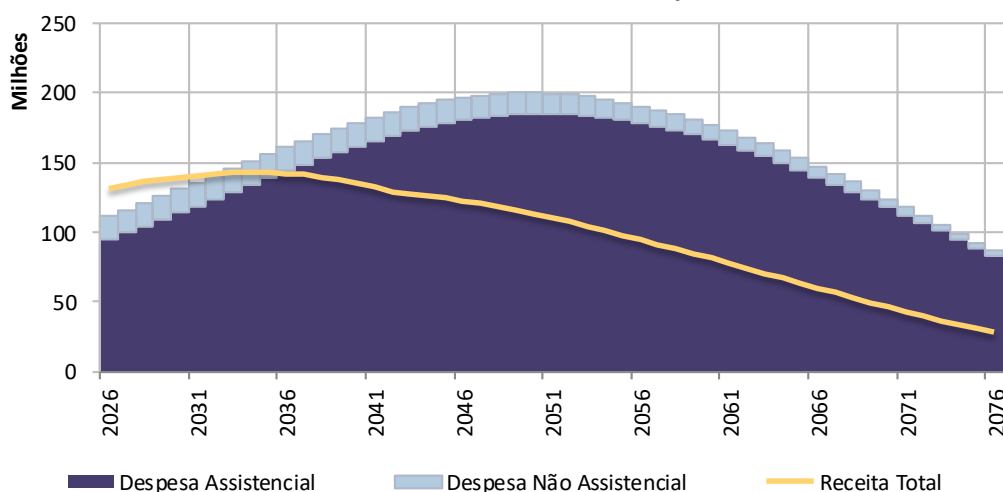


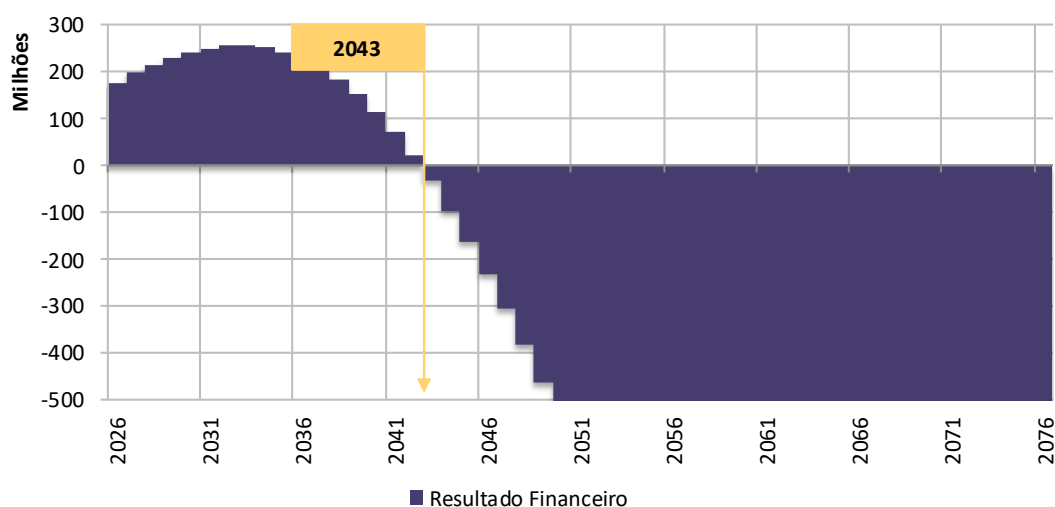
Tabela 27. Estimativa do Fluxo de caixa projetado – cenário I

Ano	Receita Total	Despesa			Resultado de Caixa	Ativos Financeiro
		Assistencial	Não Assistencial	Total		
2026	131,78	92,78	16,23	109,01	22,77	176,74
2027	134,20	97,25	16,41	113,66	20,54	197,28
2028	136,35	101,81	16,57	118,38	17,97	215,24
2029	138,31	106,49	16,72	123,21	15,09	230,34
2030	140,02	111,26	16,86	128,12	11,91	242,24
2031	141,51	116,11	16,98	133,09	8,42	250,66
2032	142,73	121,05	17,09	138,14	4,59	255,25
2033	143,61	126,00	17,18	143,17	0,44	255,69
2034	144,12	130,94	17,24	148,18	-4,07	251,62
2035	144,17	135,79	17,27	153,06	-8,89	242,72
2036	143,74	140,46	17,27	157,73	-13,99	228,73

A tabela e gráfico anterior demonstram que o plano de custeio atual apresenta resultados positivos no curto prazo. Entre 2026 e 2032, as receitas totais projetadas permanecem superiores às despesas totais, gerando resultados anuais positivos, ainda que decrescentes. A partir de **2034**, contudo, o resultado de caixa passa a ser negativo, indicando que as despesas projetadas passam a superar as receitas do período.

Esse comportamento decorre, principalmente, da diferença entre a dinâmica de crescimento das receitas e das despesas. Como o custeio do IPAM-SAÚDE está fortemente vinculado à folha salarial, a evolução das receitas depende do crescimento salarial real e da permanência da massa contributiva. Por outro lado, as despesas assistenciais são pressionadas pela inflação médica e pelo envelhecimento da população coberta, fatores que tendem a elevar o custo médio dos beneficiários ao longo do tempo.

Dessa forma, ainda que o Fundo apresente superávits no curto prazo, observa-se que o desequilíbrio projetado a partir de 2034 possui caráter estrutural, uma vez que a despesa passa a crescer em ritmo superior à receita. A partir desse momento, o equilíbrio financeiro passa a depender do consumo gradual do patrimônio acumulado.

Gráfico 16. Fluxo anual Patrimônio do Fundo - Cenário I


Este cenário evidencia que, mesmo após o início dos déficits anuais, o IPAM-SAÚDE **mantém capacidade de absorção por período relevante**, em razão do patrimônio financeiro atualmente constituído. A projeção atual indica que o patrimônio seria integralmente consumido apenas em **2043**, representando melhora relevante em relação à avaliação anterior, na qual a ruína financeira era projetada para **2038**.

Essa melhora da solvência é um ponto importante da presente avaliação. O alongamento do prazo projetado de solvência, de **2038 para 2043**, indica que os resultados financeiros recentes, a recomposição patrimonial e a melhora da sinistralidade contribuíram positivamente para a sustentabilidade do Fundo. Ressalte-se, ainda, que essa melhora foi observada **mesmo após a segregação da reserva financeira destinada à contingência judicial**, realizada em novembro de 2024, movimento que reduziu o patrimônio disponível naquele momento, mas qualificou a gestão financeira ao separar recursos comprometidos daqueles destinados à operação assistencial.

Portanto, o Cenário I demonstra que o **IPAM-SAÚDE não se encontra em situação de risco imediato. Ao contrário, o Fundo possui fôlego financeiro relevante para conduzir eventuais ajustes de forma gradual e planejada**. Contudo, a projeção também indica que, mantidas as premissas atuais, o modelo tende a apresentar insuficiência no longo prazo, exigindo acompanhamento permanente e avaliação periódica de medidas de reestruturação.

Tal reestruturação pode ocorrer por meio de alternativas distintas, porém não excludentes, tais como: **revisão do plano de custeio, ajustes nas coberturas assistenciais, aprimoramento das regras de coparticipação**, fortalecimento de ações de gestão assistencial e constituição de reservas financeiras específicas para mitigação de eventos de maior severidade.

6.5. CENÁRIO II: MENSALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

Neste cenário, avaliou-se o impacto de longo prazo da alteração da forma de contribuição dos beneficiários, substituindo o modelo baseado em percentual da base de contribuição por um valor fixo mensal definido por faixa etária.

A proposta foi estruturada de forma que os titulares com contrapartida patronal contribuam com **70% do valor da tabela**, enquanto os demais beneficiários, incluindo dependentes, contribuam com **100% do valor da tabela**. A contribuição patronal, por sua vez, permanece correspondente a **7,70% da folha salarial**.

Tabela 28. Parâmetros do Cenário II

Financeiros	Expectativa de Rentabilidade	4,50%
	Média de Desp. Adm.	12,70%
	Crescimento Salarial	2,45%
Demográficos	Tábua Mortalidade	AT 2000 - Básica - M
	Idade de aposentadoria	Desconsiderado
Contribuições	Nº de Mesalidade por ano	13 patronal 12 titulares
	Patronal	7,70%
	Titular (conforme o plano)	70% da tabela
	Dependentes	100% da tabela

Tabela 29. Tabela de contribuição por Faixa Etária

FAIXA ETÁRIA	TABELA CHEIA	70% DA TABELA
0 a 18 anos	R\$ 103,57	R\$ 72,50
19 a 23 anos	R\$ 129,46	R\$ 90,62
24 a 28 anos	R\$ 163,64	R\$ 114,55
29 a 33 anos	R\$ 193,67	R\$ 135,57
34 a 38 anos	R\$ 227,85	R\$ 159,50
39 a 43 anos	R\$ 269,28	R\$ 188,49
44 a 48 anos	R\$ 312,77	R\$ 218,94
49 a 53 anos	R\$ 355,24	R\$ 248,67
54 a 58 anos	R\$ 414,28	R\$ 290,00
59 anos ou +	R\$ 532,35	R\$ 372,65

Essa forma de custeio se mostra tecnicamente mais aderente à dinâmica assistencial do plano, pois aproxima a contribuição individual do risco esperado de cada beneficiário, considerando sua respectiva faixa etária. Além disso, permite melhor alocação dos custos entre titulares e dependentes, uma vez que cada beneficiário passa a contribuir individualmente conforme sua exposição ao risco, e não apenas em função da estrutura familiar ou da remuneração do titular.

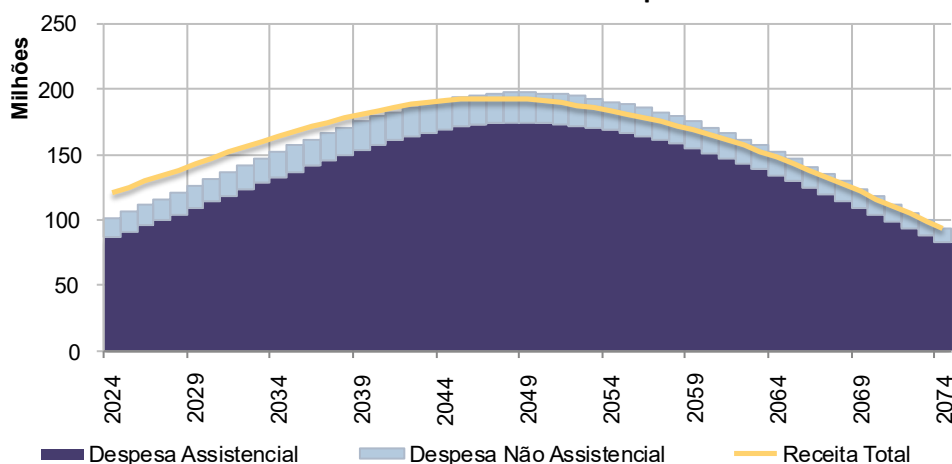
Gráfico 17. Fluxo anual de receitas e despesas – Cenário II


Tabela 30. Estimativa do Fluxo de caixa projetado – cenário II

Ano	Receita Total	Despesa			Resultado de Caixa	Ativos Financeiro
		Assistencial	Não Assistencial	Total		
2026	128,45	92,78	15,80	108,58	19,87	173,83
2027	132,95	97,25	16,27	113,52	19,44	193,27
2028	137,39	101,81	16,73	118,54	18,85	212,12
2029	141,85	106,49	17,20	123,69	18,16	230,28
2030	146,28	111,26	17,67	128,93	17,35	247,63
2031	150,67	116,11	18,14	134,25	16,42	264,05
2032	155,05	121,05	18,61	139,66	15,39	279,44
2033	159,35	126,00	19,08	145,08	14,27	293,72
2034	163,52	130,94	19,54	150,48	13,04	306,76
2035	167,44	135,79	19,97	155,77	11,68	318,43
2036	171,01	140,46	20,37	160,83	10,18	328,61

O Gráfico e a Tabela anterior demonstram que, ao combinar a mensalidade por faixa etária com a manutenção da contribuição patronal de **7,70% da folha salarial**, o IPAM-SAÚDE passaria a apresentar resultados de caixa positivos ao longo de todo o período projetado. Em 2026, o resultado estimado é de **R\$ 19,87 milhões**, mantendo-se superavitário nos anos seguintes, ainda que com redução gradual até **R\$ 10,18 milhões em 2036**.

Essa trajetória indica que as receitas passam a acompanhar de forma mais aderente a evolução das despesas assistenciais, reduzindo o descasamento observado no modelo atual entre o crescimento da folha salarial e o crescimento dos custos médicos. Com isso, o patrimônio financeiro do Fundo apresentaria crescimento contínuo, passando de **R\$ 173,83 milhões em 2026** para **R\$ 328,61 milhões em 2036**, reforçando a solvência de longo prazo do IPAM-SAÚDE.

Sob a ótica atuarial, este cenário é especialmente interessante porque cria uma relação mais direta entre **receita, quantidade de beneficiários expostos e idade da massa coberta**. Dessa forma, a entrada de novos beneficiários tende a ocorrer de maneira financeiramente mais equilibrada, uma vez que o custeio passa a refletir o risco individual associado a cada faixa etária.

Além disso, o modelo permite maior transparência na cobrança por beneficiário, especialmente no caso de grupos familiares com maior número de dependentes. Como cada dependente representa exposição adicional ao risco assistencial, a cobrança individualizada contribui para maior justiça contributiva e melhor equilíbrio financeiro do plano.

Não obstante, a adoção desse modelo exige acompanhamento periódico da tabela de mensalidades. Como os custos assistenciais são impactados por inflação médica, envelhecimento da massa, alterações de utilização e ocorrência de eventos de alto custo, a tabela deverá ser revisada anualmente, de modo a preservar sua aderência atuarial e evitar defasagens no custeio ao longo do tempo.

7. PARECER CONCLUSIVO

A análise Atuarial deste exercício demonstra que a **sinistralidade consolidada do IPAM-SAÚDE atingiu 79,96%**, patamar inferior à meta atuarial de **87,00%**, definida a partir da premissa de destinação de **13,00% das receitas para cobertura das despesas administrativas**. Nos últimos 12 meses, a sinistralidade foi ainda mais favorável, alcançando **76,38% em 2025**, frente a **81,70% em 2024**, evidenciando melhora relevante no equilíbrio entre receitas, coparticipações e despesas assistenciais.

No campo administrativo, verificou-se que as despesas administrativas representaram **9,20% das receitas com mensalidades nos últimos 12 meses**, percentual inferior à média histórica consolidada. Ainda assim, por prudência atuarial, manteve-se o parâmetro de **13,00%** como referência para cobertura das despesas não assistenciais, preservando margem de segurança diante de eventuais recomposições futuras de custos ou oscilações extraordinárias.

Também se observa que o IPAM-SAÚDE mantém posição patrimonial relevante. O Fundo encerrou 2025 com aproximadamente **R\$ 153,96 milhões em patrimônio financeiro disponível para a operação assistencial**, mesmo após a segregação, em novembro de 2024, de aproximadamente **R\$ 55,00 milhões em reserva de contingência judicial**. Essa segregação explica a redução patrimonial observada naquele período e deve ser interpretada como medida de prudência e governança financeira, e não como deterioração operacional do Fundo.

A análise dos beneficiários de alto custo reforça a importância da gestão específica desses eventos. Embora os 20 maiores gastadores representem parcela extremamente reduzida da massa, concentram volume financeiro expressivo das despesas assistenciais. No comparativo anual, contudo, observou-se redução tanto do valor total quanto do custo médio individual desse grupo, passando de **R\$ 15,91 milhões em 2023** para **R\$ 13,79 milhões em 2025**, e de **R\$ 795,46 mil** para **R\$ 689,61 mil** de custo médio individual no mesmo período. Ainda assim, tais eventos permanecem como importante fator de volatilidade, recomendando-se a criação de mecanismos específicos de mitigação, como um **Fundo de Alto Custo**.

As projeções atuariais demonstram que, sob o **Cenário I**, com manutenção do plano de custeio atual, o IPAM-SAÚDE apresenta resultados positivos no curto prazo, mas tende a registrar déficits anuais a partir de **2033**, em razão do crescimento das despesas assistenciais em ritmo superior ao crescimento das receitas vinculadas à folha salarial. Apesar disso, a solvência projetada melhorou em relação à avaliação anterior, passando de **2038 para 2042**, mesmo após a implantação da reserva financeira destinada à contingência judicial.

Esse resultado indica que o Fundo não se encontra em situação de risco imediato. Ao contrário, o IPAM-SAÚDE possui **fôlego financeiro relevante** para planejar e implementar ajustes de

forma gradual. Contudo, a projeção também evidencia que o modelo atual possui fragilidade estrutural no longo prazo, especialmente porque a arrecadação vinculada ao salário não acompanha, necessariamente, a evolução dos custos assistenciais, que são influenciados pela inflação médica, envelhecimento da massa e ocorrência de eventos de alta severidade.

Nesse contexto, o **Cenário II**, baseado em mensalidade por faixa etária, demonstrou-se tecnicamente mais aderente à dinâmica de custos do plano. A cobrança por faixa etária estabelece relação mais direta entre receita, idade e risco assistencial, além de corrigir distorções associadas à quantidade de dependentes por grupo familiar. Pelas projeções realizadas, esse modelo preserva resultados de caixa positivos ao longo do período analisado e fortalece a trajetória patrimonial do Fundo.

Não obstante, considerando a robustez financeira atual do IPAM-SAÚDE, há espaço para que eventuais mudanças sejam implementadas de forma planejada e progressiva, evitando impactos abruptos aos beneficiários. A transição para uma estrutura de custeio mais aderente ao risco pode ser construída gradualmente, combinando revisão do plano de custeio, avaliação das regras de dependentes, manutenção da coparticipação, controle assistencial e constituição de reservas financeiras específicas.

Diante de todo o exposto, conclui-se que o **IPAM-SAÚDE encontra-se atualmente em equilíbrio financeiro e atuarial**, com sinistralidade inferior à meta, patrimônio robusto e melhora na projeção de solvência. Entretanto, as projeções de longo prazo indicam que a manutenção indefinida da estrutura atual tende a gerar insuficiência futura. Recomenda-se, portanto, que a Entidade utilize o atual momento de estabilidade para avançar na modernização do custeio, na criação de reservas específicas e no aprimoramento da governança assistencial, assegurando a sustentabilidade financeira do Fundo e a proteção dos beneficiários no longo prazo.

Florianópolis, 12 de maio de 2026.



Lucas Azevedo Fonseca
Atuário MIBA nº 2.461

ANEXO I – TABELA DA EVOLUÇÃO DO CUSTO POR ÓRGÃO

ÓRGÃO / ANO	QUANTIDADE DE USUÁRIOS	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	VALOR DOS PROCEDIMENTOS	VALOR PAGO SEM COPART	CUSTO POR PROCEDIMENTO	Nº PROCEDIMENTOS POR PESSOA	CUSTO POR PESSOA	VAR. CUSTO PROCEDIMENTO	VAR. Nº PROCEDIMENTOS	VAR. CUSTO POR PESSOA
CAMARA	260	24.160	888.503,06	725.746,77	36,78	92,92	3.417,32			
2021	52	2.570	91.569,22	63.971,29	35,63	49,42	1.760,95	-3,12%	-46,81%	-48,47%
2022	52	2.047	116.723,37	88.543,60	57,02	39,37	2.244,68	60,04%	-20,35%	27,47%
2023	52	2.636	137.058,07	102.895,03	51,99	50,69	2.635,73	-8,82%	28,77%	17,42%
2024	52	3.999	142.238,59	104.865,04	35,57	76,90	2.735,36	-31,59%	51,71%	3,78%
2025	52	12.908	400.913,81	365.471,83	31,06	248,23	7.709,88	-12,68%	222,78%	181,86%
FAPS	43.080	13.227.252	328.597.231,54	280.009.917,35	24,84	307,04	7.627,61			
2021	8.616	2.546.569	60.385.527,99	52.076.850,67	23,71	295,56	7.008,53	-4,55%	-3,74%	-8,12%
2022	8.616	2.180.427	57.367.403,18	47.981.809,56	26,31	253,07	6.658,24	10,95%	-14,38%	-5,00%
2023	8.616	3.069.788	70.540.829,08	60.744.391,54	22,98	356,29	8.187,19	-12,66%	40,79%	22,96%
2024	8.616	2.987.931	69.052.249,59	58.690.976,09	23,11	346,79	8.014,42	0,57%	-2,67%	-2,11%
2025	8.616	2.442.537	71.251.221,70	60.515.889,49	29,17	283,49	8.269,64	26,22%	-18,25%	3,18%
FAS	2.510	252.849	6.246.480,89	4.684.828,17	24,70	100,74	2.488,64			
2021	502	76.750	1.266.521,18	1.012.008,73	16,50	152,89	2.522,95	-33,20%	51,77%	1,38%
2022	502	66.903	1.079.354,18	794.225,57	16,13	133,27	2.150,11	-2,23%	-12,83%	-14,78%
2023	502	30.592	1.111.292,16	810.535,31	36,33	60,94	2.213,73	125,17%	-54,27%	2,96%
2024	502	41.960	1.361.461,24	1.022.408,96	32,45	83,59	2.712,07	-10,68%	37,16%	22,51%
2025	502	36.644	1.427.852,13	1.045.649,61	38,97	73,00	2.844,33	20,09%	-12,67%	4,88%
IPAM	445	24.869	818.689,80	584.102,82	32,92	55,89	1.839,75			
2021	89	3.600	104.259,10	69.016,75	28,96	40,45	1.171,45	-12,03%	-27,62%	-36,33%
2022	89	5.669	165.467,34	116.831,39	29,19	63,70	1.859,18	0,78%	57,47%	58,71%
2023	89	3.974	145.371,76	96.217,01	36,58	44,65	1.633,39	25,33%	-29,90%	-12,14%
2024	89	4.622	150.032,52	104.990,99	32,46	51,93	1.685,76	-11,26%	16,31%	3,21%
2025	89	7.004	253.559,08	197.046,69	36,20	78,70	2.848,98	11,53%	51,54%	69,00%
PREFEITURA	63.640	5.249.087	157.701.858,57	124.620.853,76	30,04	82,48	2.478,03			
2021	12.728	1.087.584	26.638.634,68	21.718.086,87	24,49	85,45	2.092,92	-18,47%	3,60%	-15,54%
2022	12.728	1.052.391	27.335.876,30	21.547.579,18	25,98	82,68	2.147,70	6,05%	-3,24%	2,62%
2023	12.728	918.328	30.190.528,39	23.615.031,11	32,88	72,15	2.371,98	26,57%	-12,74%	10,44%
2024	12.728	1.068.808	36.184.972,13	28.661.563,95	33,86	83,97	2.842,94	2,98%	16,39%	19,86%
2025	12.728	1.121.976	37.351.847,07	29.078.592,66	33,29	88,15	2.934,62	-1,67%	4,97%	3,22%
SAMAE	4.520	359.933	12.250.052,62	9.871.245,17	34,03	79,63	2.710,19			
2021	904	95.332	2.238.335,79	1.849.220,68	23,48	105,46	2.476,04	-31,01%	32,43%	-8,64%
2022	904	102.719	2.805.239,74	2.360.671,11	27,31	113,63	3.103,14	16,31%	7,75%	25,33%
2023	904	57.772	2.787.816,89	2.293.333,45	48,26	63,91	3.083,87	76,70%	-43,76%	-0,62%
2024	904	57.462	2.270.363,16	1.770.000,43	39,51	63,56	2.511,46	-18,12%	-0,54%	-18,56%
2025	904	46.648	2.148.297,04	1.598.019,51	46,05	51,60	2.376,43	16,56%	-18,82%	-5,38%
Total Geral	114.455	19.138.150	506.502.816,48	420.496.694,03	26,47	167,21	4.425,34			