

IPAM Saúde
Caxias do Sul - RS

IPAM Saúde

AVALIAÇÃO ATUARIAL 2014

INDICAÇÃO DE NOVOS CENÁRIOS CONTRIBUTIVOS

(REFLEXO DO SEMINÁRIO IPAM SAÚDE)

MUNICÍPIO

CAXIAS DO SUL - RS

Apresentação
Abril 2014

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
5.1 Indicações Técnicas.....	12
6. Bases Técnicas.....	18
7. Custeio do Plano.....	23
8. Parecer Conclusivo.....	35

1. Introdução

A presente Avaliação Atuarial, realizada em Abril de 2014, 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. Também elencamos neste Estudo, algumas simulações de custeio a serem avaliadas, afim de estabelecer um novo modelo de contribuição, em função de novos cenários de benefício sugeridos tanto pela aplicação do questionário entregue no Seminário do IPAM quanto pela própria indicação técnica do Estudo Atuarial.

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.

Co-Participação

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 2013 até Dezembro de 2013**) 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 2013 até Dezembro de 2013**) 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 ao ano de **2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012 e 2013** 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 **Dezembro de 2013** 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.

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 2013, 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 8.786 titulares, concentrando-se na média de idade 49,93 anos. Totaliza uma folha de salários de contribuição no valor de R\$ 31.597.360,43. Registra um salário base de contribuição médio de R\$ 3.596,33. Quanto aos valores salariais, nesta avaliação, conclui-se que a média salarial atingiu o valor esperado em comparação a média do ano anterior.

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.

Na concepção do Novo Plano foi dimensionada uma hipóstase para composição do custeio em que o grupo de participantes se alocaria em aproximadamente 70% para o plano Familiar e 30% para o Plano Individual. No ano de 2013 o grupo estabeleceu uma divisão registrando no grupo familiar 58,40% e o grupo individual 41,60% o que representa uma composição menor na arrecadação de receita uma vez que o grupo do Plano 2 contribui com 6%.

4.2 DEPENDENTES

Para o grupo participantes do Plano Familiar foi registrada uma adesão de 0,863 dependentes por titular, mantendo-se desta forma a relação de dependência estabelecida em anos anteriores.

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 2014)										
PROCEDIMENTOS	DESPESAS (R\$)									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014**
DENTISTAS	523.117,00	512.955,00	533.591,80	535.151,00	565.655,00	605.869,00	680.518,00	764.001,00	677.000,00	704.080,00
Variação		0,98	1,04	1,00	1,06	1,07	1,12	1,12	0,89	1,04
FISIOTERAPEUTAS	287.931,00	273.489,00	327.255,40	315.660,25	359.812,00	421.296,00	527.452,00	563.445,00	593.000,00	664.160,00
Variação		0,95	1,20	0,96	1,14	1,17	1,25	1,07	1,05	1,12
FONOAUDIÓLOGOS	121.754,00	115.509,00	101.824,75	56.541,50	46.586,00	56.850,00	65.271,00	84.798,00	86.000,00	98.900,00
Variação		0,95	0,88	0,56	0,82	1,22	1,15	1,30	1,01	1,15
PSICÓLOGOS	636.556,00	662.920,00	579.602,09	578.141,00	588.477,00	669.695,00	722.399,00	721.121,00	805.000,00	861.350,00
Variação		1,04	0,87	1,00	1,02	1,14	1,08	1,00	1,12	1,07
MÉDICOS	1.722.348,00	1.713.670,00	1.568.592,37	1.639.238,09	1.813.154,00	2.077.398,00	2.186.100,00	2.438.956,00	2.540.000,00	2.717.800,00
Variação		0,99	0,92	1,05	1,11	1,15	1,05	1,12	1,04	1,07
CLÍNICAS	4.235.083,00	4.304.324,00	4.692.069,10	5.262.704,00	5.995.651,00	7.585.414,00	8.040.241,00	8.559.068,00	11.780.000,00	13.782.600,00
Variação		1,02	1,09	1,12	1,14	1,27	1,06	1,06	1,38	1,17
FARMÁCIAS	4.212.721,00	4.636.845,00	3.528.187,87	3.804.590,52	4.585.776,00	5.154.389,00	5.738.779,00	6.297.101,00	6.700.000,00	7.303.000,00
Variação		1,10	0,76	1,08	1,21	1,12	1,11	1,10	1,06	1,09
HOSPITAIS	6.539.392,00	7.164.848,00	6.386.494,54	9.094.740,33	9.899.712,00	12.968.930,00	16.256.348,00	20.390.293,00	14.500.000,00	18.415.000,00
Variação		1,10	0,89	1,42	1,09	1,31	1,25	1,25	0,71	1,07
LABORATÓRIOS	686.847,00	580.370,00	518.492,93	832.626,72	973.302,00	1.088.045,00	1.352.017,00	1.551.864,00	1.700.000,00	1.972.000,00
Variação		0,84	0,89	1,61	1,17	1,12	1,24	1,15	1,10	1,16
RADIOLOGIA	759.767,00	788.961,00	714.991,07	771.804,77	863.046,00	930.475,00	1.125.067,00	1.209.177,00	1.215.000,00	1.324.350,00
Variação		1,04	0,91	1,08	1,12	1,08	1,21	1,07	1,00	1,09
INSS	1.165.648,00	1.159.166,00	901.231,25	858.540,31	913.948,00	1.024.888,00	1.082.547,00	1.197.189,00	1.190.000,00	1.249.500,00
Variação		0,99	0,78	0,95	1,06	1,12	1,06	1,11	0,99	1,05
DESPELA CONVÊNIO	20.891.164,00	21.915.073,01	19.854.349,60	23.751.757,36	26.795.290,00	32.583.249,00	37.776.739,00	43.777.013,00	42.386.000,00	49.092.740,00
Variação		1,05	0,91	1,20	1,13	1,22	1,16	1,16	0,97	1,10
SERVIÇOS PRÓPRIOS	744.706,00	802.573,00	914.760,94	1.026.049,43	1.157.130,00	1.630.340,26	1.499.157,43	1.836.991,24	1.700.000,00	1.751.000,00
Variação		1,08	1,14	1,12	1,13	1,41	0,92	1,23	0,93	1,03
DESPELAS ADMINISTRATIVAS	2.410.177,00	2.661.830,00	2.746.850,77	3.587.138,30	3.476.360,00	4.086.168,03	4.533.730,77	5.033.073,55	5.240.000,00	5.711.600,00
Variação		1,10	1,03	1,31	0,97	1,18	1,11	1,11	1,04	1,09
DESPELA TOTAL	24.046.047,00	25.379.476,01	23.515.961,31	28.364.945,09	31.428.780,00	38.299.757,29	43.809.627,20	50.647.077,79	49.326.000,00	56.555.340,00
Variação		1,06	0,93	1,21	1,11	1,22	1,14	1,16	0,97	1,15

* 2014 Estimativa em função da média dos 3 últimos anos.

Previsão de Receitas do Plano para 2014

Análise das Receitas 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*	25.918.614,56		32.752.781,09		58.671.395,65

Podemos verificar que na Avaliação Atuarial anterior observamos uma estimativa de receita na ordem de R\$ 52.532.425,47 para o exercício 2013 onde o mesmo fixou em valores realizados o montante de R\$ 51.872.129,87, uma margem de erro de 1,25%, dentro do desvio padrão esperado considerando um grau de confiabilidade de 5%. Tal resultado leva-nos a concluir que a estimativa para o ano de 2014 deverá ser a esperada estabelecida em aproximadamente R\$ 58.671.395,65 de receita para o Plano de Assistência e Saúde.

Em relação as despesas foram projetados gastos na ordem de R\$ 59.993.752,26 e o fechamento contábil registrou o valor de R\$ 49.326.320,25, registrando uma grande diferença e desta forma modificando a estimativa para o exercício seguinte. Tal diferença deve-se a conta dos gastos em Hospitais, registrando uma redução do ano de 2012 para o ano de 2013 de quase seis milhões. Tal diferença do que era estimado para o realizado em entrevista direta a diretoria médica, concluiu-se pela queda nos gastos de materiais em cirurgias de coluna, principalmente, e fortalecimento da auditoria médica e utilização de recursos terapêuticos alternativos ante a realização direta dos procedimentos cirúrgicos indicados pelo profissional médico.

Quanto aos resultados podemos observar que o déficit esperado foi anulado, transformando-se em superávit técnico na ordem de 2,5 milhões de reais.

Antes do Ajuste da Estimativa em Gastos com Hospitais.

Análise dos Resultados Técnicos	
Ano Base	Resultado
2008	2.106.864,40
2009	1.783.227,30
2010	(4.078.434,19)
2011	(4.197.283,41)
2012	(4.966.707,82)
2013*	(7.461.326,79)

Depois de ajustado o gasto em Hospitais Estimado para 2014.

Análise dos Resultados Técnicos	
Ano Base	Resultado
2008	2.106.864,40
2009	1.783.227,30
2010	(4.078.434,19)
2011	(4.197.283,41)
2012	(4.966.707,82)
2013	2.546.129,87
2014*	2.116.055,65

Comparando os quadros podemos verificar que para o ano de 2014, dentro da estrutura de custeio estabelecida pelas contribuições atuais e dentro do plano de benefícios oferecido, considerando a nova estimativa de gastos em hospitais para o ano de 2014, deveremos fechar o exercício de 2014 com um resultado positivo na ordem de 2 milhões de reais.

IMPORTANTÍSSIMO:

Como falamos anteriormente, o resultado do ano de 2013 esta diretamente vinculado a um comportamento de represa dos gastos em hospitais, quer dizer, sabemos que os procedimento foram solicitados mas em função de auditorias e indicações de tratamentos prévios, estes gastos não foram "liberados", ou melhor dizendo estão no aguardo dos resultados de terapias, constatações efetivas da real necessidade e definição da aquisição e/ou renegociações dos materiais especiais para realização dos procedimentos cirúrgicos. Uma vez, estas cirurgias "liberadas", teremos de volta, não se sabe o quanto, os gastos em hospitais. O que é certo afirmar é que os gastos em hospitais não desapareceram e sim estão represados. Portando ainda indicamos um aumento de alíquotas de contribuição para equilíbrio do plano o que mais adiante, neste estudo, será demonstrado.

5.1 Indicações Técnicas Preliminares

Conforme o Estudo anteriormente elaborado, reativamos algumas indicações técnicas a fim de visualizar como poderíamos atacar o aumento futuro das despesas do plano.

1) Artigo 19

O artigo 19, hoje tratado diretamente pelo Plano, trata-se de Benefício Assistencial Patronal e não Seguro de Saúde, em nossa opinião e indicação, deverá ser devolvido para sua origem, ou seja Órgão Patronal. Caso isso não seja possível, que ao menos seja determinado que os futuros servidores ingressantes no plano não tenham esta cobertura direta. Ou seja executar uma linha divisória entre o antes e depois de uma reforma estrutural. Esta aplicação deverá reduzir as despesas do Plano em Aproximadamente R\$ 3 milhões ano para os anos futuros. Caso seja de interesse também indicamos que seja permanecida a cobertura somente para o servidor titular o que daria uma diferença na ordem **R\$ 850.000,00 de redução** para gastos do IPAM.

2) Medicamentos

Da mesma forma como o Plano trata-se de atendimento de saúde, medicamentos seria um adicional em forma de convenio entre farmácias oferecendo descontos diretos ao segurado. Nenhum plano de saúde oferece esta cobertura para redução prevista de R\$ 7 milhões deveremos eliminar o benefício de farmácia do plano ou pelo menos reduzir de 40% a 50% o desconto atualmente previsto em 25%.

3) Gastos em odontologia

Conforme levantamento e projeções executadas pela contadoria do IPAM, aprovamos tecnicamente a indicação, já prevista no estudo anterior, do repasse integral do atendimento em odontologia dos serviços próprios para a rede conveniada do IPAM. Tal medida, em compensação, leva alguns serviços com 100% de gasto para o IPAM. Serviços de prevenção com profilaxia,

orientações e exames clínicos serão oferecidos sem coparticipação do segurado, sendo os demais atendimentos realizados com 50% de participação. Também salientamos que deverá ser excluído os financiamentos. Permanecem no IPAM, como serviços próprio apenas a perícia odontológica com 3 profissionais.

4) Coparticipação em Hospitalizações e Órteses e Próteses

Como alternativa a ser estudada, indicamos a inclusão de **coparticipação em internações na ordem de 10%** do gasto total. Tal medida acarretaria em uma **redução prevista na ordem de aproximadamente 2 milhões por ano**. Para utilização de **órteses e próteses** indicamos a aplicação de 10% do valor do material, o que soma a **redução** uma quantia de aproximadamente **R\$ 650.000,00 por ano**.

5) Conta de reposição.

Indicamos o fim da conta de reposição para gastos em saúde.

PROPOSTAS ALTERNATIVAS 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 prática, 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 liberada 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

Neste item abordaremos, como visto anteriormente, novas estruturas de custeio. Primeiramente analisaremos qual seriam as alíquotas necessárias para a manutenção do sistema considerando a mesma legislação atual. Após serão sugeridas novas contribuições, limites e concessão de benefícios levando em consideração novas formas estruturais e dimensionando os devidos impactos financeiros.

CENÁRIO 1

Estrutura Atual:

Neste cenário consideraremos a projeção de gastos considerando a demanda reprimida em hospitalização como se a mesma voltasse nos moldes antigos.

Previsão de Gasto: R\$ 74.555.340,00

Margem de segurança de 10%.

Contribuições Necessárias para garantir o aumento esperado em gastos com saúde e demandas do grupo de participantes.

Projeção de Alíquotas	
Plano Familiar	10,00%
Plano Individual	8,50%
Patronal	10,00%

Implantação de novos valores de Piso e Teto

Indicamos o aumento do Piso e Teto de contribuição para:

Valor de Referência (VR): 12% do Padrão 1

Plano	Piso	Teto
Individual	1 x VR	3 x VR
Familiar	2 x VR	6 x VR

Simulação com valor de P1 igual a R\$ 1.040,00

Plano	Piso	Teto
Individual	R\$ 124,80	R\$ 374,40
Familiar	R\$ 374,40	R\$ 748,80

Conforme instalação de novos limites, considerando a nova contribuição de 10% para o Plano Familiar e 8,50% para o plano individual teremos um incremento de aproximadamente R\$ 800.000,00 de receita.

OBSERVAÇÃO:

Caso não haja o aumento indicado DE CONTRIBUIÇÃO, para manter as contribuições atuais de 7,70% Patronal e 7,70% para o Plano familiar e 6% para o Plano Individual, deveremos nos ater que para tanto será preciso objetivar a redução de gastos de pelo menos 20 milhões ao ano.

CENÁRIO 2

Nos mesmos moldes de projeções de despesas do cenário 1, podemos sugerir uma modalidade de **Plano com cobrança separada por grupo de dependentes**.

Contribuições Necessárias para garantir o aumento esperado em gastos com saúde e demandas do grupo de participantes com cobrança separada para inclusão de dependentes, independente do número de dependentes.

Projeção de Alíquotas	
Servidor	8,50%
Patronal	10,00%
Grupo de Dependentes	4,50%

Neste caso sugerimos a implantação do mesmo piso e teto para inclusão dos servidores titulares e caso o servidor queira incluir dependentes implantar os mesmo limites do plano familiar, independente da quantidade e características.

CENÁRIO 3

Nova Estrutura de Custeio e Despesas:

Considerando a nova estimativa de despesas, incluindo a redução na conta de hospital, incluindo uma margem de 50% de retorno as despesas poderemos sugerir os seguintes cenários contributivos:

Aumento de 50% dos gastos com Hospitalizações

Contribuições Necessárias para garantir o aumento esperado em hospitais, estimando o retorno de 50% das projeções e mantendo os atuais GASTOS com saúde e demandas do grupo de participantes. Redução da Margem de segurança para 5%.

Previsão de Gasto: R\$ 65.555.340,00

Margem de segurança de 5%.

Projeção de Alíquotas	
Plano Familiar	8,70%
Plano Individual	7,00%
Patronal	8,70%

OBSERVAÇÃO:

Caso não haja o aumento indicado e para manter as contribuições atuais, mesmo prevendo um superávit para o ano seguinte, deveremos nos ater que para tanto será preciso objetivar a redução ainda nos moldes da avaliação anterior de pelo menos 7 milhões no ano.

Implantação de novos valores de Piso e Teto

Indicamos o aumento do Piso e Teto de contribuição para:

Valor de Referência (VR): 12% do Padrão 1

Plano	Piso	Teto
Individual	1 x VR	3 x VR
Familiar	2 x VR	6 x VR

CENÁRIO 4

Nos mesmos moldes de projeções de despesas do cenário 3, podemos sugerir uma modalidade de **Plano com cobrança separada por grupo de dependentes**.

Projeção de Alíquotas	
Servidor	7,00%
Patronal	8,70%
Grupo de Dependentes	3,50%

Neste caso sugerimos a implantação do mesmo piso e teto para inclusão dos servidores titulares e caso o servidor queira incluir dependentes implantar os mesmos limites do plano familiar, independente da quantidade e características.

CENÁRIO 5

Este cenário estabelece uma custeio diferenciado somente se reduzir as despesas conforme indicação abaixo:

Plano com cobrança separada por grupo de dependentes sem considerar o aumento de hospitais bem como margem de segurança. Reduzindo as despesas conforme indicação.

Previsão de Gasto: R\$ 56.555.340,00

Margem de segurança: 0%

Projeção de Alíquotas	
Servidor	6,00%
Patronal	7,70%
Grupo de Dependentes	2,50%

Neste caso sugerimos a implantação do novo piso e teto, para inclusão dos servidores titulares e caso o servidor queira incluir dependentes implantar os mesmo limites do plano familiar, independente da quantidade e características do dependente.

INDICAÇÃO DE REDUÇÃO DE GASTOS NECESSÁRIA

Medicamentos: Reduzir para 15% a cobertura de farmácia;

Art. 19: Permanecer com cobertura somente para o segurado Titular;

Hospitalização: Incluir coparticipação de 10%

Órteses e Próteses: Incluir coparticipação de 10%

Exames de Laboratórios: Renegociar contrato para redução de gastos em 50%.

CENÁRIO 6

CUSTEIO INDICADO QUESTÕES DO SEMINÁRIO

Conforme retorno, da consulta realizada por intermédio do Seminário consultando o Servidor Público de Caxias do Sul sobre formas de custeio e concessões de benefício oferecidos pelo Plano, podemos sugerir algumas ações vinculadas aos cenários apresentados, porém, limitando às respostas das questões realizadas.

Para tanto analisamos o questionário respondendo tecnicamente as questões relevantes sobre o questionário avaliado.

CUSTEIO PLANO FAMILIAR INDIVIDUAL (Novo Piso e Teto)

Margem de 5%

Volta do Gasto em Hospitais na base de 50%

Gasto: R\$ 65.555.340,00

Cenário 6

Projeção de Alíquotas	
Plano Familiar	8,70%
Plano Individual	6,50%
Patronal	7,70%

CUSTEIO DEPENDENTE SEPARADO (Novo Piso e Teto)

Margem de 5%

Volta do Gasto em Hospitais na base de 50%

Cenário 6.1

Projeção de Alíquotas	
Servidor	7,00%
Patronal	7,70%
Grupo de Dependentes	3,50%

Mudanças Necessária Seminário:

Art. 19: Permanecer com cobertura somente para o segurado Titular;

Órteses e Próteses: Incluir coparticipação de 10%

Exames de Laboratórios: Renegociar contrato para redução de gastos em 50%.

ANÁLISE DO QUESTIONÁRIO DO SEMINÁRIO

QUESTÃO 1:

Você acha que tem que continuar a Farmácia do IPAM com desconto em folha somente para compras de medicamentos com receita médica?

Respostas	Nº	%
Sim	1111	80,62
Não	265	19,23
Sem resposta	2	0,15
Total	1378	100,00

RESPOSTA ATUARIAL:

A análise desta resposta leva-nos a creditar a continuação do benefício de Farmácia para o Plano, porém as respostas a seguir invalidam a continuação do molde como ele é apresentado, uma vez que analisando a resposta 1.1 e 1.2 vemos que o comportamento dos segurados rejeita um aumento de custeio para manutenção da cobertura. Bem se não podemos aumentar o custeio a indicação é reduzir a cobertura em pelo menos 50%. Esta redução para a projeção de gastos no ano de 2014 pode chegar a R\$ 3.600.000,00.

QUESTÃO 1.1:

Você aceitaria manter a cobertura de medicamentos para quem quiser, criando-se desta forma uma contribuição adicional para quem optar?

Respostas	Nº	%
Sim	105	7,62
Não	1264	91,72
Sem resposta	9	0,66
Total	1378	100,00

QUESTÃO 1.2:

Você aceitaria em manter a cobertura de medicamentos para todos, porém aumentar a contribuição atual?

Respostas	Nº	%
Sim	118	8,57
Não	1245	90,38
Sem resposta	15	1,08
Total	1378	100,00

QUESTÃO 2:

Você concorda, para manter o Plano IPAM SAÚDE, em estudar a hipótese de incluir uma coparticipação do segurado, nos casos de cirurgia com colocação de órteses e/ou próteses, em percentual entre 5% a 10% do valor da órtese e/ou prótese para que com isso pudéssemos reduzir para todos a contribuição do segurado?

Respostas	Nº	%
Sim	847	61,46
Não	525	38,09
Sem resposta	6	0,45
Total	1378	100,00

RESPOSTA ATUARIAL:

A aplicação de coparticipação de 10% sobre o gasto com materiais deverá gerar uma arrecadação de aproximadamente R\$ 650.000,00 no ano de 2014. Indicamos aplicar a medida afim possibilitar o incremento de receita.

QUESTÃO 3:

Você é a favor de ser criada uma coparticipação diferenciada, sendo ela menor se fosse paga à vista para o prestador de serviços no ato de execução do procedimento?

Respostas	Nº	%
Sim	982	71,26
Não	384	27,86
Sem resposta	12	0,88
Total	1378	100,00

RESPOSTA ATUARIAL:

Teríamos aqui uma oportunidade de fixar uma coparticipação diferenciada para pagamento a vista, mantendo atual coparticipação se paga a vista e elevar, para preservar o equilíbrio do plano, se for paga a prazo, como por exemplo aumentar em mais 10% o valor pago, conforme indica a resposta 3.1 a seguir.

QUESTÃO 3.1:

Você é a favor de ser criada uma coparticipação diferenciada, sendo ela maior se fosse paga somente na conta de reposição?

Respostas	Nº	%
Sim	645	46,80
Não	708	51,37
Sem resposta	25	1,83
Total	1378	100,00

QUESTÃO 4:

Você concorda em aumentar as alíquotas tanto patronal quanto do segurado, mantendo os mesmos serviços atuais?

Respostas	Nº	%
Sim	140	10,15
Não	1219	88,46
Sem resposta	19	1,39
Total	1378	100,00

RESPOSTA ATUARIAL:

A princípio ninguém quer aumento, porém é inevitável para manter o equilíbrio técnico termos que alterar a forma de custeio introduzindo a contribuição por parte do dependente. A indicação recai em uma primeira análise fixar a alíquota de 6,00% para todos os segurados titulares com Piso de 12% do P1 e Teto de 3x este valor, 7,7% de contribuição patronal, e conforme resposta a seguir, mais 2,50% por dependente, com teto do plano com dependentes sendo o dobro do individual. As regras de contribuição continuam iguais para matriculas duplas e servidores casados entre si.

ALERTA: Este modelo somente poderá ser implantado caso sejam executadas as indicações de redução de gastos propostas. Como por exemplo: Redução de gastos com medicamentos em 50%, Redução de Gastos em exames em 50% e Art. 19 fixado somente para o Titular do Plano.

QUESTÃO 4.1:

Você concorda em estudar a hipótese de separar as contribuições e criar uma alíquota para o segurado titular e outra adicional para a adesão de cada dependente?

Respostas	Nº	%
Sim	1086	78,81
Não	284	20,61
Sem resposta	8	0,58
Total	1378	100,00

QUESTÃO 4.3:

Você concorda em estudar a hipótese de ser criada uma contribuição facultativa fixada conforme cálculo atuarial para dependentes filhos maiores de 21 anos até 29 anos?

Respostas	Nº	%
Sim	846	61,39
Não	522	37,88
Sem resposta	10	0,73
Total	1378	100,00

RESPOSTA ATUARIAL:

Como exemplo de arrecadação boa, ou seja, esta faixa de dependentes, desde que esteja estudando, é uma faixa que geralmente traz somente arrecadação para o plano e pouco gasto. Estimamos algo em torno de R\$ 70.000,00 ano.

QUESTÃO 6:

Caso fosse possível direcionar os atendimentos dos serviços próprios, em especial a ODONTOLOGIA, para a rede credenciada do IPAM SAÚDE, como dito anteriormente, por esta ser de um custo bem menor, possibilitando a redução da contribuição e também desta forma fosse reduzida a participação do segurado nos serviços de Odontologia de 50% para 30%, PERGUNTA-SE: O servidor optaria em:

Respostas	Nº	%
Manter a Odontologia nos serviços próprios e, desta forma aumentando a alíquota do Plano	85	6,17
Manter apenas Perícia de Odontologia e passar a Odontologia para Rede Credenciada e reduzir a contribuição e participação de todos os segurados de 50% para 30%	1122	81,42
Sem resposta	171	12,41
Total	1378	100,00

RESPOSTA ATUARIAL:

Conforme levantamento executado pela Contadoria do Instituto tal medida visa atender a necessidade de reformulação de estrutura em função de apontamento do TCE/RS. Na parte de custeio sugerimos manter os 50% nos serviços conveniados sem finance manto. Mantendo neste caso o gasto aproximado em odontologia.

QUESTÃO 7:

Diante dos elevados gastos com o Art. 19 que dá cobertura integral do IPAM para: cardiopatia grave, alienação mental, neoplasia maligna em atividade, síndromes paralíticas irreversíveis incapacitantes, diabete melito com evidência de comprometimento macro-vascular, doenças pulmonares incapacitantes para o trabalho, cegueira evolutiva ou insuficiência renal crônica, que em 2012 totalizou o gasto de R\$ 10.052.769,00 com titulares e R\$ 4.075.767,00 com dependentes, PERGUNTA-SE: Em sua opinião o custeio do Art. 19 previsto na Lei Complementar Nº 298/07 poderá ser revisto, no que se refere a cobertura dos dependentes?

Respostas	Nº	%
Sim	640	46,44
Não	580	42,09
Sem resposta	158	11,47
Total	1378	100,00

RESPOSTA ATUARIAL:

No que tange a cobertura ser exclusivamente para o titular, acarretaria em uma redução nos gastos em aproximadamente R\$ 850.976,00 por ano.

8. Parecer Conclusivo

A presente Avaliação Atuarial 2014 teve por objetivo verificar a evolução do Plano de Saúde implementado aos servidores públicos do município de Caxias do Sul nos seus aspectos técnicos e regulamentares. Foram analisadas as receitas bem como as despesas em função das novas bases implantadas.

Queremos também 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 um crescente aumento nas despesas. Tal fato, não é surpreendedor, haja vista as Tendências Naturais ser de aumento com saúde no decorrer do passar dos anos. Alguns fatores contribuem para este comportamento:

Com o passar dos anos, logicamente, a idade dos segurados aumenta, e a cada exercício observamos um acréscimo na frequência de utilizações. Não necessariamente a utilização do Plano se faz por motivo de doença, mas por motivos de prevenção. Este fenômeno, ocorre naturalmente, e de certa forma auxilia positivamente para que o Plano não obtenha gastos futuros de maior relevância, uma vez que adotando o comportamento preventivo o segurado estará contribuindo para uma economia em gastos com saúde de maior relevância como por exemplos doenças graves. Prevenção, torna-se, atualmente, em um cenário como o de Planos de Assistência Públicos, uma palavra de suma importância.

Característica comum da população em países desenvolvidos, o Brasil começa a ver crescer "de forma acelerada" o número de idosos. Em um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), realizado o ano passado indica que a quantidade de brasileiros com 60 anos ou mais cresceu 55% em 10 anos. Isso significa que a terceira idade passou de 15,5 para 23,5 milhões de pessoas.

Com o crescimento, ainda segundo o levantamento do IBGE, os idosos passaram a representar cerca de 12% da população total do Brasil, que é de aproximadamente 195 milhões de pessoas ante os 9% registrados a 10 anos atrás.

A taxa é medida por meio da razão entre o número de pessoas de 60 anos ou mais que existem para cada 100 pessoas com menos de 15 anos de idade no período de dez anos passou de 31,7 para 51,8. Isso significa que atualmente há aproximadamente um idoso para cada duas pessoas de menos de 15 anos.

Na última Avaliação Atuarial do Plano IPAM SAÚDE, registramos, entre os anos de 2003 e 2013, um crescimento na ordem de 79% na quantidade de segurados com mais de 60 anos, enquanto que na mesma época os servidores ativos cresceram apenas 35%. Isso significa que a terceira idade passou de 1.073 segurados em 2003 para 1.923 em 2013.

Recomendamos a Unidade Gestora do Plano, permanecer e intensificar os programas e políticas de saúde preventiva, pois somente desta maneira os gastos com saúde reduzirão significativamente.

O avanço no campo do desenvolvimento tecnológico da medicina curativa, torna-se outro fator de real grandeza importante para contribuição do aumento dos gastos com saúde. Vejamos: atualmente, alguns procedimentos médicos, que outrora dependiam de grande necessidade de execução, complexidade laborar traduzindo-se em elevado risco ao paciente, tornaram-se, progressivamente ao desenvolvimento de novas descobertas e técnicas,

atividades médicas de baixo risco e de grande retorno ao usuário. A tendência observada neste caso leva a um aumento de utilizações por parte dos segurados dos Planos Médicos uma vez que a própria dor, trauma pós cirúrgico e o aspecto da ansiedade reduziram drasticamente, levando o usuário a opção de executar procedimentos que antes desistia-se com maior facilidade.

Ainda podemos como fonte de receita alternativa e estendo a cobertura para filhos maiores de 21 até 29 anos, se estudantes, incluir uma alíquota por adesão de 2,50% sobre o salário de contribuição do titular vinculado, com valor mínimo de R\$ 52,00 e máximo de R\$ 104,00.

Sem considerar o retorno de despesas com hospitais e também não incluindo margem de segurança podemos prever um resultado de 2 milhões positivos, porém este cenário é extremamente preocupante, na medida em que pelo menos não se reduza o valor de farmácia para 15% de cobertura, reduza em 50% os gastos em laboratórios renegociando os contratos, reavalie o gasto com Art. 19 somente para titular e introduza coparticipação de 10% em hospitais e órteses e próteses, bem como se estabeleça o novo piso e teto de 12% do P1.

O Plano IPAM Saúde, para o ano de 2014, nos moldes atuais, esta projetando um fechamento superavitário técnico na ordem de R\$ 2.000.000,00, caso não aumente o gasto em hospitais.

Diante de tais fatos, sugerimos que sejam avaliados todos as rotinas e serviços prestados, uma vez que a tendência de gastos com saúde, tornam-se cada vez maiores em função dos custos e avanço da idade média do grupo segurado.

Finalizando, cumpri-nos informar, que este trabalho levou em consideração os mais usuais preceitos técnicos aplicáveis a matéria para quantificar as receitas necessárias ao bom desenvolvimento, andamento e manutenção Plano IPAM Saúde, visando os equilíbrios técnicos, financeiros e atuariais.

Anexo Tabela Resumo de Cenários:

Porto Alegre, 22 de Abril de 2014.



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

DAEAADOIGDOJ

IPAM Saúde

Caxias do Sul - RS

Anexo: Avaliação Atuarial 2014

TABELA RESUMO DE CENÁRIOS 2014								
PLANO	Cenário 1	Cenário 2	Cenário 3	Cenário 4	Cenário 5	Cenário 5.1	Cenário 6	Cenário 6.1
Margem de Segurança	10%	10%	5,00%	5,00%	0,00%	5,00%	5,00%	5,00%
Volta do Gasto com Hospital	100%	100%	50,00%	50,00%	0,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Gasto Projetado no Ano (R\$)	74.555.340,00	74.555.340,00	65.555.340,00	65.555.340,00	56.555.340,00	65.555.340,00	56.555.340,00	65.555.340,00
Farmácia (Desconto)	25,00%	25,00%	25,00%	25,00%	15,00%	15,00%	25,00%	25,00%
Participação Hospitais	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,00%	10,00%	0,00%	0,00%
Participação Órt. e Próteses	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
Redução Exames	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	50,00%	50,00%	50,00%	50,00%
Art. 19	Integral	Integral	Integral	Integral	Só para Titular	Só para Titular	Só para Titular	Só para Titular
Alíquota Servidor	10% Fam. 8,50% Ind.	8,5% (Titular)	8,70% Fam. 7,00% Ind.	7,00% (Titular)	6,00% (Titular)	6,50% (Titular)	8,70% Fam. 6,50% Ind.	7,00% (Titular)
Alíquota Patronal	10,00%	10,00%	8,70%	8,70%	7,70%	7,70%	7,70%	7,70%
Custeio Dependente	0,00%	4,50%	0,00%	3,50%	2,50%	3,50%	0,00%	3,50%

O Cenário 5 foi desmembrado em 5.1, sendo aplicada na mesma estrutura a margem de segurança de 5,00% e a volta em despesas com Hospitais em 50,00%.