

IPAM Saúde
Caxias do Sul - RS

IPAM Saúde

AVALIAÇÃO ATUARIAL 2012

MUNICÍPIO

CAXIAS DO SUL - RS

Apresentação
Março 2013

Índice

	Pág.
1. Introdução.....	03
2. Definições.....	03
3. Base Cadastral.....	05
4. Estatística do Grupo Segurado.....	06
4.1 Titulares.....	06
4.2 Dependentes.....	06
5. Utilização e Gastos do Grupo Segurado.....	07
5.1 Indicações Técnicas.....	10
6. Bases Técnicas.....	17
7. Custeio do Plano.....	22
8. Parecer Conclusivo.....	23

1. Introdução

A presente Avaliação Atuarial, realizada em março de 2013, 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.

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 2012 até Dezembro de 2012**) 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 2012 até Dezembro de 2012**) 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 e 2012** 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 2012** 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 2012, apuraram-se as análises demográficas e comportamentais do grupo de Participantes Segurados Titulares e Dependentes: (Verificar Anexos)

4.1 TITULARES

Observamos a base de servidores apresentada no total de 9.268 titulares, concentrando-se na média de idade 49,62 anos. Totaliza uma folha de salários de contribuição no valor de R\$ 29.054.404,98. Registra um salário base de contribuição médio de R\$ 3.134,92. Quanto aos valores salariais, nesta avaliação, conclui-se que a média salarial permaneceu em aumento de 15% da mesma forma que estimados na avaliação anterior.

O grupo geral é dividido em Plano 1, Plano 2, Plano 97 e Plano 98, sendo o Plano 1 o Familiar, Plano 2 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 hipótese 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. Neste ano de 2012 o grupo estabeleceu uma divisão registrando no grupo familiar 73% aproximando-se mais este ano da estimativa inicial de divisão do planos.

4.2 DEPENDENTES

Para o grupo participantes do Plano Familiar foi registrada uma adesão de 0,885 dependentes por titular.

5. Utilizações e Gastos do Grupo Segurado

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

Relatório de Evolução de Despesas IPAM SAÚDE (previsão para ano de 2013)

PROCEDIMENTOS	DESPESAS (R\$)									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013*	
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	840.401,10	
Variação		0,98	1,04	1,00	1,06	1,07	1,12	1,12	1,10	
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	653.596,20	
Variação		0,95	1,20	0,96	1,14	1,17	1,25	1,07	1,16	
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	103.453,56	
Variação		0,95	0,88	0,56	0,82	1,22	1,15	1,30	1,22	
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	771.599,47	
Variação		1,04	0,87	1,00	1,02	1,14	1,08	1,00	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	2.707.241,16	
Variação		0,99	0,92	1,05	1,11	1,15	1,05	1,12	1,11	
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	9.671.746,84	
Variação		1,02	1,09	1,12	1,14	1,27	1,06	1,06	1,13	
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	6.989.782,11	
Variação		1,10	0,76	1,08	1,21	1,12	1,11	1,10	1,11	
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	25.895.672,11	
Variação		1,10	0,89	1,42	1,09	1,31	1,25	1,25	1,27	
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	1.815.680,88	
Variação		0,84	0,89	1,61	1,17	1,12	1,24	1,15	1,17	
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	1.354.278,24	
Variação		1,04	0,91	1,08	1,12	1,08	1,21	1,07	1,12	
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	1.316.907,90	
Variação		0,99	0,78	0,95	1,06	1,12	1,06	1,11	1,10	
DESPESA C/SAÚDE	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	52.120.359,57	
Variação		1,05	0,91	1,20	1,13	1,22	1,16	1,16	1,18	
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	2.186.019,58	
Variação		1,08	1,14	1,12	1,13	1,41	0,92	1,23	1,19	
DESPESAS 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	5.687.373,11	
Variação		1,10	1,03	1,31	0,97	1,18	1,11	1,11	1,13	
DESPESA 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	59.993.752,26	
Variação		1,06	0,93	1,21	1,11	1,22	1,14	1,16	1,18	

* 2013 estimado

Artigo 19

Evolução dos Gastos com Artigo 19. Podemos observar que o gasto no Plano referente a coberturas atendidas pelo Art. 19, cresceu 32% no último ano.

DESPESA	2008	2009	2010	2011	2012
Art. 19 LCM 298/2007	1.323.526	6.906.219	10.266.466	13.125.688	14.128.536
Titular	1.088.491	5.062.925	7.958.810	10.099.251	10.052.769
Dependente	235.035	1.843.294	2.307.656	3.026.437	4.075.767
Demais despesas IPAM	22.616.528	19.889.071	22.546.888	24.882.601	29.916.410
Convênios	21.567.674	18.784.952	21.291.895	23.568.504	28.445.288
Reembolsos e INSS	1.048.854	1.104.119	1.254.993	1.314.097	1.471.122
TOTAL	23.940.054	26.795.290	32.813.354	38.008.289	44.044.946
Proporção	24%	26%	31%	35%	32%

Previsão de Receitas do Plano para 2013

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*	23.674.716,73	1,15	28.857.708,74	1,15	52.532.425,47

Avaliação Atuarial 2012

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*	20.624.099,60	1,15	24.930.095,76	1,15	45.554.195,36

Podemos verificar que na Avaliação anterior observamos uma estimativa de R\$ 45.554.195,36 para o exercício 2012 onde o mesmo fixou em valores realizados o montante de R\$ 45.680.369,27 . Tal resultado leva-nos a concluir que a estimativa para o ano de 2013 deverá ser a esperada estabelecida em aproximadamente R\$ 52.532.425,47 de gastos no Plano de Assistência e Saúde.

Quanto aos resultados podemos observar que o déficit esperado deverá atingir a cifra de R\$ 7 milhões para o fechamento do ano de 2013.

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)

Comparando a evolução das despesas em função da folha de pagamento podemos verificar, um aumento da folha de contribuição na ordem de 15%, contra um reajuste em valores totais de despesas na faixa dos 18%. Desta forma em, efeito cascata a cada ano de diferenças negativas teremos um comportamento deficitário crescente e exponencial em comparação ao aumento das receitas.

Conforme já explanado nas Avaliações Atuariais anteriores reafirmando que o Plano IPAM Saúde passaria os R\$ 50.000.000,00 de gastos para o exercício de 2012 e conferindo o gasto real registrado em R\$ 50.647.077,79, **Reafirmamos a necessidades de regulamentações das despesas em especial os critérios de concessões no pagamento a hospitais, medicamentos e artigo 19, pois ainda já esta previsto para o fechamento de 2013 com um aumento de gasto que poderá atingir aproximadamente R\$ 60 milhões de reais para o ano.**

5.1 Indicações Técnicas Preliminares

Neste ponto do estudo poderemos citar algumas indicações técnicas a fim de visualizar como poderíamos atacar o déficit crescente do plano.

Primeiramente, frisamos que esta indicações, tratam-se de planejamento inicial, devendo os mesmos critérios serem amplamente debatidos e tratados de forma técnica e legal, afim de não transcorrerem em ferimentos jurídicos ocasionando demandas judiciais contra o IPAM.

1) Artigo 19

O artigo 19, hoje tratado diretamente pelo Plano, sem alongar-se na esteira histórica do passado de como e forma veio parar no Plano, mas tendo a

certeza que trata-se de Benefício Assistencial Patronal e não Seguro de Saúde, como acertadamente recomendamos que deverá ser tratado o Plano daqui para frente, 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.

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. redução prevista de R\$ 7 milhões.

3) Gastos em odontologia

Atualmente a odontologia funciona de duas formas: Serviços Próprios e Convênios. Os serviços Próprios executados na estrutura do 2º andar do prédio do IPAM possui 4 gabinetes odontológicos, um raio X e demais atendimentos. Conforme dados do setor de odontologia , verificamos que os gastos com folha de pessoal e dentistas CC´s no quadro montam em um custo individual de R\$ 4.527,66 por mês, enquanto se fossem estatutários somariam a importância de R\$ 4.046,63. Tornando-se mais econômico para o IPAM a mudança de vínculo. O que deveremos nos ater seria quanto é despendido ao gasto em odontologia no total do plano. Chegamos a cifra para o IPAM de, entre serviços próprios e convênios respectivamente no ano de 2012: R\$ 1.039.719,81 e R\$ 701.230,00 totalizando R\$ 1.740.949,81 de gastos com a estrutura de atendimento da cobertura do Plano em odontologia. Neste caso teremos em 17.470 segurados (quantidade de participante do plano no final do ano de 2012) entre titulares e dependentes um custo individual de aproximadamente R\$ 99,65 por ano, ou R\$ 8,30 reais por mês de gasto com o plano de odontologia. Este valor

aproximou-se de cotações elaboradas para simulação de contratação de plano odontológico no mercado. (ver anexo)

Conforme dados do setor de odontologia, fomos informados de que o plano atendeu uma demanda em serviços próprios de 12.828 procedimentos e 5.891 usuários, sem contar com a parte de perícia odontológica, que entre inicial e final somou aproximadamente 4.500 procedimentos mês, enquanto nos convênios obtivemos a informação, conforme relatório de Resumo Geral dos Lotes (por Período), de 25.423 procedimentos com um gasto de R\$ 701.230,00 para o IPAM e R\$ 966.252,70 para o segurado totalizando R\$ 1.667.482,70, isto significa um custo total por procedimento de R\$ 65,60 por ano ou R\$ 55,17 somente no gasto para o INSTITUTO, enquanto os serviços próprios para um consumo de 12.828 procedimentos despendeu o valor de R\$ 1.039.719,81 ou comparativamente um custo de R\$ 81,05, 23,55% maior que o custo com convênios. Se considerar apenas o gasto do IPAM em convênios o gasto passa a ser 1,93 vezes maior nos serviços próprios. O que nos leva a pensar em analisar a possibilidade de passar todos os atendimentos para a rede conveniada ou reduzir os gastos com serviços próprios. Lembramos que ainda incide sobre o financiamento fornecido ao usuários o gasto pago pelo IPAM de INSS, o que deveria ser verificado um percentual para suprir tal dispêndio o que gera uma gasto fiscal de aprox. R\$ 54.000,00 no ano. Caso fica-se somente a parte de perícia odontológica com 2 servidores estatutários o IPAM poderia chegar a uma redução de despesa de aproximadamente 82% da despesa de R\$ 1.040.000,00 que hoje consome a estrutura de serviços próprios.

	<u>Estrutura</u>	<u>Redução</u>
	<u>Serviços Próprios ODONTO</u>	<u>Perícias</u>
Mão de Obra	743.324,37	105.196,00
Mat. Consumo	77.259,36	20.251,42
Ser. 3ºs	23.580,75	6.181,05
Engargos 13º	58.533,24	15.342,88
Engargos Féria	58.667,64	15.378,11
Custos IND.	78.354,45	20.538,47
Total	1.039.719,81	182.887,92

Em relação a contratação de clínicas para atendimento dos serviços próprios, será necessário uma cotação oficial de cada empresa a fim de dimensionar características de atendimento e garantia de satisfação dos segurados. É muito comum no mercado, a adesão ao Plano privado de saúde, ser fixada em valores abaixo do necessário para após ser ajustado, por isso a análise contratual bem como a análise estrutural do Plano, principalmente Plano Odontológico, que muitas vezes estão desprendidos da fiscalização da ANS, executarem o ingresso de novas contratações. Mesmo assim, não indicamos a contratação de clínica específica. Ainda permanecemos com a solução de manter os serviços próprios somente para perícia e passar todos os atendimentos para a rede conveniada com participação do segurado de 50% pagos no local do atendimento.

Este procedimento de gestão acarretaria na redução global de 30% nos gastos em odontologia, ou seja aproximadamente R\$ 400.000,00.

Tabelas de Custos individuais e Valores da Odontologia:

TABELA PROGRESSIVA

Odontologia		Segurados		25.423	
CONVENIOS					
Gasto IPAM	Part. Segurado	Gasto Segurado	ANO	MÊS	
701.230,00	50%	701.230,00	27,58	2,30	
841.476,00	40%	560.984,00	33,10	2,76	
981.722,00	30%	420.738,00	38,62	3,22	
1.121.968,00	20%	280.492,00	44,13	3,68	
1.262.214,00	10%	140.246,00	49,65	4,14	
1.332.337,00	5%	70.123,00	52,41	4,37	
1.402.460,00	0%	-	55,17	4,60	

SERVIÇOS PRÓPRIOS

Odontologia		Segurados		12.828	
TOTAL	MO	DA	MO ANO	TOTAL ANO	
1.039.719,81	743.324,37	296.395,44	57,95	81,05	
Part. Segurado					
50%	371.662,19		28,97		
40%	445.994,62		34,77		
30%	520.327,06		40,56		
20%	594.659,50		46,36		
10%	668.991,93		52,15		

TOTAL GERAL

Gasto IPAM	Part. Segurado	Redução	Gastos IPAM	
Gasto Total Hoje	1.444.554,37			
1.072.892,19	50%	25,73%	371.662,19	
1.287.470,62	40%	10,87%		
1.502.049,06	30%	-3,98%		

Propostas a serem estudadas para redução de despesas

✓ Gatilho nas utilizações (sinistralidade)

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

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

✓ Redução no Número de Credenciados (1/ xxxx)

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

✓ Adesão de novos servidores (Projeto)

Este Projeto estabelece uma dinâmica, que atualmente, é executada por todos os Planos de Saúde Privados (UNIMED, GOLDEN CROSS, BRADESCO,...). Trata-se de: " TRAZER GENTE NOVA E SAUDÁVEL PARA CONTRIBUIR PARA O PLANO" (evidentemente que com carência e estudo preliminar). Ou

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

✓ **Limites Financeiros segurados e credenciados**

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

conjugado com o projeto do Gatilho e Coparticipação o próprio segurado poderá ser o gestor de seus gastos e controlar sua utilização.

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

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

✓ *Perícia e Auditoria*

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

✓ *Aumento de custeio Segurado*

Conforme as tabelas apresentadas, este indicativo, não se trata de alternativa propriamente dita, e sim um reflexo direto para manutenção de equilíbrio atuarial do sistema. Uma vez identificada a necessidade deste aumento, poderá ser implementado o reajuste de forma linear, igual para todos ou estratificado, conforme critérios etários ou salariais. Tal alternativa somente deve ser estudada após a análise criteriosa das demais sugestões.

✓ *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 chamadas doenças do trabalho, por exemplo: rinites 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.

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 : Σ RECEITAS = Σ DESPESAS

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

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:

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

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

Indicamos a revisão das alíquotas de equilíbrio atualmente aplicadas caso ocorra a manutenção das tendências observadas em relação aos gastos efetivados em saúde em função da estrutura de concessões hoje aplicada. Uma vez revista às mudanças legais necessárias deveremos recalcular as alíquotas e limites fixados. Apresentamos, em fase de simulação, as alíquotas que seriam indicadas para a arrecadação necessária a fazer frente aos gastos futuros. Considerando o mesmo patamar para a fixação dos pisos e tetos.

Projeção de Alíquotas	
Plano Familiar	11,00%
Plano Individual	9,50%
Patronal	11,00%

Para manter as alíquotas nos patamares atuais deveríamos observar as indicações técnica elaboradas no presente Avaliação Atuarial na página 10, o que seria necessário demandar uma redução aproximada de R\$ 18.000 milhões de reais ano, mantendo-se neste patamares para verificação comportamental futura.

8. Parecer Conclusivo

A presente Avaliação Atuarial 2013 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.

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.

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 a **Tendência Natural** ser de aumento com saúde no decorrer do passar dos anos. Alguns fatores contribuem para este comportamento:

Reafirmamos:

- 1) Com o passar dos anos, logicamente, a idade dos segurados aumenta, e a cada exercício observamos um acréscimo na freqüência de utilizações. Não necessariamente a utilização do Plano se faz por motivo de doença, mas por motivos de prevenção; quem não se preocupa ao atingir a idade de 40 anos? Procura fazer um controle mais rigoroso da alimentação? Pois é nesta idade que concentra-se a média de segurados titulares e que o plano de assistência registra um aumento de utilizações de um ano para o outro. 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

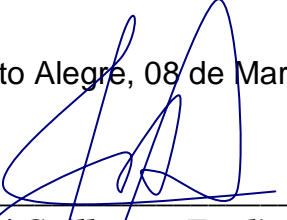
doenças graves. Prevenção, torna-se, atualmente, em um cenário como o de Planos de Assistência Públicos, uma palavra de suma importância;

- 2) 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;
- 3) O envelhecimento, propriamente dito, da população, em três fatores de maior relevância observados, neste ponto do estudo, encerra a lista de comportamentos para justificação dos aumentos dos gastos com saúde. Este item, agrava-se ao emergirmos as características do Plano de Assistência IPAM Saúde, descobrindo-se o caráter fechado para o grupo de servidores do Município de Caxias do Sul. Sendo tal grupo, como frisamos, fechado, ou seja, exclusivo aos servidores e empregados públicos do Município, o Plano torna-se refém deste envelhecimento, possibilitado oxigenar-se de integrantes mais jovens apenas quando ocorrerem novas nomeações.

Diante de tais resultados, recomendamos, para o próximo exercício uma revisão do modelo atual dimensionado uma nova composição de custeio e estrutura de arrecadação.

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.

Porto Alegre, 08 de Março de 2013.



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

Anexo as estatísticas e resultados:

DAEAADOIGDOJ