



**BRPREV**  
ATUÁRIOS

Seu futuro, nosso compromisso

# Consultoria Atuarial

- ✓ Planejamento
- ✓ Gestão
- ✓ Resultado

Porto Alegre, 30 de outubro de 2023

## FUNDO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA - FAM

### **Pelotas**

Relatório Atuarial

Plano de Saúde

## OBJETIVO

Neste trabalho temos como objetivo atender os itens estabelecidos no contrato 4/2023 firmados entre a empresa e o Instituto de Previdência dos Servidores Públicos Municipais de Pelotas. O trabalho buscará desenvolver os seguintes pontos:

- 1) Avaliação dos resultados atuariais do FAM, observando as características cadastrais, financeiras e demográficas dos beneficiários;
- 2) Elaboração de análise de solvência do FAM, em especial levando em consideração o saldo financeiro acumulado, a contribuição do servidor, a projeção da população de beneficiários e as projeções de gastos com assistência médico-hospitalar;
- 3) Avaliação atuarial para definição de tabela de contribuição para dependentes (até 24 anos) de servidores de cargo efetivo;
- 4) Avaliação atuarial para definição de tabela de valores para inclusão de dependentes (24 anos ou mais) de servidores de cargo efetivo;
- 5) Avaliação Atuarial para proposição de cobrança diferenciada para servidor com 60 anos ou mais na utilização do FAM;
- 6) Avaliação atuarial para inclusão de Servidores Públicos Municipais de Pelotas que correspondem ao regime de contratação de cargo não efetivo, ou seja, cargo comissionado, eletivo e celetista, podendo ou não ser extensivo aos seus dependentes;
- 7) Avaliação atuarial para definição de tabela de valores a ser cobrada dos beneficiários citados nos itens 3,4, 5,6;
- 8) Avaliação atuarial para fundamentar o aumento da cobertura por matrícula, de internação hospitalar (atualmente é R\$ 4.278,57) para os usuários do FAM cargo efetivo;
- 9) Elaboração de parecer acerca dos resultados apurados, indicando as práticas necessárias para instaurar equilíbrio financeiro e atuarial do FAM;

## INTRODUÇÃO

O plano de Saúde do município constitui-se em uma das prestações de serviços assistenciais oferecidas pela prefeitura de maneira complementar ao direito à saúde oferecido para a população brasileira através do Sistema Único de Saúde – SUS, e para que essa prestação possa ser feita de maneira sustentável e longa, faz-se necessário a análise atuarial para atestar sua solvência ou insolvência, e as medidas cabíveis para o restabelecimento do equilíbrio.

Atestar a solvência de um plano de saúde compete à avaliação atuarial. Este documento, que possui natureza técnica, irá esclarecer as características peculiares, analisar suas despesas, receitas, sinistralidade, além de fornecer outras informações aos responsáveis pela gestão, que o transforma em uma peça chave para o desenvolvimento sustentável da política pública de saúde do município.

Neste trabalho, realizaremos os seguintes procedimentos para alcançar os objetivos propostos:

- Análise das informações repassadas referentes ao grupo de servidores e dependentes atuais e aos que possivelmente serão inclusos no plano;
- Análise das informações repassadas referentes às utilizações do plano, balanços financeiros e saldos acumulados;
- Descrição das hipóteses e estabelecimento das estatísticas pertinentes com o objetivo de alcançar as respostas para os itens requisitados no contrato; e
- Elaboração do Parecer conclusivo;

Ressalta-se a necessidade de continuidade nos procedimentos de gestão, onde se inclui a avaliação atuarial, para que a qualidade da administração pública voltada à políticas de saúde possa ser mantida e eventualmente aprimoradas.

## Sumário

OBJETIVO.....	3
INTRODUÇÃO .....	4
Sumário .....	5
1. DADOS RECEBIDOS.....	5
2. BASE NORMATIVA.....	7
3. ANÁLISES .....	9
3.1. SOLVÊNCIA .....	9
3.2. INCLUSÃO DE DEPENDENTES.....	14
3.3. ALÍQUOTA DIFERENCIADA PARA MAIORES DE 60 ANOS.....	18
3.4. INCLUSÃO DE SERVIDORES COMISSIONADOS, CELETISTAS E SEUS DEPENDENTES .....	20
3.5. TABELAS DE CONTRIBUIÇÃO .....	27
3.6. INTERNAÇÕES .....	28
4. PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO .....	32

## 1. DADOS RECEBIDOS

Todo trabalho de cunho atuarial fundamenta-se em informações, pois a ciência atuarial baseia-se em princípios estatísticos para derivar os resultados que posteriormente apoiarão as decisões tomadas em contexto prático.

No âmbito atuarial voltado à apuração de resultados para planos de saúde, os dados necessários referem-se a informações a respeito dos usuários e das utilizações, sendo que, quanto maior a riqueza de informações e cruzamento feitos, mais inferências poderão ser realizadas para fundamentar as decisões a serem adotadas.

Para a elaboração deste trabalho, foram utilizadas informações referentes às utilizações e aos usuários do plano em planilhas em Excel encaminhadas pelos gestores responsáveis e retiradas do site do PrevPel. Nestes arquivos, constavam as seguintes informações:

1. **Planilha de Servidores** – Compreende a listagem dos servidores para avaliação para inclusão no plano.
  - Matrícula do Titular, CPF, Nome, Sexo, Data Nascimento, Data Admissão, Base de Cálculo, Estado Civil, Regime;
2. **Tabela de Gastos com Procedimentos** – referentes ao exercício de 2022, separado por quadrimestres.
  - Procedimentos/Serviço, Quantidade Total e Total em R\$ dos Procedimentos;

Um fator importante a ser destacado é que, devido a forma de apresentação e compilação atual das informações nas bases de dados, o trabalho perderá em riqueza de análises.

Quanto à base dos servidores (item 1), a mesma encontrava-se satisfatória com uma riqueza de informações dentro do esperado para uma planilha de usuários e dependentes de um plano de saúde. Como em toda a base de dados, inconsistências são comuns e não são impeditivos para a realização dos trabalhos, desde que as

mesmas não sejam muito significativas. De maneira geral, foi atestado que a base de usuários é satisfatória e consistente para a realização do trabalho.

Contudo, no que se refere às utilizações, apesar da suficiência de informações para a realização do trabalho, recomenda-se a formação de uma base de dados mais rica em informações e cruzamentos para que melhores inferências possam ser feitas. Recomenda-se o armazenamento de dados de cada utilização individualmente com dados relativos à mesma. Dados como: nome e código do usuário que utilizou o plano, procedimento ou código do procedimento, valor dispendido, data da requisição, data da utilização, data do pagamento, entre outras informações. Nos arquivos recebidos foram apresentados somente os **gastos totais por procedimentos** e a **quantidade total de utilizações**, o que é suficiente para apurar conclusões relativas à solvência, mas perde-se a possibilidade de encontrar relações entre os tipos de usuários e os procedimentos.

Devido a apresentação dos dados das utilizações, não foi possível o cálculo de estatísticas padrões como: Gastos mínimo e máximo por procedimento, desvio padrão do gasto com o procedimento, comportamento do gasto com procedimento mensalmente, relações de utilização de procedimento por determinado tipo de usuário (considerando sexo, faixa etária, etc). Somente foi possível obter o gasto médio por procedimento anual e o gasto médio por usuário anual.

De maneira geral, apesar da consistência das informações, recomendam-se melhorias na estrutura das bases de dados que fundamentarão avaliações futuras e estatísticas informativas possam ser retiradas dos dados.

Conclusivamente, os arquivos mostraram-se consistentes e suficientes para a realização do trabalho após a realização de alguns questionamentos para a gestão do plano. Recomenda-se que as informações do plano (utilizações e usuários) estejam sempre atualizadas e que possua procedimentos padrões para a sua atualização e manutenção.

## 2. BASE NORMATIVA

Constituem-se em normas específicas do funcionamento do Fundo de Assistência Médica de Pelotas, definindo estrutura de funcionamento, as coberturas abrangidas, o plano de custeio, além de outras questões.

- **Lei nº 1.984/1972**

“Cria, na Caixa de Pensões dos Servidores Municipais de Pelotas, o Fundo de Assistência Médica;”

São definidos na lei:

- Contribuição Médico Assistencial Obrigatória ao FAM de 4% sobre salário de contribuição (2% segurado, 2% ente);
- Carência de 3 contribuições mensais consecutivas;
- Riscos cobertos:
  - i. tratamento ambulatorial de clínica médica, odontológica, cirúrgica e especialidades;
  - ii. hospitalização para diagnóstico e tratamentos de afecções médicas e cirúrgicas consideradas curáveis;
  - iii. exames complementares de diagnóstico de tratamento.

- **Lei nº 5.499/2008**

“Altera a lei nº 1984, de 07 de julho de 1972, que criou o FAM - Fundo de Assistência Médica dos servidores públicos municipais de Pelotas, e dá outras providências;”

São definidos na lei:

- Dependentes dos contribuintes do FAM;
- Limites da cobertura dos riscos;
- Valores dos honorários pagos pelo FAM a seus profissionais credenciados.

- **Lei nº 5.863/2011**

“Acresce o § 3º ao art. 1º - a da lei nº 1984/72, incluído pela lei nº 5499/08, para facultar ao contribuinte do Fundo de Assistência Médica dos Servidores Públicos Municipais de Pelotas-FAM, a inscrição de enteados como dependentes, e dá outras Providências.”

- **Instrução Normativa Conjunta nº 01/2022**

São definidos na Instrução Normativa:

- Define e atualiza valores dos limites de cobertura dos riscos;
- Define limites de financiamento do FAM para os usuários;
- Atualiza honorários pagos aos profissionais credenciados.

### 3. ANÁLISES

Abaixo, apresentaremos as análises para os itens requisitados. Como alguns itens têm relações entre si, alguns serão agrupados.

#### 3.1. SOLVÊNCIA

(Itens 1 e 2)

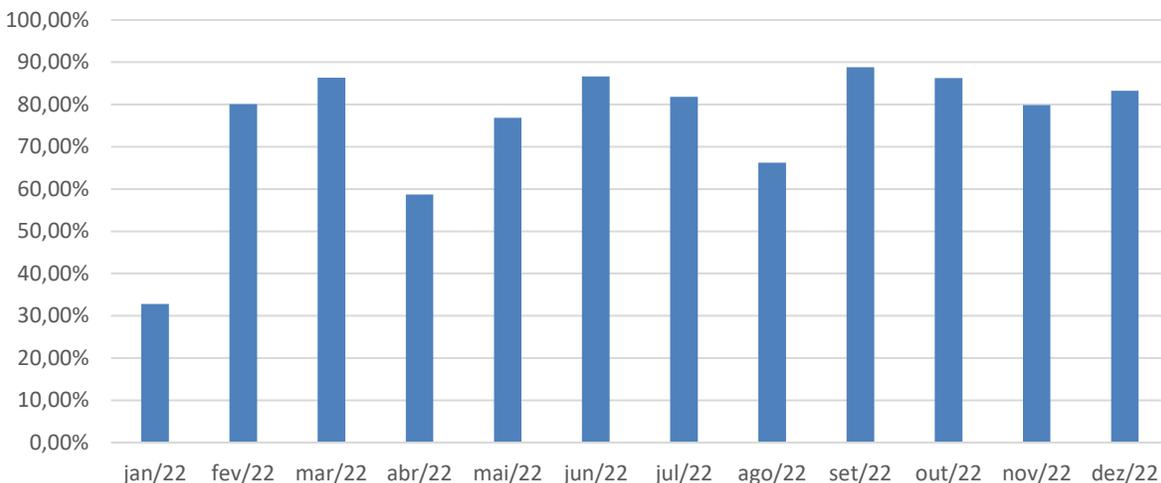
- 1) Avaliação dos resultados atuariais do FAM, observando as características cadastrais, financeiras e demográficas dos beneficiários;
- 2) Elaboração de análise de solvência do FAM, em especial levando em consideração o saldo financeiro acumulado, a contribuição do servidor, a projeção da população de beneficiários e as projeções de gastos com assistência médico-hospitalar;

Para averiguar a solvência do plano, foram utilizadas as informações contábeis dispostas no portal do PrevPrel conjuntamente com as informações cadastrais enviadas através de arquivo Excel. Abaixo, uma tabela sucinta com o descritivo de receitas e despesas para que as análises possam ser iniciadas:

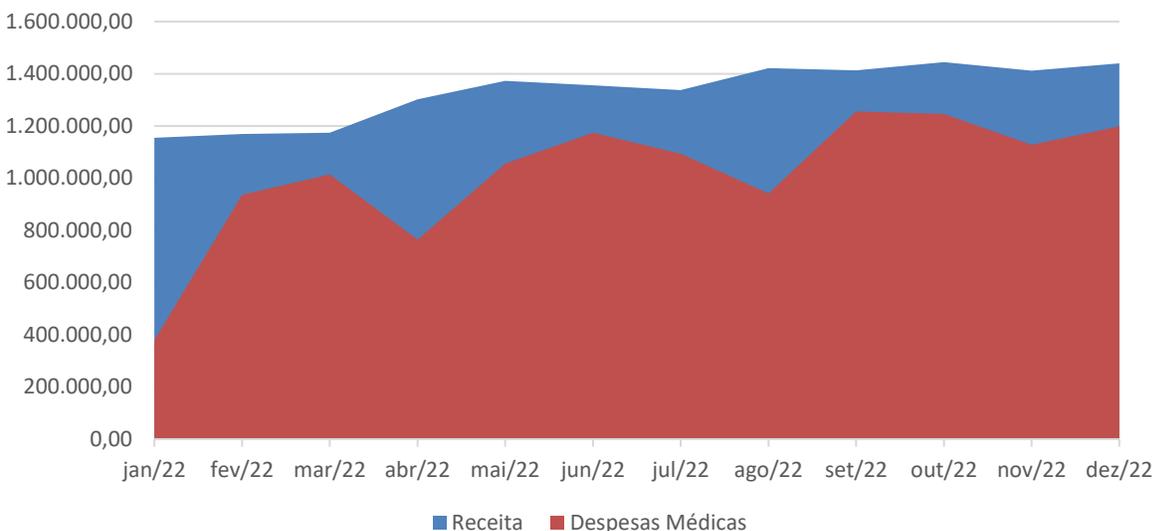
**TABELA – Descritivo Receitas e Despesas Exercício de 2022**

Competência	Receita	Contribuição Participante	Contribuição Ente	Despesas Médicas	Resultado	SINISTRALIDADE
jan/22	1.155.229,38	577.614,63	577.614,75	379.154,51	<b>776.074,87</b>	32,82%
fev/22	1.168.954,86	584.488,43	584.466,43	936.302,17	<b>232.652,69</b>	80,10%
mar/22	1.174.803,64	587.765,42	587.038,22	1.014.187,39	<b>160.616,25</b>	86,33%
abr/22	1.301.962,22	651.352,79	650.609,43	764.015,36	<b>537.946,86</b>	58,68%
mai/22	1.372.729,00	686.364,55	686.364,45	1.055.379,13	<b>317.349,87</b>	76,88%
jun/22	1.355.709,08	678.434,91	677.274,17	1.174.178,12	<b>181.530,96</b>	86,61%
jul/22	1.337.593,38	668.984,67	668.608,71	1.094.213,38	<b>243.380,00</b>	81,80%
ago/22	1.422.161,42	711.298,17	710.863,25	941.612,06	<b>480.549,36</b>	66,21%
set/22	1.413.015,61	706.631,13	706.384,48	1.255.558,07	<b>157.457,54</b>	88,86%
out/22	1.444.614,52	735.789,11	708.825,41	1.246.720,25	<b>197.894,27</b>	86,30%
nov/22	1.411.512,26	705.882,87	705.629,39	1.127.588,16	<b>283.924,10</b>	79,89%
dez/22	1.439.544,53	728.924,20	710.620,33	1.198.309,26	<b>241.235,27</b>	83,24%
<b>TOTAL</b>	<b>15.997.829,90</b>	<b>8.023.530,88</b>	<b>7.974.299,02</b>	<b>12.187.217,86</b>	<b>3.810.612,04</b>	<b>76,18%</b>

**GRÁFICO - SINISTRALIDADE MENSAL DO PLANO**



**GRÁFICO - RECEITAS E DESPESAS**



Observa-se que, no exercício de 2022, o plano obteve um superávit operacional (somente considerando as receitas de contribuição e os gastos médicos) de R\$ 3.810.612,04 e uma sinistralidade de 76,18%. Além disto, foi calculada para o FAM uma alíquota de equilíbrio de 3,25%, isto é, a alíquota que financia e garante o pagamento dos compromissos com gastos médicos. Abaixo, uma tabela com a demonstração do cálculo da alíquota de equilíbrio.

TABELA – Base de Contribuição, Despesa Médica Projetada e Alíquota de Equilíbrio

Base de Contribuição	Despesa Médica Mensal Projetada	Alíquota de Equilíbrio
35.988.613,25	1.169.544,92	3,25%

Pelos primeiros itens analisados, **nota-se que o plano tem solvência e certa robustez**, não somente para a carga atual de despesas médicas, mas também para suportar o aumento nos gastos médicos provindos das variações estatísticas das utilizações e inflação médica mesmo considerando o período de apuração dos dados (exercício de 2022). Contudo, percebe-se que esta robustez não é absoluta, mas de longevidade de médio prazo e isto se deve ao fato de que o plano não irá suportar incrementos contínuos nos gastos provindos da inflação médica anual, sendo que este fato será pormenorizado nos parágrafos seguintes.

De maneira prospectiva, para o ano de 2023, apesar da não disponibilização das informações, **espera-se um superávit operacional**, fato decorrente da suficiência da alíquota de contribuição perante a projeção dos gastos médicos. Estima-se a alíquota de equilíbrio do plano em 3,25% da base de contribuição apurada (já considerando margem de variação estatística e inflação médica para o exercício), percentual inferior aos 4,00% de contribuição atualmente arrecada para o plano.

Contudo, para o exercício de 2024, com mais um ano de incidência de inflação médica, a alíquota arrecadada passará a ter pouca margem perante a nova alíquota de equilíbrio. Caso o reajuste da inflação para o exercício de 2024, fique na casa dos 10%, a folga da alíquota de equilíbrio para a alíquota cobrada será de aproximadamente 0,25%, elevando a sinistralidade projetada para em torno de 90%.

**De maneira geral, o plano apresenta solvência e certa robustez, mas como já referido anteriormente, existem motivos para a realização de ajustes no mesmo para torná-lo mais robusto à variações futuras. Estes ajustes serão abordados nos próximos itens do trabalho.**

Um fator de risco identificado para a solvência do plano relaciona-se à indexação da fonte de receitas, contribuição dos servidores e parte patronal, e das despesas médicas. Basicamente, quando a fonte de receita não é indexada pelo mesmo indicador da despesa, em caso de discrepância entre ambas, há possibilidade de desequilíbrios. Como a contribuição vertida ao plano compõe-se de um percentual retido na remuneração do servidor e não um valor nominal bruto, os aumentos de receita do plano passam obrigatoriamente por aumentos nos percentuais de contribuição ou no aumento da remuneração do servidor. Como a obtenção dos dissídios na esfera pública, com o passar dos anos, tem se tornado de cada vez mais difícil, um aumento nas despesas médicas ou até mesmo inflação médica dos procedimentos – fatores exógenos e fora do controle - pode causar um desequilíbrio entre receita e despesa.

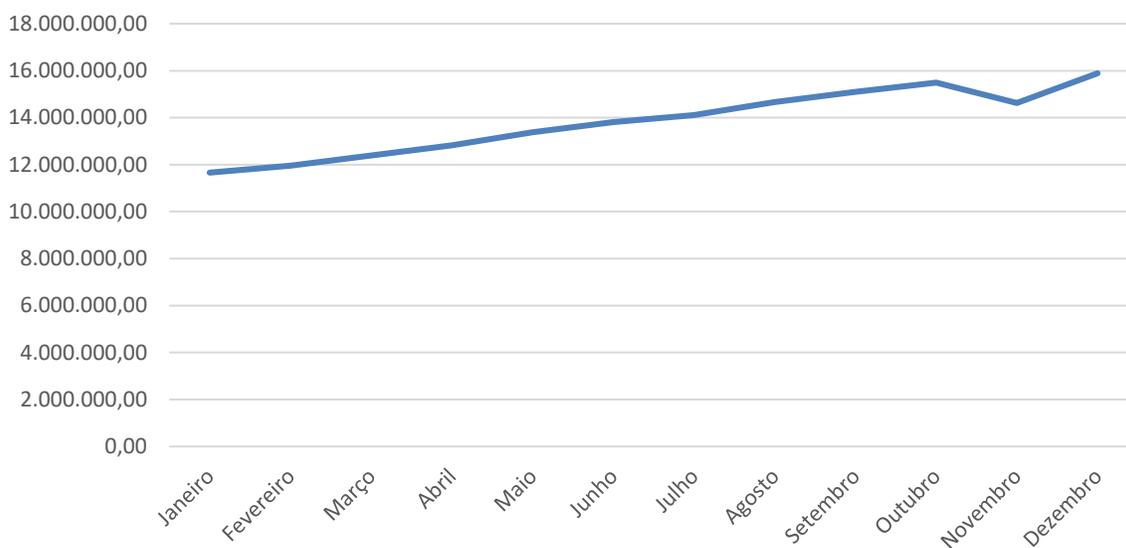
Um fato que atesta a solvência e a mais que suficiência da alíquota de contribuição do FAM perante as despesas (exercício de 2022) é o crescente acúmulo de recursos no caixa do Fundo no exercício. Abaixo, a série histórica do caixa do FAM em 2022.

**TABELA – Recursos Acumulados do FAM**

Mês/2022	Saldo (R\$)
Janeiro	11.661.561,27
Fevereiro	11.956.528,63
Março	12.395.127,63
Abril	12.831.005,61
Maiο	13.373.860,18
Junho	13.809.049,79
Julho	14.117.707,81
Agosto	14.662.777,21
Setembro	15.096.947,47
Outubro	15.497.947,19
Novembro	14.624.223,01
Dezembro	15.892.195,43
<b>Despesa Projetada Mensal</b>	<b>1.169.544,92</b>
<b>Saldo Dezembro 2022/ Despesa Projetada Mensal</b>	<b>13,59 meses</b>

Nota-se que, caso as contribuições vertidas ao FAM fossem interrompidas, o plano conseguiria arcar com as despesas projetadas por aproximadamente 14 meses. Este fato demonstra solidez perante as variações entre receitas e despesas no curto prazo. Além disto, observa-se uma tendência crescente de acumulação de recursos graças à alíquota de contribuição atual do FAM, fato já atestado anteriormente.

**GRÁFICO - Recursos FAM**



Perante as informações obtidas e análises realizadas atestam-se os seguintes fatos:

- O Plano encontra-se solvente, isto é, a sua estrutura contributiva é mais do que suficiente para arcar com a estrutura de custos atual (massa atual de segurados e características de gastos da massa), fato atestado pela comparação da alíquota de contribuição de equilíbrio com a alíquota de contribuição atualmente cobrada e pela tendência crescente dos recursos acumulados pelo FAM no exercício de 2022.

- De maneira prospectiva, esta estrutura tem solidez de médio prazo (de um até cinco exercícios), vide que, ainda há margem de crescimento da sinistralidade frente ao prêmio total cobrado. Como não há margem de lucro e baixo custo administrativo, o percentual médio de sinistralidade de 76,18% ainda possibilita uma certa margem de crescimento. Contudo, alerta-se para o fato de que, os valores aqui calculados estão fundamentados

no exercício de 2022 (este relatório está sendo escrito em setembro de 2023) e já devem ser feitas as projeções para o exercício de 2024. Consequentemente, a margem elencada no item, pode já estar comprometida.

- Nos próximos exercícios, alerta-se para o crescimento da inflação médica em especial. Como este fator não tem cunho estatístico, mas mercadológico, pode ter grandes impactos na solvência do plano nos próximos exercícios. Espera-se que este seja o principal fator que venha a comprometer a margem de solvência do plano.

- Acredita-se que o acúmulo de reservas do FAM encontra-se em níveis mais do que satisfatórios, vide a quantidade de tempo que o plano poderia se manter sem a acumulação de contribuições (entre 13 e 14 meses).

### **3.2. INCLUSÃO DE DEPENDENTES**

**(Itens 3 e 4)**

*3) Avaliação atuarial para definição de tabela de contribuição para dependentes (até 24 anos) de servidores de cargo efetivo; e*

*4) Avaliação atuarial para definição de tabela de valores para inclusão de dependentes (24 anos ou mais) de servidores de cargo efetivo;*

Para analisar a possibilidade de uma tabela de contribuição de dependentes, tanto de até 24 anos como para maiores de 24 anos, o procedimento ideal seria analisar o comportamento dos gastos do grupo com estas características (gasto médio por usuário das faixas etárias e gastos médio por procedimentos) e extrapolá-los. Contudo, como não há a discriminação dos gastos por procedimento por faixas etárias e pelos tipos de usuários, somente os gastos agregados, o máximo a ser feito é utilizar parâmetros de mercado, números gerais do plano e critérios de isonomia para estabelecer percentuais de contribuição para esses dependentes.

A metodologia de cálculo para os valores baseou-se nos seguintes dados e premissas:

- **INFORMATIVO ELETRÔNICO | ANO 1 NÚMERO 5** – 5 de julho de 2010 - Fornece dados das despesas *per capita* por faixa etária;
- **TD 70 - Projeção das despesas assistenciais da Saúde Suplementar (2018-2030)** - Fornece a projeção de dados das despesas *per capita* por faixa etária;
- **Bases de dados encaminhadas** – Através da mesma, obteve-se a quantidade de participantes dependentes e suas informações;
- **Gastos médios calculados atualmente para o plano** – Com os quantitativos de dados recebidos e dos relatórios financeiros buscados no site do FAM;
- **Informações já estabelecidas na saúde complementar**, como por exemplo, associação do aumento gasto médio dos participantes independentemente do seu vínculo (titular ou dependente) com o incremento da faixa etária. Este fato será utilizado para extrapolar valores para as possíveis alíquotas de contribuição para os dependentes.

Com as informações gerais do plano e com as bases encaminhadas, foram obtidas as seguintes estatísticas. Estas informações serão utilizadas posteriormente para obtenção do percentual de contribuição a ser aplicado.

**TABELA – Informações sobre a Base de contribuição, quantidade de contribuintes, salário médio de contribuição e gasto médio por usuário**

Base de Contribuição Mensal	35.988.613,25
Quantidade de Contribuintes	9.066
Salário de Contribuição Médio	R\$ 3.969,62
Gasto Médio por Usuário	R\$ 42,66

Conjuntamente com estas informações, será utilizado um parâmetro de mercado referente ao gasto com procedimentos médicos *per capita* por faixa etária em todo o Brasil. Este parâmetro é do VCMH e será combinado com a proporção do grupo para obter a extrapolação dos gastos médios por usuário do plano.

## IMAGEM 1 – Tabela retirada INFORMATIVO ELETRÔNICO | ANO 1 NÚMERO 5 – 5 de julho de 2010

Tabela 2. Despesa Per Capita, Beneficiários e Pop. por Faixa Etária

Faixa Etária	VCMH 2009		Pop. Brasil (%)	
	Despesa Per Capita (R\$)	Beneficiários (%)	2009	2040
00-18	1.284	21,5	32,9	19,4
19-58	2.609	56,2	56,7	55,5
59 ou +	7.640	22,3	10,4	25,2
População (mil)	1.111		191.481	219.075
Despesa Média	3.516		2.567	3.614

Dentro desta tabela, observa-se que, com o aumento da faixa etária, maior é o gasto do indivíduo e podemos perceber uma relação proporcional entre esse aumento, isto é, o quanto cada faixa gasta mais ou menos em relação à outra. Abaixo, tomando a faixa etária de “entre 24 e 60” como parâmetro, descrevemos a proporção entre as mesmas.

## TABELA – Relação proporcional entre os gastos

Até 24	0,49*
Entre 24 e 60	1,00**
Maior que 60	2,93***

\*  $1284/2609 = 0,49$

\*\*  $2609/2609 = 1$

\*\*\*  $7640/2609 = 2,93$

Tomando-se a faixa de “Entre 24 e 60” como base (valor 1), podemos notar que a faixa dos “Até 24” anos correspondem a 0,49 dos gastos daqueles na faixa “Entre 24 e 60”. Aplicando a mesma lógica, vemos que os gastos do participante da faixa “Maior que 60” é quase três vezes maior (2,93) que o gasto do participante “Entre 24 e 60”. Esta relação será utilizada para projetar o percentual dos gastos dos dependentes até 24 anos.

Seguindo, através da base de dados dos servidores, foi apurado o quantitativo dos dependentes e os mesmos foram discriminados nas faixas etárias de interesse.

**TABELA – Quantitativo de dependentes, proporção do grupo e Valores dos Gastos médios por Faixa Etária Extrapolados**

	<b>Frequência</b>	<b>Proporção</b>	<b>Gasto Atribuído para Faixa (R\$)</b>
<b>Menor de 24</b>	5357	54,36%	27,11
<b>Até 60</b>	3168	32,15%	42,38
<b>Maiores de 60</b>	1330	13,50%	105,95
<b>Total</b>	9855	100,00%	42,66

Observou-se que 5357 (54,36% do grupo) indivíduos encontram-se na faixa etária dos menores de 24 anos, enquanto que 3168 (32,15%) estão entre as idades de 24 e 60 anos.

Com todas estas informações compiladas, foi realizada uma simples interpolação linear dos gastos médios considerando o percentual do grupo dentro da faixa etária. Abaixo, o resultado.

**TABELA – Gasto médio Extrapolado por Faixa**

	<b>Gasto Atribuído para Faixa (R\$)</b>
<b>Menor de 24</b>	27,11
<b>Até 60</b>	42,38
<b>Maiores de 60</b>	105,95

Com estes valores calculados, foi tomado o gasto médio projetado para a faixa etária de interesse e dividiu-se sobre salário médio de contribuição dos participantes para obtenção dos percentuais.

**TABELA – Alíquota de Equilíbrio e alíquotas sugeridas para as faixas dos dependentes**

<b>Faixa Etária</b>	<b>R\$ Gasto</b>	<b>% Equilíbrio</b>	<b>% Sugerido</b>
<b>Até 24</b>	27,11	0,68%	1,25%
<b>24-60</b>	42,38	1,07%	2,00%

Atualmente, como já demonstrado no item 1, o plano do FAM encontra-se solvente com a quantidade atual de servidores titulares e dependentes, mas há o risco que no médio prazo, com o aumento do número de dependentes e com o incremento da inflação

médica dos próximos exercícios, o plano possa tornar-se insolvente sem que exista uma contrapartida. Por isso, para a manutenção da solvência no longo prazo, recomenda-se a implementação destes percentuais.

### **3.3. ALÍQUOTA DIFERENCIADA PARA MAIORES DE 60 ANOS**

#### **(Item 5)**

*Item 5 - Avaliação Atuarial para proposição de cobrança diferenciada para servidor com 60 anos ou mais na utilização do FAM;*

Como destacado no item anterior, para a realização de uma análise pormenorizada em que o padrão etário dos gastos do grupo possa ser identificado com o objetivo de definir alíquotas de contribuição para faixas etárias, é necessário a discriminação por idade nas despesas do plano. Como esta informação não está disponível, novamente foi tomado um parâmetro de mercado.

É de notório conhecimento que, à medida que a idade do participante avança, aumentam os gastos médicos relacionados. Esta realidade é reconhecida por operadoras de saúde e pela própria agência reguladora que estipula prêmios vinculados às faixas etárias dos participantes.

Por padrões de mercado, observa-se que, em média, um participante de 60 anos de idade ou mais tem um gasto *per capita* em torno de 3 vezes mais que os participantes de menos de 60 anos de idade. Novamente, listamos a tabela do VCMH e a tabela da relação proporcional entre os gastos.

IMAGEM 1 – Tabela retirada INFORMATIVO ELETRÔNICO | ANO 1 NÚMERO 5 – 5 de julho de 2010

Tabela 2. Despesa Per Capita, Beneficiários e Pop. por Faixa Etária

Faixa Etária	VCMH 2009		Pop. Brasil (%)	
	Despesa Per Capita (R\$)	Beneficiários (%)	2009	2040
00-18	1.284	21,5	32,9	19,4
19-58	2.609	56,2	56,7	55,5
59 ou +	7.640	22,3	10,4	25,2
População (mil)	1.111		191.481	219.075
Despesa Média	3.516		2.567	3.614

Como estabelecido no item anterior, vamos nos utilizar da proporção de gastos entre as faixas etárias.

TABELA – Relação proporcional entre os gastos

Até 24	0,49*
Entre 24 e 60	1,00**
Maior que 60	2,93***

\*  $1284/2609 = 0,49$

\*\*  $2609/2609 = 1$

\*\*\*  $7640/2609 = 2,93$

Vide a proporção do aumento dos gastos com a faixa etária, uma cobrança extra para os participantes acima de 60 anos de idade pode ser considerada e é algo que, no longo prazo, contribuirá com a solidez do plano. Ressalta-se que, momentaneamente, esta contribuição não se faz necessária devido aos valores já explicitados no item 1, mas que, como medida estruturante para o futuro, a mesma é recomendada para a manutenção dos resultados no longo prazo.

TABELA – Alíquotas Sugeridas para servidores maiores de 60 anos.

	Percentual de Contribuição
Maior de 60 anos	6,00%
Menores de 60	4,00%

Baseou-se esses percentuais na proporção estimada dos gastos gerados por participantes maiores de 60 anos e de sua contribuição para o plano. A ideia foi tentar deixar os montantes de contribuição dos participantes de mais de 60 anos “parecidos”

com o valor da contribuição dos participantes menores de 60 anos. Destaca-se que esse critério é **ARBITRÁRIO** e pode ser modificado. Outro ponto a ser levantado é que, a lógica do financiamento dos planos de saúde consiste na relação superavitária da contribuição das faixas etárias mais jovens frente ao déficit das faixas etárias mais avançadas, e que a alteração do percentual de contribuição seria muito mais de caráter isonômico do que de necessidade matemática.

### 3.4. INCLUSÃO DE SERVIDORES COMISSIONADOS, CELETISTAS E SEUS DEPENDENTES

(Item 6)

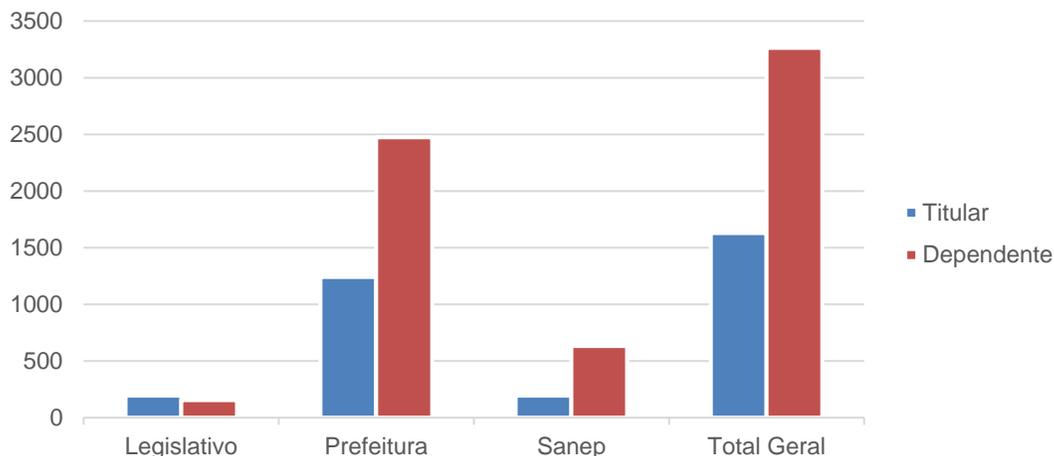
*Item 6 – Análise de Inclusão de Servidores Públicos Municipais de Pelotas que correspondem ao regime de contratação de cargo não efetivo, ou seja, cargo comissionado, eletivo e celetista, podendo ou não ser extensivo aos seus dependentes;*

Perante esta requisição, inicia-se com a análise da possível massa a ser incluída no FAM. Abaixo os quantitativos:

**Tabela – Distribuição do grupo por tipo e órgão associado**

Órgão	Titular	Dependente	Total Geral	Folha Mensal (R\$)
Legislativo	193	156	349	926.621,72
Prefeitura	1.241	2.473	3.714	3.668.555,54
Sanep	195	633	828	848.001,95
<b>Total Geral</b>	<b>1.629</b>	<b>3.262</b>	<b>4.891</b>	<b>5.443.179,21</b>

**Gráfico – Distribuição do Grupo**



Conforme as bases recebidas, observaram-se 4.891 indivíduos, grupo o qual estuda-se a inclusão no plano de saúde, sendo que destes são 1.629 titulares e 3.262 dependentes. Em razão da incompletude de algumas informações referentes aos gastos, não foi possível analisar a distribuição do grupo por sexo e por idade.

O grupo analisado apresentou uma relação de 2,00 dependentes por titular, isto é, para cada titular cerca de 2 dependentes. Como os titulares compõem a massa contribuinte, quanto maior esta relação, maior o custo incorrido sobre a base de contribuição.

Para analisar o impacto na solvência do plano da inclusão desses servidores, utilizou-se como base o custo médio por usuário do plano.

Atualmente, o FAM possui a seguinte característica de gasto médio já descritas anteriormente:

**Tabela – Gasto Médio por Procedimento**

	Total	Sem Internações
<b>Quantidade de Procedimentos</b>	212.008	211.462
<b>Gasto Total (R\$)</b>	10.024.670,70	9.044.730,18
<b>Gasto Médio Mensal (R\$)</b>	835.389,23	753.727,52
<b>Gasto Médio por Procedimento (R\$)</b>	47,28	42,77

\* Dados do Exercício de 2022

Na apuração optou-se por não contemplar as Internações na apuração dos gastos médios. Esta decisão está fundamentada na atual legislação referente ao FAM que, para internações com valores superiores a R\$ 4.278,57, cobra o excedente do participante através de um desconto em folha. Como o servidor Celetista e comissionado não possui estabilidade em sua função, o financiamento do valor a mais passaria a ter características de risco para o plano. Conseqüentemente, as análises posteriores apresentarão os gastos médios totais e gastos médios sem internação.

Como já citado anteriormente, não houve a possibilidade de descobrir os responsáveis pela utilização dos procedimentos, fazendo com que algumas estatísticas não pudessem ser apuradas, como a média de gastos dos procedimentos por tipo de usuário (titular ou dependente) o que poderia apurar ainda mais as inferências.

Foram observados 212.008 procedimentos do plano, incluindo as internações ocorridas, sendo que totalizaram um montante de R\$ 10.024.670,70. O gasto médio mensal foi de R\$ 835.389,23, sendo em média R\$ 47,28 por procedimento.

Observa-se que, no ano de 2022, desconsiderando as internações ocorridas, foram realizados 211.462 procedimentos, totalizando um gasto de R\$ 9.044.730,18, com média mensal de R\$ 753.727,52 e média por procedimento de R\$ 42,77.

Abaixo, listamos as ações realizadas pelo FAM em 2022, com a frequência dos procedimentos, valor total e médio gasto dentro do período analisado e a média mensal. Notou-se que, o procedimento “Consultas Médicas” foi o que mais gerou dispêndios ao plano durante o ano, seguido dos “Exames Radiológicos”. No entanto, considerando os gastos médios dos procedimentos, as ações mais custosas no plano foram as “Internações Hospitalares”, seguido das “Anestésias” e “Procedimentos Ambulatoriais”.

**Tabela – Procedimentos realizados em 2022**

Ações	Total / ano	Gasto no Ano (R\$)	Gasto Médio por Ação (R\$)	Gasto Médio por Mês (R\$)
Consultas Médicas	35.023	3.284.700,00	93,79	273.725,00
Consultas Nutricionistas	2.854	215.750,00	75,60	17.979,17
Procedimentos Odontológicos	12.415	620.730,00	50,00	51.727,50

Exames Laboratoriais	123.519	1.013.670,94	8,21	84.472,58
Exames Radiológicos	16.912	2.126.410,43	125,73	177.200,87
Exames em Consultórios	2.108	149.350,34	70,85	12.445,86
Pronto Atendimento	6.374	697.382,86	109,41	58.115,24
Fisioterapias - sessões	11.160	278.731,62	24,98	23.227,64
Anestesias	239	176.847,03	739,95	14.737,25
Procedim. Ambulatoriais/ Honorários	735	459.862,37	625,66	38.321,86
Procedimentos Consultórios	123	21.294,59	173,13	1.774,55
Internações Hospitalares/ Honorários	546	979.940,52	1.794,76	81.661,71
<b>TOTAL</b>	<b>212.008</b>	<b>10.024.670,70</b>	<b>47,28</b>	<b>835.389,23</b>

Para medir o impacto da admissão de usuários no plano, abaixo apuramos o custo médio atual dos usuários. Com esta informação, projetaremos o impacto da inserção de novos usuários no FAM.

**Tabela – Gasto Médio por Usuário**

	Quantidade de Usuários	Gasto Médio por Usuário (R\$)	Gasto Médio por Usuário sem internações (R\$)
<b>Anual</b>	19.712	508,56	458,84
<b>Mensal</b>		42,38	38,24

Nota-se que cada usuário do plano custa em média R\$ 42,38 mensais ao plano com internações e R\$ 38,24 sem internações.

Tomando-se o gasto médio por usuário e a projeção do quantitativo de usuários a serem incluídos no plano, podemos delinear alguns cenários. Serão demonstradas quatro simulações dos gastos projetados de inclusão de todos os titulares e 100%, 80%, 60% e 40% dos dependentes e o percentual que os gastos representam da folha de pagamento destes servidores. Adotou-se uma margem de segurança (carregamento) de 30,00%, sendo destes aproximadamente 15,00% de inflação médica.

**Tabela – Gasto Projetado com a inclusão de 100% dos dependentes**

Total	Gasto Total Projetado Mensal (R\$)			% folha	+ carregamento	% folha
	Titular	Dependente	Todos			
Legislativo	8.179,29	6.611,24	<b>14.790,53</b>	1,60%	19.227,68	2,08%
Prefeitura	52.593,24	104.805,07	<b>157.398,31</b>	4,29%	204.617,81	5,58%
Sanep	8.264,05	26.826,37	<b>35.090,42</b>	4,14%	45.617,54	5,38%
			<b>Projeto Total</b>	<b>3,81%</b>	<b>269.463,03</b>	<b>4,95%</b>
Sem interações	Titular	Dependente	Todos	% folha	+ carregamento	% folha
Legislativo	7.379,74	5.964,97	<b>13.344,71</b>	1,44%	17.348,12	1,87%
Prefeitura	47.452,10	94.560,07	<b>142.012,17</b>	3,87%	184.615,83	5,03%
Sanep	7.456,21	24.204,01	<b>31.660,23</b>	3,73%	41.158,29	4,85%
			<b>Projeto Total</b>	<b>3,44%</b>	<b>243.122,24</b>	<b>4,47%</b>

Considerando a inclusão de todos os dependentes no plano, de acordo com os gastos médios apurados do ano de 2022, estimou-se que o gasto mensal, considerando no cálculo os custos referentes às interações, do grupo analisado será de R\$ 207.279,26, o que corresponde a 3,81% da folha de contribuição dos titulares. Adicionando o carregamento de 30% ao custo projetado para garantir a solvência do plano, temos que seria necessária a arrecadação de R\$ 269.463,03 por mês desse grupo, o que representa 4,95% da folha. Se não considerarmos as interações, este percentual seria de 4,47%.

**Tabela – Gasto Projetado com a inclusão de 80% dos dependentes**

Total	Gasto Total Projetado Mensal (R\$)			% folha	+ carregamento	% folha
	Titular	Dependente	Todos			
Legislativo	8.179,29	5.288,99	13.468,28	1,45%	17.508,76	1,89%
Prefeitura	52.593,24	83.844,06	136.437,30	3,72%	177.368,49	4,83%
Sanep	8.264,05	21.461,09	29.725,14	3,51%	38.642,68	4,56%
			<b>Projeto Total</b>	<b>3,30%</b>	<b>233.519,94</b>	<b>4,29%</b>
Sem interações	Titular	Dependente	Todos	% folha	+ carregamento	% folha
Legislativo	7.379,74	4.771,98	12.151,71	1,31%	15.797,23	1,70%
Prefeitura	47.452,10	75.648,06	123.100,16	3,36%	160.030,21	4,36%
Sanep	7.456,21	19.363,21	26.819,42	3,16%	34.865,25	4,11%
			<b>Projeto Total</b>	<b>2,98%</b>	<b>210.692,69</b>	<b>3,87%</b>

Caso sejam feitas restrições e haja a inclusão de apenas 80% dos dependentes no plano, estima-se que o gasto mensal referente ao grupo analisado será de R\$ 179.630,72, sendo 3,30% da folha de contribuição dos titulares. Com o carregamento de

30%, seria necessária a arrecadação de R\$ 233.519,94 por mês desse grupo, o que corresponde a 4,29% e 3,87% da folha com interações e sem interações respectivamente.

**Tabela – Gasto Projetado com a inclusão de 60% dos dependentes**

Total	Gasto Total Projetado Mensal (R\$)					
	Titular	Dependente	Todos	% folha	+ carregamento	% folha
Legislativo	8.179,29	3.966,74	12.146,03	1,31%	15.789,84	1,70%
Prefeitura	52.593,24	62.883,04	115.476,29	3,15%	150.119,17	4,09%
Sanep	8.264,05	16.095,82	24.359,87	2,87%	31.667,83	3,73%
	<b>Projetado Total</b>		<b>151.982,19</b>	<b>2,79%</b>	<b>197.576,84</b>	<b>3,63%</b>
Sem interações	Titular	Dependente	Todos	% folha	+ carregamento	% folha
Legislativo	7.379,74	3.578,98	10.958,72	1,18%	14.246,34	1,54%
Prefeitura	47.452,10	56.736,04	104.188,15	2,84%	135.444,59	3,69%
Sanep	7.456,21	14.522,41	21.978,62	2,59%	28.572,21	3,37%
	<b>Projetado Total</b>		<b>137.125,49</b>	<b>2,52%</b>	<b>178.263,13</b>	<b>3,27%</b>

Caso seja feita a inclusão de 60% dos dependentes, o gasto projetado do grupo será de R\$ 151.982,19, sendo 2,79% da folha de contribuição. Adicionando os 30% de carregamento, são R\$ 197.576,84 por mês, sendo 3,63% e 3,27% da folha com interações e sem interações respectivamente.

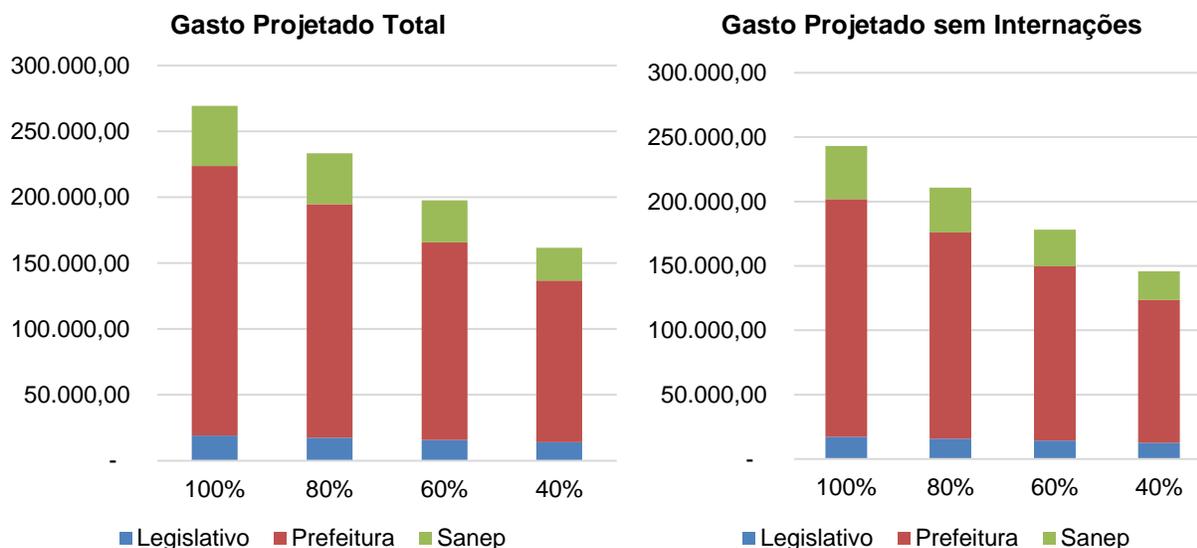
**Tabela – Gasto Projetado com a inclusão de 40% dos dependentes**

Total	Gasto Total Projetado Mensal (R\$)					
	Titular	Dependente	Todos	% folha	+ carregamento	% folha
Legislativo	8.179,29	2.644,50	10.823,78	1,17%	14.070,92	1,52%
Prefeitura	52.593,24	41.922,03	94.515,27	2,58%	122.869,85	3,35%
Sanep	8.264,05	10.730,55	18.994,59	2,24%	24.692,97	2,91%
	<b>Projetado Total</b>		<b>124.333,65</b>	<b>2,28%</b>	<b>161.633,74</b>	<b>2,97%</b>
Sem interações	Titular	Dependente	Todos	% folha	+ carregamento	% folha
Legislativo	7.379,74	2.385,99	9.765,73	1,05%	12.695,44	1,37%
Prefeitura	47.452,10	37.824,03	85.276,13	2,32%	110.858,97	3,02%
Sanep	7.456,21	9.681,61	17.137,82	2,02%	22.279,16	2,63%
	<b>Projetado Total</b>		<b>112.179,68</b>	<b>2,06%</b>	<b>145.833,58</b>	<b>2,68%</b>

Por fim, havendo a inclusão de somente 40% dos dependentes, o gasto projetado mensal do grupo será de R\$ 124.333,65, o que é 2,28% da folha de contribuição. Mais

o percentual referente ao carregamento, são R\$ 161.633,74 por mês, representando 2,97% e 2,68% da folha com interações e sem interações respectivamente.

**Gráficos – Gasto Projetado comparativo da inclusão dos dependentes**



De acordo com o definido na Lei nº 1.984/1972, art. 2º, alínea “a”, o percentual de contribuição atual divide-se da seguinte forma:

- 2,00% proveniente do servidor titular;
- 2,00% proveniente do ente federativo;

Estes percentuais totalizam os 4,00% de contribuição ao plano.

Avaliando-se as características do grupo a ser incluído e as estatísticas de utilização média por procedimento e por usuário, chega-se à conclusão que o percentual atualmente cobrado pelo FAM, seria insuficiente para incluir todos os servidores analisados conjuntamente com seus dependentes, a não ser que fosse implementada uma limitação de dependente por titular (1:1).

Para obter o reequilíbrio atuarial, faz-se necessário uma majoração da contribuição do plano para esses servidores a serem incluídos, como sugerido na tabela abaixo:

**Tabela – Contribuição Sugerida para CC E CLT**

Classe	% de Contribuição
Somente Titular	5%
Por dependente	+1%

Destaca-se que, adotando-se um critério conservador devido aos fatores que influem na apuração dos gastos projetados, optou-se pelo percentual de 5,00% para os servidores titulares e 1,00% extra para cada dependente incluído. Com estes percentuais, há viabilidade de inclusão destes servidores.

Quanto a possíveis fragilidades nos resultados, destaca-se que a Instrução Normativa Conjunta nº 01/2022 fornece robustez para a inclusão dos servidores dentro dos percentuais sugeridos, devido à limitação de utilização de procedimentos e a definição dos valores pagos por utilização.

Considerando as projeções realizadas, sugere-se a não cobertura de internações, pois com isso os principais fatores de risco são dirimidos. Caso sejam inclusas as internações, o percentual sugerido ainda é suficiente para arcar com o custeio, mas devido a característica do tipo de contratação, o risco de ressarcimento do valor que excede R\$ 4.278,57 até os R\$ 50.000,00 das internações aumenta.

Portanto, para inclusão dos servidores sem limitação de dependentes, a estrutura contributiva atual não é suficiente. No entanto, se for limitada a um dependente por titular a mesma comporta os gastos projetados. Logo, sugere-se a tabela de contribuição para CC's e CLT's ou algo que não fuja dos percentuais delineados. No mais, recomenda-se a não cobertura de internações, contudo o fato é uma prerrogativa da administração.

### 3.5. TABELAS DE CONTRIBUIÇÃO

(Item 7)

*7) Avaliação atuarial para definição de tabela de valores a ser cobrada dos beneficiários citados nos itens 3,4, 5,6;*

De maneira sucinta, abaixo apresentamos os percentuais de contribuição sugeridos para cada classe de servidor.

**TABELA –** Descrição das coberturas e dos percentuais de Contribuição

Item	Classe	Descrição da Cobrança	OBS
3	Dependentes Até 24 Anos	1,25% por dependente	Cobertura Integral
4	Dependentes entre 24 e 60	2% por dependente	Cobertura Integral
5	Servidor com mais de 60 anos	6,00%	Cobertura Integral
6	CC's, Celetistas e seus dependentes	5% para titular e 1% extra para cada dependente	Sem internações

### 3.6. INTERNAÇÕES

(Item 8)

*8) Avaliação atuarial para fundamentar o aumento da cobertura por matrícula, de internação hospitalar (atualmente é R\$ 4.278,57) para os usuários do FAM cargo efetivo;*

Como descrito nos itens anteriores, a metodologia padrão ouro seria utilizar a distribuição dos gastos individuais com internações para averiguar o impacto de uma possível extensão do valor da cobertura das internações. Com as informações disponíveis, somente é possível supor um cenário e averiguar este impacto dentro do plano.

Abaixo, listamos as informações fornecidas para o procedimento internações:

**TABELA –** Frequência e Gastos com internações.

Procedimento	Total / ano	Gasto no Ano (R\$)	Gasto Médio por Ação (R\$)	Gasto Médio por Mês (R\$)
Internações Hospitalares/ Honorários	546	979.940,52	1.794,76	81.661,71

Percebe-se que, em 2022, foram realizadas 546 internações que totalizaram um dispêndio de R\$ 979.940,52, indicando um gasto mensal de R\$ 81.661,71 e um custo por internação de R\$ 1.794,76.

Pelo custo médio, notamos que o limite de R\$ 4.278,57 ainda está bem acima do valor dispendido por internação. Contudo, a média não é uma estatística confiável para estas situações, pois tem a propriedade de ser sensível a valores extremos o que pode distorcer as inferências. Novamente, o ideal seria obter as informações das internações de maneira individualizada para conhecer sua distribuição.

Contudo, como o objetivo é prospectar um possível aumento dos custos médicos com o aumento da cobertura das internações, adotaremos a seguinte hipótese: a cada real de aumento na cobertura médica concedida, será aumentado cinquenta centavos de real no valor dispendido. De maneira clara, se o limite da cobertura de internações aumentar em R\$ 500,00, o gasto médio com internações aumentará em R\$ 250,00. Com esta hipótese, será possível estimar o custo total e medir o impacto na solvência.

Abaixo, uma tabela com os valores das possíveis novas coberturas, dos valores gastos projetado nas internações e o percentual de contribuição de equilíbrio no plano:

**TABELA** – Prospecção da alteração no valor da cobertura das internações

Limite Cobertura Internações (R\$)	Gasto Internações (R\$)	Despesa Projetada Total (R\$)	% de Equilíbrio
<b>4.278,57</b>	1.318.868,09	14.034.538,98	3,25%
<b>5.000,00</b>	1.515.818,48	14.231.489,37	3,30%
<b>5.500,00</b>	1.652.318,48	14.367.989,37	3,33%
<b>6.000,00</b>	1.788.818,48	14.504.489,37	3,36%
<b>6.500,00</b>	1.925.318,48	14.640.989,37	3,39%
<b>7.000,00</b>	2.061.818,48	14.777.489,37	3,42%
<b>7.500,00</b>	2.198.318,48	14.913.989,37	3,45%

Observa-se que, na primeira linha, consta a situação atual – alíquota de equilíbrio de 3,25%. À medida que o valor da cobertura com internações vai aumentando, chega-se a uma alíquota de equilíbrio de 3,45% com um valor de cobertura de R\$ 7.500,00.

Novamente, como o valor projetado do impacto do aumento da cobertura de interações baseia-se em uma **hipótese**, a mesma pode vir a não ter correspondência na realidade.

De uma maneira pragmática, pelos resultados obtidos nos itens 1 e 2, há espaço para um aumento da cobertura das interações não havendo prejuízo no curto prazo (até a faixa de R\$ 5.500,00 ou R\$ 6.000,00). Contudo, recomenda-se que, pelos fatos anteriormente levantados relacionados à solvência de médio prazo, esta cobertura venha acompanhada das contrapartidas elencadas nos itens anteriores (3,4 e 5) para que o plano possa obter maior solidez financeira.

Abaixo, apresentamos o aumento da cobertura das interações frente a adoção dos itens 3,4 e 5 além de suas respectivas combinações.

**TABELA – Cenários Combinados – Parte 1**

Limite Cobertura Interações (R\$)	% Necessário	% Atual	Segurança	% Item 3	Segurança	% Item 4	Segurança
<b>4.278,57</b>	3,25%	4,00%	0,75%	4,65%	1,40%	4,91%	1,66%
<b>5.000,00</b>	3,30%	4,00%	0,70%	4,65%	1,35%	4,91%	1,61%
<b>5.500,00</b>	3,33%	4,00%	0,67%	4,65%	1,32%	4,91%	1,58%
<b>6.000,00</b>	3,36%	4,00%	0,64%	4,65%	1,29%	4,91%	1,55%
<b>6.500,00</b>	3,39%	4,00%	0,61%	4,65%	1,26%	4,91%	1,52%
<b>7.000,00</b>	3,42%	4,00%	0,58%	4,65%	1,23%	4,91%	1,49%
<b>7.500,00</b>	3,45%	4,00%	0,55%	4,65%	1,20%	4,91%	1,46%

**TABELA – Cenários Combinados – Continuação**

Limite Cobertura Interações (R\$)	% Necessário	% Item 5	Segurança	% Item 3,4	Segurança	% Item 3,5	Segurança
<b>4.278,57</b>	3,25%	4,43%	1,18%	5,63%	2,38%	5,16%	1,91%
<b>5.000,00</b>	3,30%	4,43%	1,13%	5,63%	2,33%	5,16%	1,86%
<b>5.500,00</b>	3,33%	4,43%	1,10%	5,63%	2,30%	5,16%	1,83%
<b>6.000,00</b>	3,36%	4,43%	1,07%	5,63%	2,27%	5,16%	1,80%
<b>6.500,00</b>	3,39%	4,43%	1,04%	5,63%	2,24%	5,16%	1,77%
<b>7.000,00</b>	3,42%	4,43%	1,01%	5,63%	2,21%	5,16%	1,74%
<b>7.500,00</b>	3,45%	4,43%	0,98%	5,63%	2,18%	5,16%	1,71%

TABELA – Cenários Combinados – Parte Final

Limite Cobertura Internações (R\$)	% Necessário	% Item 4,5	Segurança	Item 3,4,5	Segurança
<b>4.278,57</b>	3,25%	5,40%	2,15%	6,18%	2,93%
<b>5.000,00</b>	3,30%	5,40%	2,10%	6,18%	2,88%
<b>5.500,00</b>	3,33%	5,40%	2,07%	6,18%	2,85%
<b>6.000,00</b>	3,36%	5,40%	2,04%	6,18%	2,82%
<b>6.500,00</b>	3,39%	5,40%	2,01%	6,18%	2,79%
<b>7.000,00</b>	3,42%	5,40%	1,98%	6,18%	2,76%
<b>7.500,00</b>	3,45%	5,40%	1,95%	6,18%	2,73%

Para facilitar a interpretação, abaixo alguns esclarecimentos:

- As duas primeiras colunas de cada uma das tabelas indicam o novo limite de cobertura e o percentual de equilíbrio necessário;

- As colunas restantes indicam o novo percentual arrecadado com a implementação do cenário e a “folga” (diferença entre a nova alíquota arrecadada e a alíquota necessária).

Novamente, ressalta-se que com a inflação médica prevista tanto para o ano de 2023 como 2024, essa “folga” entre as alíquotas arrecadadas nos cenários e a alíquota de equilíbrio pode ser menor.

## 4. PARECER TÉCNICO CONCLUSIVO

Neste trabalho, buscou-se apurar a situação de solvência do plano de saúde oferecido aos servidores do município de Pelotas. Questões como análises das utilizações, gastos médios e projetados foram analisados para descrever a atual situação do regime.

Destacam-se os seguintes pontos:

- O plano apresenta solvência de médio prazo, contudo com o incremento do valor dos procedimentos médicos, recomenda-se cautela na inclusão de novos segurados sem o estabelecimento de políticas de contribuição para os mesmos;

- As tabelas sugeridas para as contribuições baseiam-se nas informações recebidas e em caso de inconsistência das mesmas os percentuais deverão ser revistos;

- Recomenda-se a estruturação de uma base de dados de utilização nos moldes estabelecidos neste relatório;

- Os percentuais contributivos sugeridos para as classes analisadas contribuirão para a solvência de longo prazo do regime frente às variações futuras tanto das utilizações como da inflação médica;

- Ressalta-se que os resultados aqui obtidos se baseiam em gastos do exercício de 2022. Conseqüentemente, como as projeções de solvência e os percentuais de contribuição sugeridos devem se sustentar no médio prazo, foram aplicados critérios conservadores referentes aos carregamentos estatísticos (margem de 30% a 40% dependendo da situação). Estes percentuais são suficientes no médio prazo, mas recomenda-se cautela.

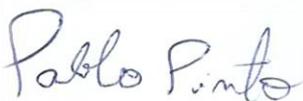
Um ponto importante a ser considerado no plano está relacionado à criação de métricas de gestão para possibilitar a avaliação de desempenho. A maioria das gestões de planos de saúde possuem indicadores tanto de satisfação como de desempenho para mensurar a adequação do atendimento prestado, do escopo da rede credenciada e da satisfação do usuário. Abaixo, alguns indicadores que podem ser implementados para

facilitar o processo de gestão. Se os mesmos já estiverem implementados, favor desconsiderar a sugestão:

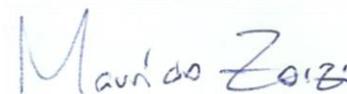
- Garantia de Atendimento no Prazo – Mede o quanto das demandas são atendidas no prazo (em percentual);
- Gasto per capita – Mede o gasto assistência por participante do plano;
- Sinistralidade – Mede a relação entre as despesas assistenciais do plano e as receitas angariadas;
- Contribuição per capita – Mede o valor da contribuição por segurado do plano.

Com isto finalizamos a avaliação atuarial do plano de saúde disponibilizado aos servidores de Pelotas. Destacamos que as metodologias aqui utilizadas devem ser revistas caso algum fato relevante seja percebido e que os valores apresentados neste relatório possuem relação direta com as informações repassadas.

Atenciosamente,



Pablo B.M. Pinto  
Sócio Diretor  
Atuário MIBA – 2.454



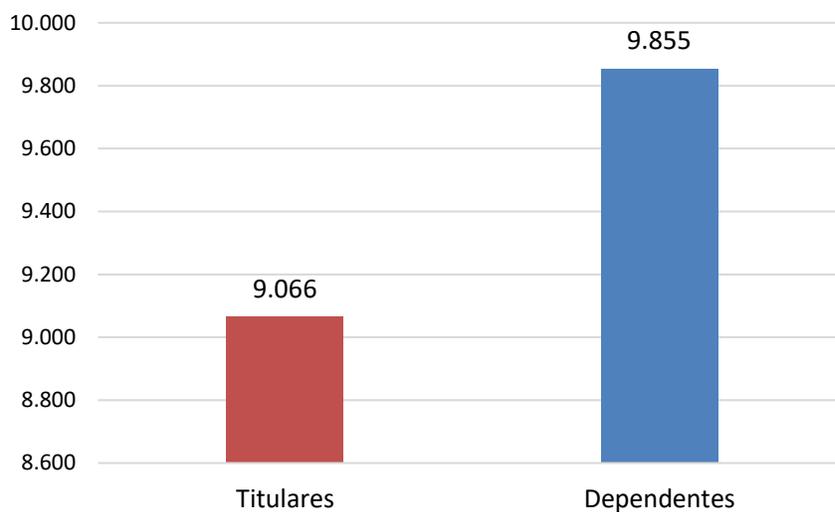
Mauricio Zorzi  
Sócio Diretor  
Atuário MIBA – 2.458

## ANEXO I – ESTATÍSTICAS GRÁFICAS

Tabela – Frequência dos Segurados

Tipo	Frequência
Titulares	9.066
Dependentes	9.855
<b>Total</b>	<b>18.921</b>

TABELA - Frequência dos Segurados



## TITULARES

TABELA – Distribuição por Sexo

SEXO	Distribuição por sexo
F	7.065
M	2.001

GRÁFICO - Distribuição por sexo

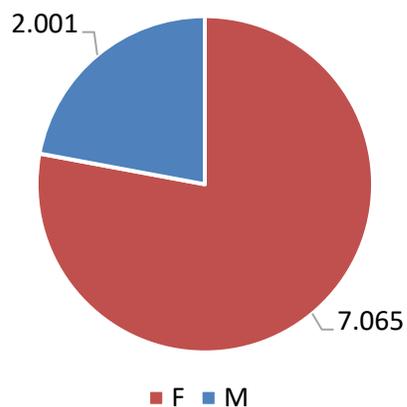
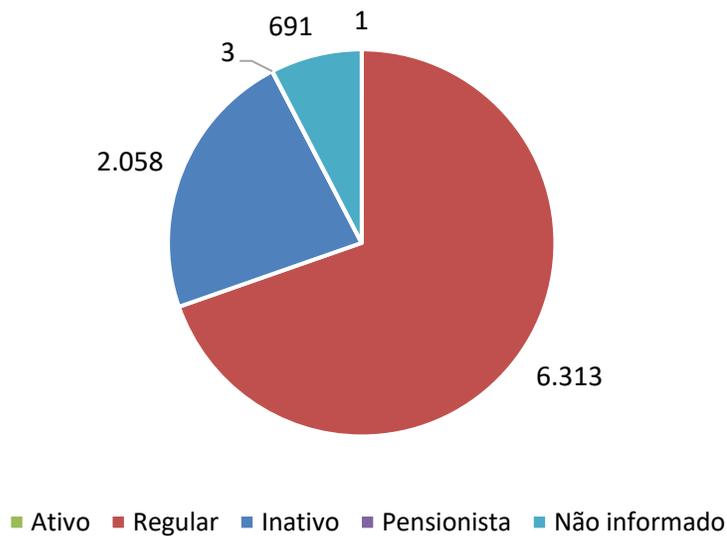


TABELA – Distribuição por Tipo de Segurado

Classe	Situação Prevpel
Ativo	1
Regular	6.313
Inativo	2.058
Pensionista	3
Não informado	691

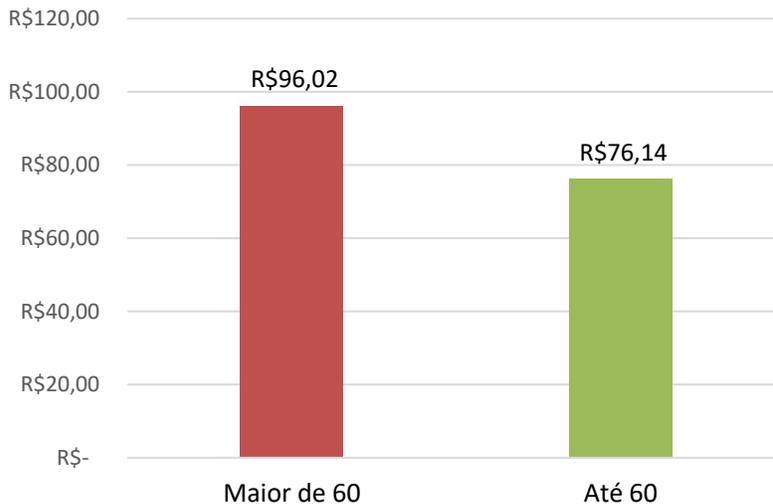
**GRÁFICO - Situação Prevpel**



**TABELA – Média de Contribuição**

Faixa Etária	Média contribuição
Maior de 60	R\$ 96,02
Até 60	R\$ 76,14

**GRÁFICO - Média R\$ Contribuição**



## DEPENDENTES

TABELA – Distribuição por Sexo

Sexo	Distribuição por sexo
F	4.130
M	5.725

GRÁFICO - Distribuição por sexo

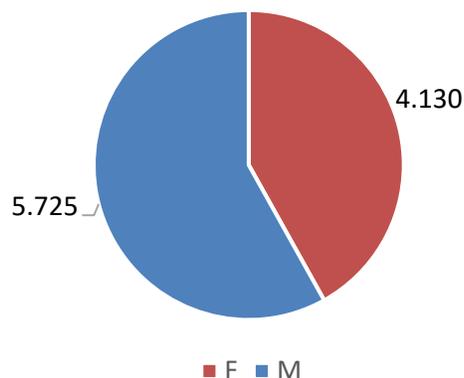
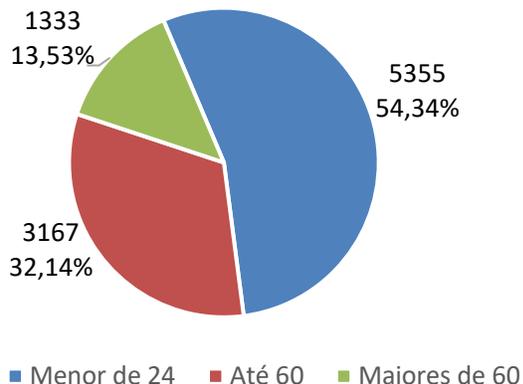


TABELA – Dependentes por Faixa Etária de Interesse

	Frequência	Proporção
Menor de 24	5355	54,34%
Até 60	3167	32,14%
Maiores de 60	1333	13,53%
<b>Total</b>	<b>9855</b>	<b>100,00%</b>

### GRÁFICO - Dependentes por Faixa Etária



### TABELA – Tipo de Dependência

Tipo Dependência	Frequência
Esposo(A)	3.339
Companheiro(A)	1.041
Filho(A)	5.362
Filho(A) Inválido(A)	72
Filho(A) sob Guarda	1
Enteado	17
Pai/Mãe	16
Irmão(A)	2
Neto(A) sob Guarda	2
Decisão Judicial	2
Outro	1