



***Plano de Saúde estruturado em Autogestão
Programa de Assistência à Saúde e Benefícios
Sociais – TRE-SAÚDE***

**Projeto de Assessoria e Consultoria Atuarial
Avaliação Atuarial
Plano de Saúde**

**Relatório de Avaliação Atuarial
Data-base: Dez/2018**



***Exacttus Consultoria Atuarial
Outubro, 2019***

ÍNDICE

1	SUMÁRIO EXECUTIVO.....	3
2	INTRODUÇÃO E OBJETIVO.....	9
3	ESCOPO DOS TRABALHOS.....	10
4	BASE DE DADOS	13
5	ANÁLISE DA CARTEIRA.....	15
6	ANÁLISE DA RECEITA.....	25
7	ANÁLISE DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS	36
8	CÁLCULOS ATUARIAIS	60
9	RESULTADOS DA AVALIAÇÃO ATUARIAL:.....	61
10	FLUXO FINANCEIRO PARA OS PRÓXIMOS 5 (CINCO) ANOS.....	95
11	CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	100
12	ANEXOS.....	101
13	LIMITAÇÕES.....	106

1 Sumário Executivo

O **TRE SAÚDE** é um Programa de Assistência a Saúde do Tribunal Regional Eleitoral do Distrito Federal, estruturado no modelo de autogestão em saúde, exclusivamente constituído para atender aos magistrados e aos servidores ativos e inativos do Tribunal Regional Eleitoral do Distrito Federal, seus dependentes, e pensionistas.

A **Exacttus** Consultoria Atuarial é a empresa contratada mediante contrato N° 23/2019 para realizar os trabalhos de Avaliação Atuarial de acordo com o Termo de Referência.

Quanto aos trabalhos desenvolvidos:

Este relatório apresenta os seguintes trabalhos, de acordo com a Cláusula 3.1 do contrato que trata do Escopo do Serviço, conforme reproduzimos a seguir:

- A) Definir e analisar a sinistralidade nos exercícios analisados;*
- B) Estratificar o perfil de utilização da população assistida;*
- C) Analisar a evolução das despesas assistenciais;*
- D) Avaliar a aderência da cobertura assistencial aos padrões definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;*
- E) Avaliar a capacidade econômico-financeira de manutenção da atual cobertura assistencial;*
- F) Avaliar a capacidade econômico-financeira do modelo de arrecadação de recursos próprios (contribuições mensais e coparticipações) para manter a cobertura assistencial atual, sugerindo ajustes na forma e/ou nos valores vigentes;*
- G) Definir modelo, composição e valor em moeda corrente de margem de segurança financeira necessária para compor o fundo de reserva técnica necessário à atual cobertura assistencial;*

H) Avaliar o desempenho assistencial e econômico-financeiro com base nos indicadores utilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tentando adaptá-los a realidade do TRE-SAÚDE quando possível;

I) Identificar os pontos positivos e negativos do Programa e apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas, se necessário, de novos planos de custeio, contribuição mensal e abrangência de cobertura com o objetivo de equacionar eventuais desequilíbrios verificados (matriz SWOT). Devem ser levados em consideração nesse estudo outros planos de autogestão do Poder Judiciário da União (ex. TRF – 1ª Região, Tribunal Superior do Trabalho – TST, etc.).

J) Apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas para o ajuste de valores no tocante às mensalidades dos Beneficiários Especiais;

K) Identificar os pontos positivos e negativos, além de viabilidade financeiro-econômica e as consequências na utilização da Cobertura Parcial Temporária – CPT e da carência geral para todos os beneficiários que entrarem no Programa, sejam eles do quadro ou requisitados.

L) Avaliar a capacidade econômico-financeira atual e futura do Programa e apresentar opções de implementação, individual e coletiva, das seguintes propostas:

L.1) Manutenção, ou não, da suspensão dos procedimentos odontológicos (Próteses e Implantes);

L.2) Diminuição, alteração e/ou eliminação das coparticipações exigidas atualmente pelo Programa;

L.3) Modelo de franquia que limite o pagamento de coparticipação seja ele anual, por procedimento realizado, etc;

L.4) Definição do momento ideal para que um beneficiário que solicitou o parcelamento da dívida possa voltar a utilizar o Programa;

L.5) Ajustes necessários no Programa com o objetivo de aumentar a liquidez e evitar o aumento crescente do crédito a receber referente às coparticipações recebidas pelos beneficiários;

M) Apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas legais para a obtenção dos valores devidos ao Programa oriundos do inadimplemento dos beneficiários;

N) Apresentar estudo técnico quanto à viabilidade econômico-financeira da inclusão de novos beneficiários (titulares ou dependentes) que sejam servidores de outros órgãos que ofereçam alguma espécie de assistência à saúde de seus servidores.

3.2. Gerar projeções de cenários de teor estatístico-atuarial-financeiro do Programa e realizar projeções dos fluxos das receitas e despesas para um horizonte mínimo de 5 (cinco) anos.

3.2.1. – Os cenários acima descritos devem considerar a existência de recursos orçamentários da União no valor de R\$ 215,00 sem previsão de reajuste, recursos provenientes da participação dos beneficiários no custeio e contribuição mensal, já levando em consideração as possíveis implementações das propostas apresentadas nos itens F e L;

3.2.2 – Definir cenários de sinistralidade para os exercícios futuros projetados;

Obs: ressalte-se que o aporte de recursos da União considera todos os beneficiários inscritos no Programa para fins de se estabelecer o valor per capita anualmente concedido e que há tendência crescente de não haver concessão de suplementação ao final do exercício.

Os cálculos foram efetuados de acordo com as regras vigentes do plano **TRE SAÚDE**, com base nas informações disponibilizadas pelo **TRE SAÚDE** e de acordo com as normas técnicas e atuariais pertinentes, possibilitando deste modo a visualização da situação financeira e atuarial do plano de saúde em questão.

Considerações iniciais:

Para desenvolvimento de qualquer cálculo atuarial, três elementos são fundamentais:

- **Base Normativa:** é composta pelas Leis, Resoluções, Instruções Normativas, Regulamentos dos Planos de Saúde como: coberturas, exclusões, carências, área de abrangência geográfica etc.;
- **Base Cadastral:** características individuais da população estudada, principalmente a idade, o sexo dos beneficiários do plano, categoria funcional, grau de parentesco, data de contratação, períodos de carência, tipo e frequência de utilização, contraprestações pecuniárias etc.; e
- **Base Atuarial:** são as hipóteses e mecanismos de projeção futuros, critérios de financiamento etc. A Base Atuarial é estabelecida pelos atuários responsáveis pelo cálculo atuarial em conformidade com as características do Plano, sendo que dependem também das Bases Cadastrais e Normativas fornecidas pelo Cliente.

Consideramos todos os usuários que tenham contribuído ou utilizado o plano durante o período de Jan/2017 a Dez/2018, mesmo aqueles que em 31 de dezembro de 2018 já não estivessem vigentes no plano.

Importante: Não faz parte do escopo dos nossos trabalhos a auditoria dos dados encaminhados. Nosso trabalho consistiu em verificar se as informações enviadas estão adequadas, preliminarmente ao cálculo atuarial da carteira.

Principais resultados:

Inicialmente, demonstramos a evolução do programa nos 2 (dois) anos da análise, considerando o número de vidas, valor das receitas, valor de despesas e sinistralidade, que nos fornece uma visão geral do comportamento do programa de saúde, conforme demonstramos no quadro a seguir:

Item	2017	2018
Titulares	303	284
Beneficiários	525	477
Total de Usuários	828	761
Receitas*	6.334.101,33	6.819.762,68
Despesas**	4.651.906,82	5.024.826,94
Sinistralidade	73%	74%

*Nos valores de receitas estão incluídos os de coparticipação, rend. aplicação e os recursos da União.

** Nos valores de despesas estão incluídos os valores de reembolsos (Valores em R\$)

Podemos observar a redução no número total de usuários de 2018 em relação a 2017, porém tal comportamento não se reflete nas receitas que foram crescentes. Em relação às despesas, houve um crescimento, entretanto, a sinistralidade manteve-se no mesmo patamar nos dois anos da análise.

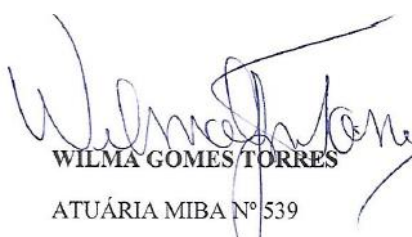
A sinistralidade do programa demonstra que somente com os recursos provenientes da participação dos beneficiários não é possível manter a situação financeira equilibrada, porque, de acordo com os resultados obtidos, o índice atual está no patamar de 131% em 2017 e 118% em 2018 (vide subitem “a” do item 9) sem considerar os recursos da União.

Desta forma, recomendamos ao programa a atualização dos valores atualmente praticados considerando a tabela por faixa etária x remuneração sugerida no subitem “f.2” do item 9.

O reajuste da tabela de contribuições faz-se necessário também para a manutenção do fundo de reserva que objetiva a cobertura dos riscos do plano de saúde, uma vez que pode não ocorrer aumento dos valores de repasse dos Recursos da União e a expectativa cada vez maior de aumentos de custos médicos que influenciarão no resultado da Operação.

Recomendamos que as provisões especificadas sejam contabilizadas em contas gerenciais específicas e controladas separadamente das receitas e despesas da carteira, para o acompanhamento correto da situação financeira atuarial do programa.

São Paulo, 30 de outubro de 2019.


WILMA GOMES TORRES
ATUÁRIA MIBA Nº 539


ERIC LEÃO CAVALARI
ATUÁRIO MIBA Nº 1008

EXACTTUS CONSULTORIA ATUARIAL LTDA
CIBA Nº 111

2 Introdução e Objetivo

O objetivo básico deste relatório é o de fornecer os resultados da Avaliação Atuarial e Financeira do Plano **TRE SAÚDE**.

A Avaliação Atuarial consiste na análise do Plano, de modo a sugerir preços que contemplam várias premissas atuariais e financeiras capazes de fornecer credibilidade aos resultados propostos, além de um diagnóstico geral do plano de saúde em questão, proporcionando diretrizes para tomadas de decisões gerenciais.

Os cálculos levaram em consideração o histórico de despesas e receitas, comportamento da massa de usuários, entre outros dados financeiros de grande relevância para os resultados apontados e as regras contidas no regulamento.

A presente avaliação está posicionada com data base de acordo com o termo de referência, compreendendo o período de janeiro de 2017 a dezembro de 2018.

3 Escopo dos trabalhos

O foco do projeto é o de avaliar a seguinte proposta, mínima:

- A) Definir e analisar a sinistralidade nos exercícios analisados;
- B) Estratificar o perfil de utilização da população assistida;
- C) Analisar a evolução das despesas assistenciais;
- D) Avaliar a aderência da cobertura assistencial aos padrões definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;
- E) Avaliar a capacidade econômico-financeira de manutenção da atual cobertura assistencial;
- F) Avaliar a capacidade econômico-financeira do modelo de arrecadação de recursos próprios (contribuições mensais e coparticipações) para manter a cobertura assistencial atual, sugerindo ajustes na forma e/ou nos valores vigentes;
- G) Definir modelo, composição e valor em moeda corrente de margem de segurança financeira necessária para compor o fundo de reserva técnica necessário à atual cobertura assistencial;
- H) Avaliar o desempenho assistencial e econômico-financeiro com base nos indicadores utilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tentando adaptá-los a realidade do TRE-SAÚDE quando possível;
- I) Identificar os pontos positivos e negativos do Programa e apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas, se necessário, de novos planos de custeio, contribuição mensal e abrangência de cobertura com o objetivo de equacionar eventuais desequilíbrios verificados (matriz SWOT). Devem ser levados em consideração nesse estudo outros planos de autogestão do Poder Judiciário da União (ex. TRF – 1ª Região, Tribunal Superior do Trabalho – TST, etc.).
- J) Apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas para o ajuste de valores no tocante às mensalidades dos Beneficiários Especiais;

K) Identificar os pontos positivos e negativos, além de viabilidade financeiro-econômica e as consequências na utilização da Cobertura Parcial Temporária – CPT e da carência geral para todos os beneficiários que entrarem no Programa, sejam eles do quadro ou requisitados.

L) Avaliar a capacidade econômico-financeira atual e futura do Programa e apresentar opções de implementação, individual e coletiva, das seguintes propostas:

L.1) Manutenção, ou não, da suspensão dos procedimentos odontológicos (Próteses e Implantes);

L.2) Diminuição, alteração e/ou eliminação das coparticipações exigidas atualmente pelo Programa;

L.3) Modelo de franquia que limite o pagamento de coparticipação seja ele anual, por procedimento realizado, etc;

L.4) Definição do momento ideal para que um beneficiário que solicitou o parcelamento da dívida possa voltar a utilizar o Programa;

L.5) Ajustes necessários no Programa com o objetivo de aumentar a liquidez e evitar o aumento crescente do crédito a receber referente às coparticipações recebidas pelos beneficiários;

M) Apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas legais para a obtenção dos valores devidos ao Programa oriundos do inadimplemento dos beneficiários;

N) Apresentar estudo técnico quanto à viabilidade econômico-financeira da inclusão de novos beneficiários (titulares ou dependentes) que sejam servidores de outros órgãos que ofereçam alguma espécie de assistência à saúde de seus servidores.

3.2. Gerar projeções de cenários de teor estatístico-atuarial-financeiro do Programa e realizar projeções dos fluxos das receitas e despesas para um horizonte mínimo de 5 (cinco) anos.

3.2.1. – Os cenários acima descritos devem considerar a existência de recursos orçamentários da União no valor de R\$ 215,00 sem previsão de reajuste, recursos provenientes da participação dos beneficiários no custeio e contribuição mensal, já

levando em consideração as possíveis implementações das propostas apresentadas nos itens F e L;

3.2.2 – Definir cenários de sinistralidade para os exercícios futuros projetados;

Obs: ressalte-se que o aporte de recursos da União considera todos os beneficiários inscritos no Programa para fins de se estabelecer o valor per capita anualmente concedido e que há tendência crescente de não haver concessão de suplementação ao final do exercício.

4 Base de Dados

Nesta fase do projeto, objetivamos analisar as bases de dados e informações para determinação dos cálculos solicitados, posicionadas no período de 01/01/2017 a 31/12/2018.

Foi disponibilizado pela **Exacttus** Layout da Base de Dados em formato de planilha do programa Excel (XLS).

O estudo foi conduzido com base nas informações recebidas conforme layout sugerido por esta Consultoria, sendo:

4.1 Dados fornecidos:

- ✓ Arquivo de usuários;
- ✓ Arquivo de receitas;
- ✓ Arquivo de despesas assistenciais;
- ✓ Arquivo de prestadores;
- ✓ Outros controles financeiros e relatórios gerenciais de Saldos financeiros, Receitas e Despesas.

4.2 Documentação:

- ✓ Regulamento do Programa de Assistência à Saúde e Benefícios Sociais - TRE SAÚDE.

4.3 Outros dados:

- ✓ Informações sobre despesas de reembolsos e distribuição de vidas em planilhas de Excel via email.

As estatísticas apresentadas neste trabalho refletem as informações contidas nas **bases de dados**, por estarem individualizadas.

Efetuamos testes de consistências e após os devidos acertos, consoantes com informações do **TRE SAÚDE**, os dados foram validados e considerados suficientes para fins de cálculo atuarial.

Lembramos que os valores informados na Base de Dados – Despesas e Receitas, contém informações individualizadas por beneficiário. Portanto, podem apresentar diferenças em relação aos demonstrativos financeiros do **TRE SAÚDE** (Regime de Caixa e Regime de Competência).

Salientamos que foram considerados todos os usuários que tenham contribuído ou utilizado o plano durante o período de janeiro/2017 a dezembro/2018, mesmo aqueles que em 31 de dezembro de 2018 já não estivessem vigentes no plano.

4.4 Crítica de dados:

Os dados apresentados pelo plano **TRE SAÚDE** foram disponibilizados de acordo com o layout fornecido por esta Consultoria, sendo identificadas algumas críticas que foram informadas ao **TRE SAÚDE**, que, após análise, informou não haver possibilidade de correção, tais como:

- Em todos os anos da análise, que compreende o período de 2016 a 2017, existem beneficiários sem identificação do Estado Civil.

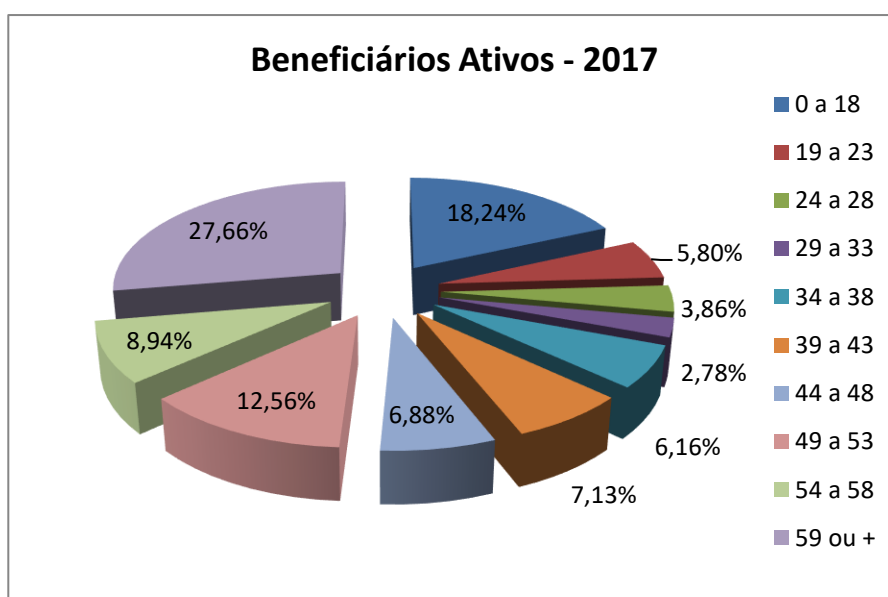
5 Análise da Carteira

5.1 - Perfil da massa:

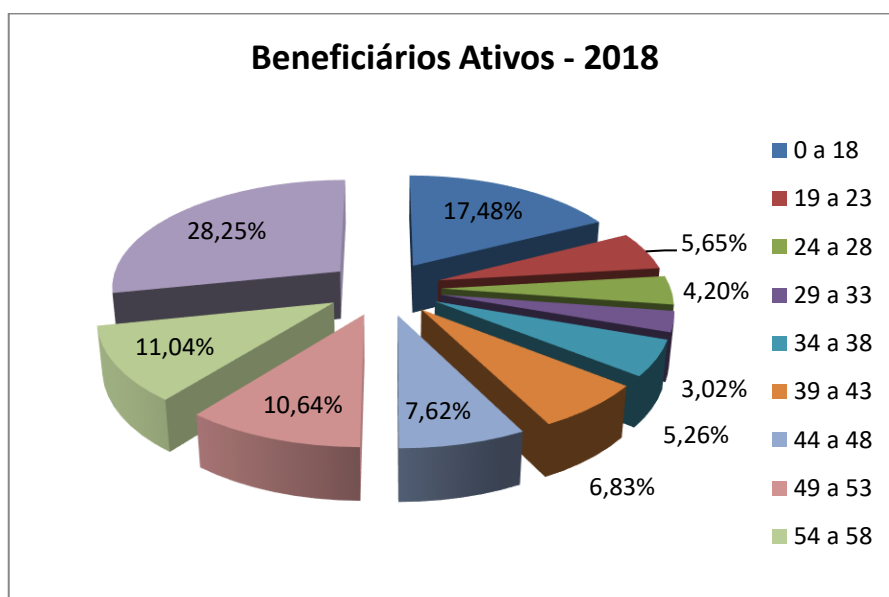
Para as análises abaixo foram considerados os beneficiários ativos no período do estudo de 2017 a 2018.

Apresentamos a distribuição dos beneficiários do **TRE SAÚDE**:

Quantidade de usuários por faixa etária - 2017		
Faixa Etária	Vidas	% Partic.
0 a 18	151	18,24%
19 a 23	48	5,80%
24 a 28	32	3,86%
29 a 33	23	2,78%
34 a 38	51	6,16%
39 a 43	59	7,13%
44 a 48	57	6,88%
49 a 53	104	12,56%
54 a 58	74	8,94%
59 ou +	229	27,66%
Total Geral	828	100,00%



Quantidade de usuários por faixa etária - 2018		
Faixa Etária	Vidas	% Partic.
0 a 18	133	17,48%
19 a 23	43	5,65%
24 a 28	32	4,20%
29 a 33	23	3,02%
34 a 38	40	5,26%
39 a 43	52	6,83%
44 a 48	58	7,62%
49 a 53	81	10,64%
54 a 58	84	11,04%
59 ou +	215	28,25%
Total Geral	761	100,00%



Houve uma redução do número total de usuários no decorrer dos 2 anos da análise, saindo de 828 em 2017 para 761 em 2018.

Nota-se que uma grande proporção de beneficiários está concentrada na faixa etária de até 18 anos, o que representam, em geral, filhos, que tem consumo significativo de Despesas, em todos os anos de análise.

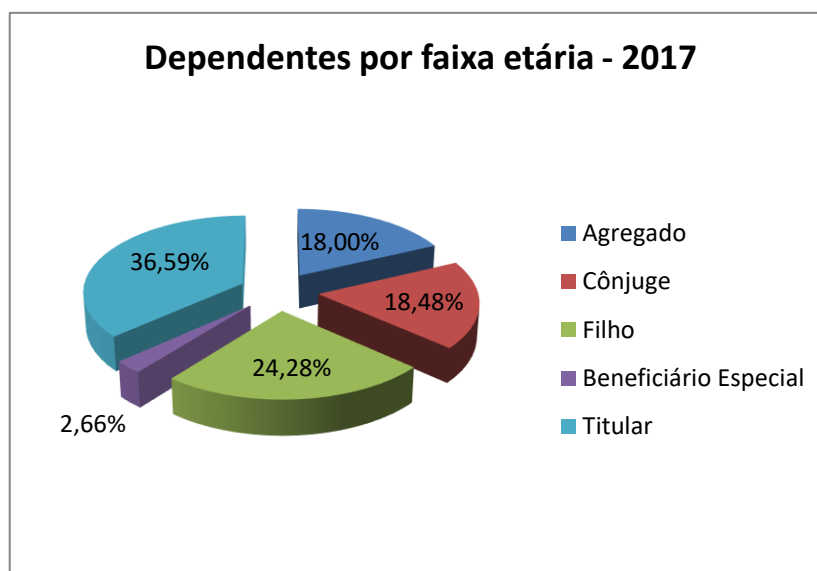
Outra grande parte de beneficiários encontra-se na faixa etária acima de 59 anos ou mais, tendendo a apresentar também Despesas maiores. Essa situação é inversa à dos beneficiários concentrados na primeira faixa etária, pois ocorre aumentos graduais com o passar dos anos, implicando diretamente no aumento das Despesas.

5.2 - Distribuição da carteira por dependência e faixa etária:

2017

Faixa Etária (anos)	Agregado		Beneficiário Especial		Cônjuge		Filho		Titular		Total Geral	
	Qtde. (A)	% Partic.	Qtde. (A)	% Partic.	Qtde. (B)	% Partic.	Qtde. (C)	% Partic.	Qtde. (D)	% Partic.	Qtde. (A+B+C+D)	% Partic.
0 a 18	0	0%	0	0%	0	0%	151	75%	0	0%	151	18%
19 a 23	0	0%	3	14%	2	1%	43	21%	0	0%	48	6%
24 a 28	0	0%	19	86%	4	3%	1	0%	8	3%	32	4%
29 a 33	0	0%	0	0%	7	5%	0	0%	16	5%	23	3%
34 a 38	0	0%	0	0%	17	11%	0	0%	34	11%	51	6%
39 a 43	0	0%	0	0%	22	14%	1	0%	36	12%	59	7%
44 a 48	0	0%	0	0%	17	11%	2	1%	38	13%	57	7%
49 a 53	1	1%	0	0%	32	21%	1	0%	70	23%	104	13%
54 a 58	3	2%	0	0%	18	12%	2	1%	51	17%	74	9%
59 ou +	145	97%	0	0%	34	22%	0	0%	50	17%	229	28%
Total	149	100%	22	100%	153	100%	201	100%	303	100%	828	100%

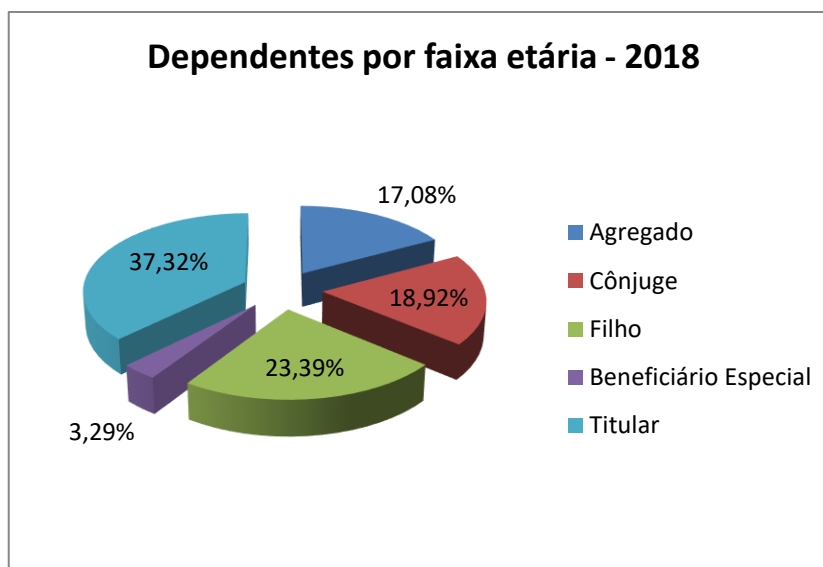
Fonte: base de dados TRE SAÚDE



2018

Faixa Etária (anos)	Agregado		Beneficiário Especial		Cônjuge		Filho		Titular		Total Geral	
	Qtde. (A)	% Partic.	Qtde. (A)	% Partic.	Qtde. (B)	% Partic.	Qtde. (C)	% Partic.	Qtde. (D)	% Partic.	Qtde. (A+B+C+D)	% Partic.
0 a 18	0	0%	0	0%	0	0%	133	75%	0	0%	133	17%
19 a 23	0	0%	3	12%	0	0%	40	22%	0	0%	43	6%
24 a 28	0	0%	22	88%	6	4%	0	0%	4	1%	32	4%
29 a 33	0	0%	0	0%	5	3%	0	0%	18	6%	23	3%
34 a 38	0	0%	0	0%	12	8%	0	0%	28	10%	40	5%
39 a 43	0	0%	0	0%	19	13%	1	1%	32	11%	52	7%
44 a 48	0	0%	0	0%	15	10%	2	1%	41	14%	58	8%
49 a 53	1	1%	0	0%	24	17%	0	0%	56	20%	81	11%
54 a 58	3	2%	0	0%	23	16%	2	1%	56	20%	84	11%
59 ou +	126	97%	0	0%	40	28%	0	0%	49	17%	215	28%
Total	130	100%	25	100%	144	100%	178	100%	284	100%	761	100%

Fonte: base de dados TRE SAÚDE



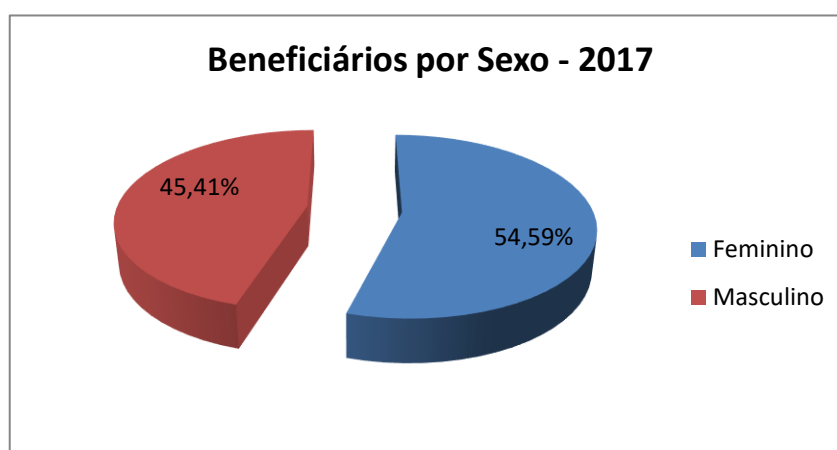
A carteira dos usuários do **TRE SAÚDE** no ano de 2018 está distribuída em 23,39% de filhos, 37,32% de Titulares, 18,92% de cônjuges, 17,08% de agregados e 3,29% de beneficiários especiais.

5.3 - Distribuição da carteira por sexo e faixa etária:

2017

Faixa Etária (anos)	Feminino		Masculino		Total
	Qtde. (A)	% Part.	Qtde. (B)	% Part.	(A+B)
0 a 18	62	14%	89	24%	151
19 a 23	22	5%	26	7%	48
24 a 28	18	4%	14	4%	32
29 a 33	12	3%	11	3%	23
34 a 38	34	8%	17	5%	51
39 a 43	30	7%	29	8%	59
44 a 48	32	7%	25	7%	57
49 a 53	53	12%	51	14%	104
54 a 58	44	10%	30	8%	74
59 ou +	145	32%	84	22%	229
Total	452	100%	376	100%	828

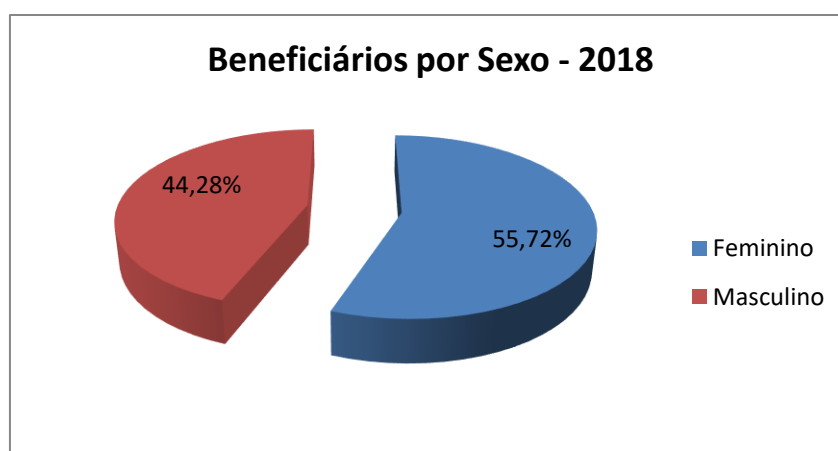
Fonte: Base de dados TRE SAÚDE



2018

Faixa Etária (anos)	Feminino		Masculino		Total (A+B)
	Qtde. (A)	% Part.	Qtde. (B)	% Part.	
0 a 18	57	13%	76	23%	133
19 a 23	19	4%	24	7%	43
24 a 28	18	4%	14	4%	32
29 a 33	14	3%	9	3%	23
34 a 38	25	6%	15	4%	40
39 a 43	28	7%	24	7%	52
44 a 48	33	8%	25	7%	58
49 a 53	45	11%	36	11%	81
54 a 58	47	11%	37	11%	84
59 ou +	138	33%	77	23%	215
Total	424	100%	337	100%	761

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE



A massa de beneficiários do **TRE SAÚDE** conta com 55,72% de participação do sexo feminino e 44,28% no sexo masculino, demonstrando certo equilíbrio em relação ao mercado, que traz informações que comprovam que os gastos assistenciais da massa feminina são mais elevados em relação à masculina. Nos outros anos da análise manteve-se no mesmo patamar, observando a predominância do sexo feminino.

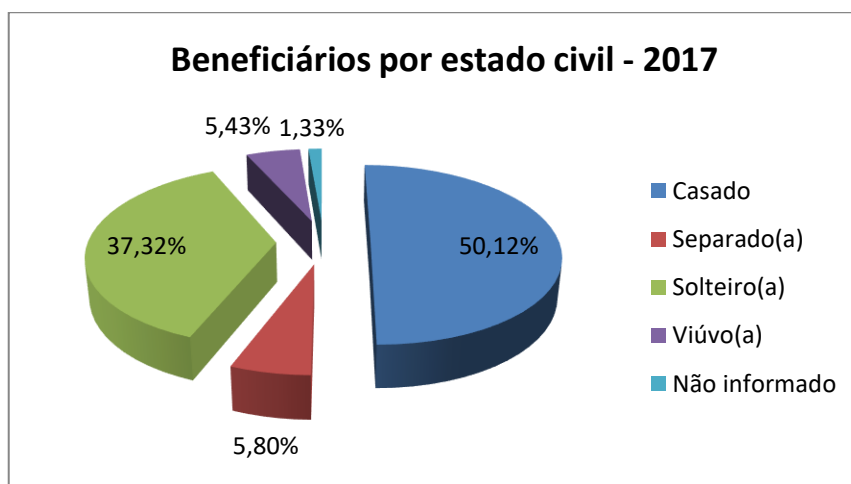
5.4 - Distribuição dos beneficiários por estado civil:

Abaixo a distribuição dos beneficiários por estado civil:

2017

Faixa Etária (anos)	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado		Não Informado		Total Geral (A+B+C+D+E)
	Qtde. (A)	% Part.	Qtde. (B)	% Part.	Qtde. (C)	% Part.	Qtde. (D)	% Part.	Qtde. (E)	% Part.	
0 a 18	148	48%	0	0%	0	0%	0	0%	3	27%	151
19 a 23	45	15%	2	0%	0	0%	0	0%	1	9%	48
24 a 28	28	9%	3	1%	0	0%	0	0%	1	9%	32
29 a 33	14	5%	9	2%	0	0%	0	0%	0	0%	23
34 a 38	13	4%	36	9%	0	0%	2	4%	0	0%	51
39 a 43	11	4%	42	10%	0	0%	4	8%	2	18%	59
44 a 48	9	3%	41	10%	0	0%	7	15%	0	0%	57
49 a 53	13	4%	79	19%	6	13%	6	13%	0	0%	104
54 a 58	11	4%	50	12%	0	0%	13	27%	0	0%	74
59 ou +	17	6%	153	37%	39	87%	16	33%	4	36%	229
Total geral	309	100%	415	100%	45	100%	48	100%	11	100%	828
% Partic em relação ao Total	37,32%		50,12%		5,43%		5,80%		1,33%		

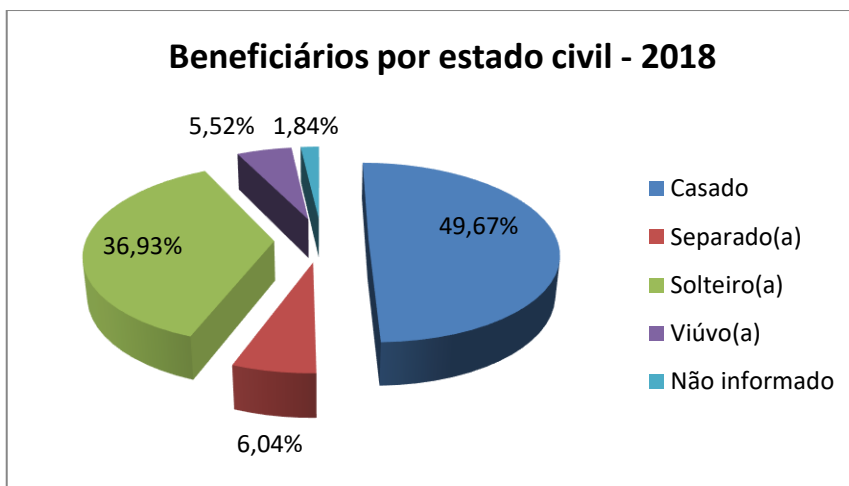
Fonte: Base de dados TRE SAÚDE



2018

Faixa Etária (anos)	Solteiro		Casado		Viúvo		Separado		Não Informado		Total Geral (A+B+C+D+E)
	Qtde. (A)	% Part.	Qtde. (B)	% Part.	Qtde. (C)	% Part.	Qtde. (D)	% Part.	Qtde. (E)	% Part.	
0 a 18	128	46%	0	0%	0	0%	0	0%	5	36%	133
19 a 23	42	15%	0	0%	0	0%	0	0%	1	7%	43
24 a 28	24	9%	6	2%	0	0%	0	0%	2	14%	32
29 a 33	17	6%	6	2%	0	0%	0	0%	0	0%	23
34 a 38	13	5%	24	6%	0	0%	3	7%	0	0%	40
39 a 43	9	3%	42	11%	0	0%	1	2%	0	0%	52
44 a 48	10	4%	38	10%	0	0%	8	17%	2	14%	58
49 a 53	10	4%	59	16%	4	10%	8	17%	0	0%	81
54 a 58	11	4%	61	16%	2	5%	10	22%	0	0%	84
59 ou +	17	6%	142	38%	36	86%	16	35%	4	29%	215
Total geral	281	100%	378	100%	42	100%	46	100%	14	100%	761
% Partic em relação ao Total	36,93%		49,67%		5,52%		6,04%		1,84%		

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE



Do total dos beneficiários do programa de saúde, 36,93% são solteiros e apenas 5,52% são viúvos, sendo 6,04% separados. Do total da massa, 49,67% casados, os quais teoricamente por constituírem família, agregam um maior número de dependentes para a massa. Seguindo a tendência da massa houve redução do número de casados e solteiros, já os separados houve pequeno crescimento de 2017 para 2018.

5.5 - Distribuição dos beneficiários por ano:

Demonstramos a seguir um resumo com a evolução do número de beneficiários ano a ano.

Tipo Usuário	Beneficiários 2017	Beneficiários 2018
Titulares	303	284
Dependentes	525	477
Total de Usuários	828	761

6 Análise da receita

6.1 – Análise da contribuição por faixa etária:

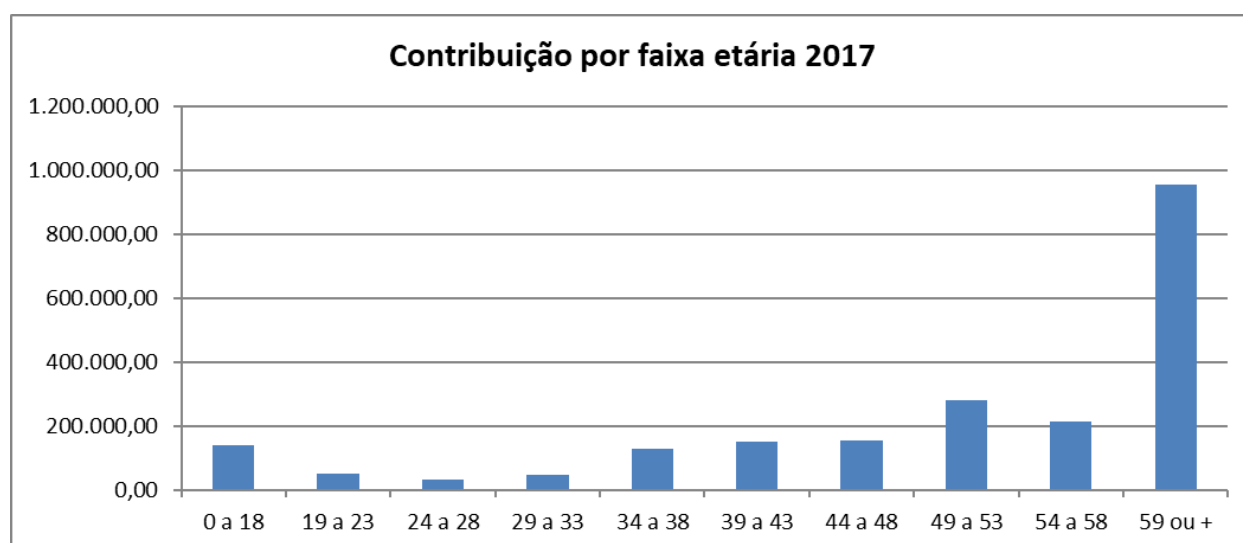
2017

Faixa Etária	Receitas* R\$	Participação
0 a 18	139.421,49	6,46%
19 a 23	51.507,10	2,39%
24 a 28	32.984,12	1,53%
29 a 33	46.393,64	2,15%
34 a 38	128.503,66	5,96%
39 a 43	150.771,55	6,99%
44 a 48	155.395,70	7,20%
49 a 53	281.632,32	13,05%
54 a 58	214.999,37	9,96%
59 ou +	956.138,54	44,31%
Total Geral	2.157.747,49	100,00%

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE

*Nos valores de receitas não estão incluídos os de coparticipação, pois os mesmos não foram informados com a abertura por faixa etária.

A evolução das receitas em 2017 teve o seguinte comportamento, como podemos verificar na tabela anterior e no gráfico a seguir:



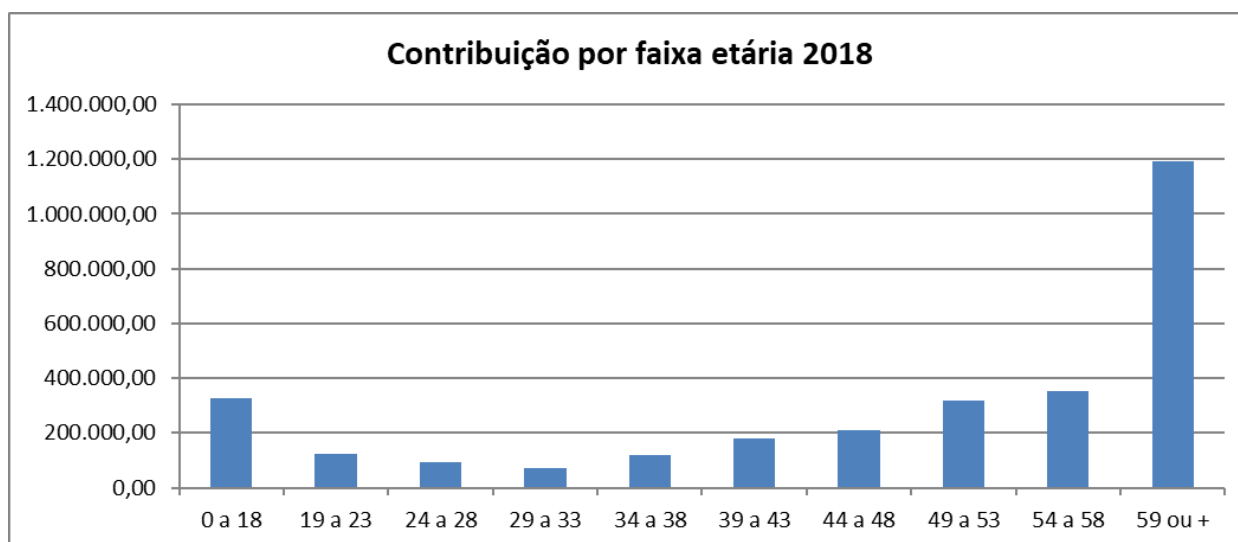
2018

Faixa Etária	Receitas* R\$	Participação
0 a 18	327.178,63	10,94%
19 a 23	124.247,51	4,15%
24 a 28	95.074,76	3,18%
29 a 33	73.389,78	2,45%
34 a 38	119.998,06	4,01%
39 a 43	179.308,42	5,99%
44 a 48	211.479,40	7,07%
49 a 53	318.643,01	10,65%
54 a 58	351.845,57	11,76%
59 ou +	1.190.396,26	39,79%
Total Geral	2.991.561,40	100,00%

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE

*Nos valores de receitas não estão incluídos os de coparticipação, pois os mesmos não foram informados com a abertura por faixa etária.

A evolução das receitas em 2018 teve o seguinte comportamento, como podemos verificar na tabela anterior e no gráfico a seguir:



Como observamos anteriormente, existe grande concentração de beneficiários na faixa de 59 anos ou mais, explicando o maior valor de contribuições nessa faixa etária.

Da base de dados enviada pela **TRE SAÚDE** encontramos ainda a receita demonstrada mensalmente e por tipo conforme o quadro a seguir:

2017

Mês/Ano	Mensalidade R\$	% Participação	Coparticipação R\$	% Participação	Total Geral R\$
jan/17	159.393,75	7%	94.879,94	7%	254.273,69
fev/17	171.787,67	8%	100.561,29	7%	272.348,96
mar/17	168.727,92	8%	108.731,26	8%	277.459,18
abr/17	167.468,37	8%	97.697,14	7%	265.165,51
mai/17	167.532,61	8%	180.901,54	13%	348.434,15
jun/17	170.802,86	8%	67.473,12	5%	238.275,98
jul/17	169.861,18	8%	158.922,17	11%	328.783,35
ago/17	168.969,97	8%	112.231,91	8%	281.201,88
set/17	168.844,17	8%	118.457,38	8%	287.301,55
out/17	170.968,01	8%	108.581,69	8%	279.549,70
nov/17	239.620,29	11%	123.814,20	9%	363.434,49
dez/17	233.770,69	11%	124.528,32	9%	358.299,01
Total Geral	2.157.747,49	100%	1.396.779,96	100%	3.554.527,45

2018

Mês/Ano	Mensalidade R\$	% Participação	Coparticipação R\$	% Participação	Total Geral R\$
jan/18	231.610,89	8%	73.274,09	6%	304.884,98
fev/18	232.767,17	8%	175.885,86	14%	408.653,03
mar/18	232.291,10	8%	99.550,84	8%	331.841,94
abr/18	231.692,58	8%	84.419,56	7%	316.112,14
mai/18	230.130,42	8%	109.410,48	9%	339.540,90
jun/18	265.789,23	9%	113.941,01	9%	379.730,24
jul/18	262.960,41	9%	106.952,55	8%	369.912,96
ago/18	261.419,28	9%	103.424,31	8%	364.843,59
set/18	260.994,98	9%	101.143,20	8%	362.138,18
out/18	259.718,68	9%	102.716,48	8%	362.435,16
nov/18	261.168,15	9%	103.049,34	8%	364.217,49
dez/18	261.018,51	9%	107.915,47	8%	368.933,98
Total Geral	2.991.561,40	100%	1.281.683,19	100%	4.273.244,59

A contribuição com mensalidade é crescente nos 2 anos analisados, entretanto a coparticipação, por estar vinculada às despesas, acompanhou o comportamento respectivo.

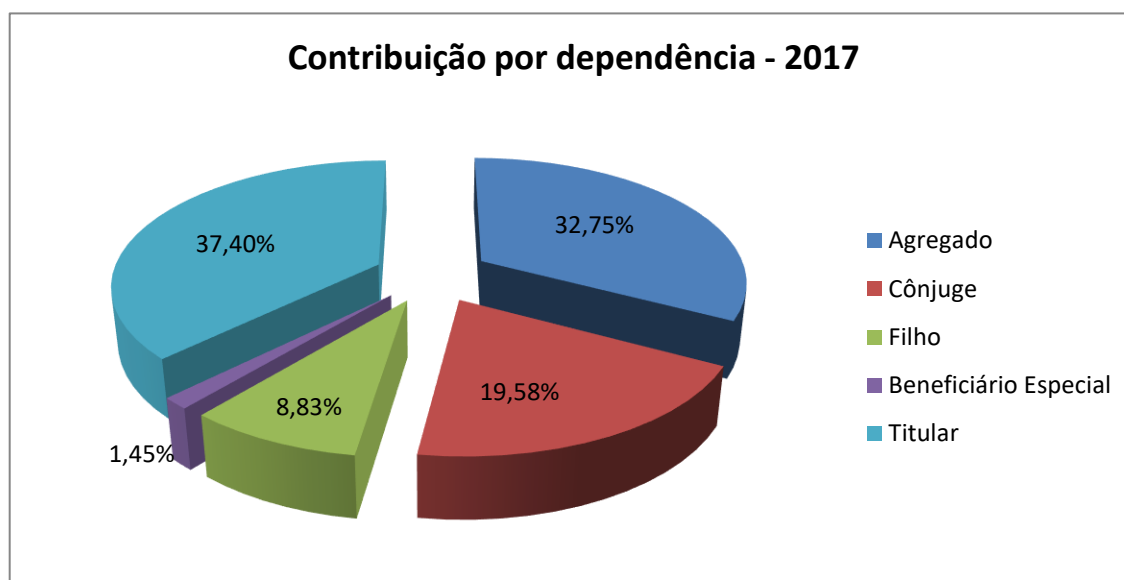
6.2 - Análise da contribuição por dependência:

2017

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Agregado (A)	Cônjuge (B)	Filho (C)	Beneficiário Especial (D)	Titular (E)	Total (F) = (A)+(B)+(C)+(D)+(E)
0 a 18	0,00	0,00	139.421,49	0,00	0,00	139.421,49
19 a 23	0,00	3.679,82	33.546,52	14.280,76	0,00	51.507,10
24 a 28	0,00	5.495,71	884,50	17.071,68	9.532,23	32.984,12
29 a 33	0,00	16.178,22	534,65	0,00	29.680,77	46.393,64
34 a 38	0,00	42.601,36	0,00	0,00	85.902,30	128.503,66
39 a 43	0,00	56.277,33	3.307,86	0,00	91.186,36	150.771,55
44 a 48	0,00	47.143,44	3.687,92	0,00	104.564,34	155.395,70
49 a 53	3.916,29	83.239,23	1.880,00	0,00	192.596,80	281.632,32
54 a 58	17.945,57	53.333,36	7.221,91	0,00	136.498,53	214.999,37
59 ou +	684.740,20	114.439,39	0,00	0,00	156.958,95	956.138,54
Total Geral	706.602,06	422.387,86	190.484,85	31.352,44	806.920,28	2.157.747,49

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE

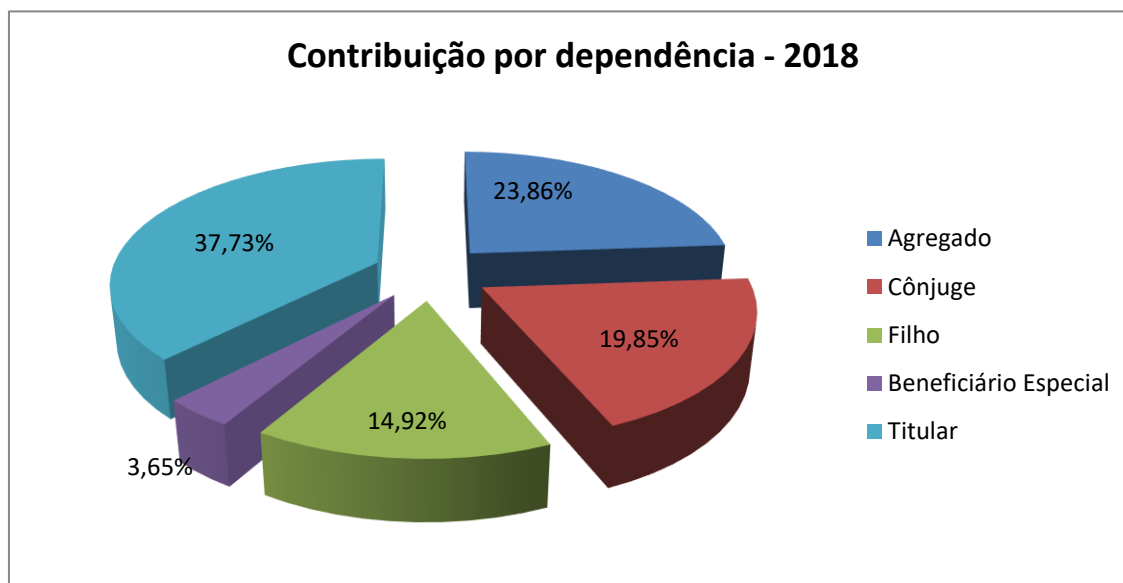


2018

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Agregado (A)	Cônjuge (B)	Filho (C)	Beneficiário Especial (D)	Titular (E)	Total (F) = (A)+(B)+(C)+(D)+(E)
0 a 18	0,00	0,00	327.178,63	0,00	0,00	327.178,63
19 a 23	0,00	0,00	93.838,31	30.409,20	0,00	124.247,51
24 a 28	0,00	15.008,18	2.313,95	68.174,78	9.577,85	95.074,76
29 a 33	0,00	14.745,77	307,57	10.476,47	47.859,97	73.389,78
34 a 38	0,00	35.567,18	0,00	0,00	84.430,88	119.998,06
39 a 43	0,00	66.609,15	2.917,41	0,00	109.781,86	179.308,42
44 a 48	0,00	59.803,90	6.170,98	0,00	145.504,52	211.479,40
49 a 53	4.009,26	90.209,04	2.019,36	0,00	222.405,35	318.643,01
54 a 58	11.800,83	94.985,21	11.459,61	0,00	233.599,92	351.845,57
59 ou +	697.962,55	216.946,92	0,00	0,00	275.486,79	1.190.396,26
Total Geral	713.772,64	593.875,35	446.205,82	109.060,45	1.128.647,14	2.991.561,40

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE



Analisando a contribuição por dependência observamos que tanto em 2017 como em 2018 tiveram proporção similar de contribuição por dependência, ou seja, em torno de 37% das contribuições são dos titulares, a segunda maior fatia de contribuição é dos agregados, seguidos pelos cônjuges em torno de 20%, filhos com 14,92% em 2018 e por fim os beneficiários especiais representando 3,65% em 2018.

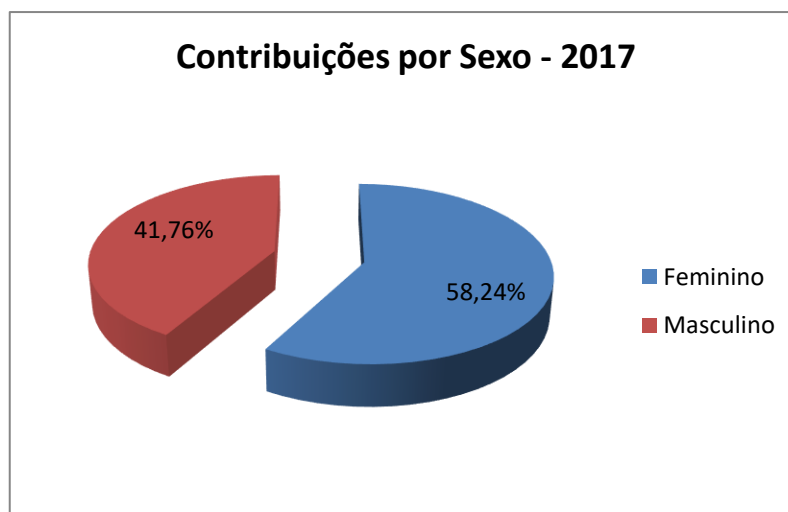
6.3 – Análise da contribuição por sexo:

2017

Valores em R\$

Faixa Etária	Feminino (A)	Masculino (B)	Total Geral (A+B)
0 a 18	58.605,49	80.816,00	139.421,49
19 a 23	24.968,03	26.539,07	51.507,10
24 a 28	19.712,62	13.271,50	32.984,12
29 a 33	26.783,39	19.610,25	46.393,64
34 a 38	85.446,57	43.057,09	128.503,66
39 a 43	73.197,25	77.574,30	150.771,55
44 a 48	88.349,65	67.046,05	155.395,70
49 a 53	138.397,72	143.234,60	281.632,32
54 a 58	128.005,33	86.994,04	214.999,37
59 ou +	613.260,05	342.878,49	956.138,54
Total	1.256.726,10	901.021,39	2.157.747,49

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE

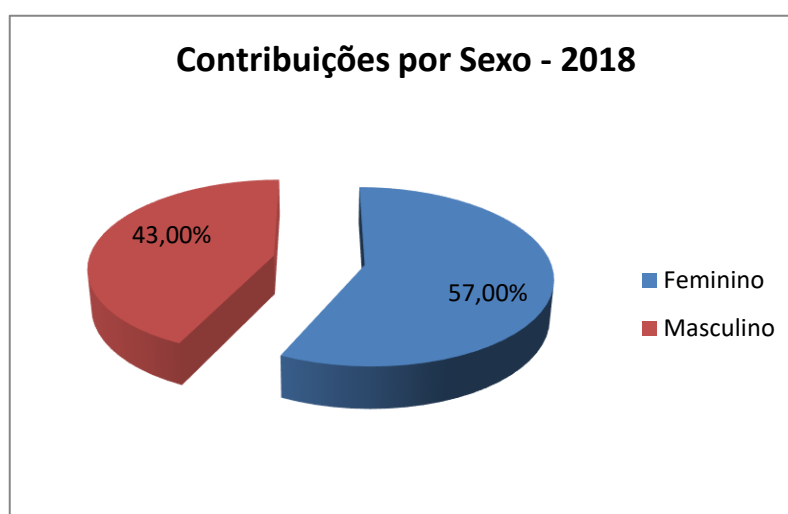


2018

Valores em R\$

Faixa Etária	Feminino (A)	Masculino (B)	Total Geral (A+B)
0 a 18	141.778,47	185.400,16	327.178,63
19 a 23	51.566,28	72.681,23	124.247,51
24 a 28	48.373,61	46.701,15	95.074,76
29 a 33	43.736,61	29.653,17	73.389,78
34 a 38	73.708,03	46.290,03	119.998,06
39 a 43	97.625,76	81.682,66	179.308,42
44 a 48	121.983,25	89.496,15	211.479,40
49 a 53	159.733,90	158.909,11	318.643,01
54 a 58	203.006,99	148.838,58	351.845,57
59 ou +	763.558,24	426.838,02	1.190.396,26
Total	1.705.071,14	1.286.490,26	2.991.561,40

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE



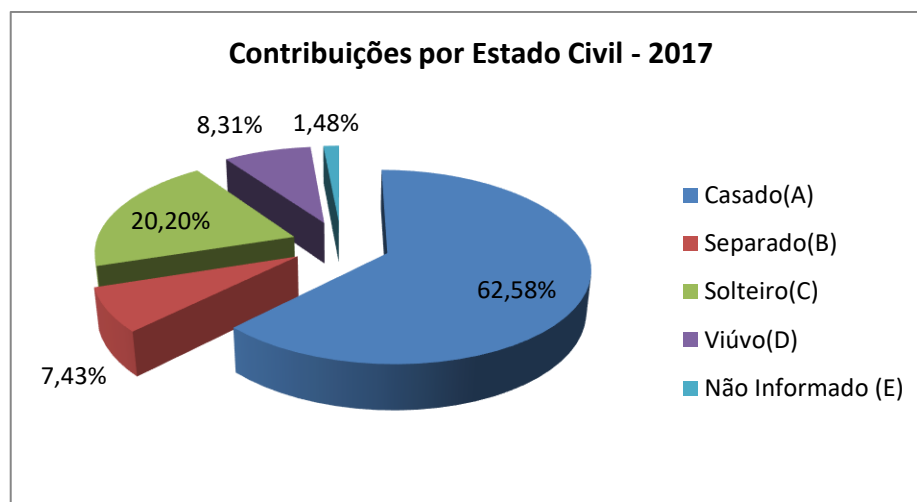
Ao abrirmos os dados por sexo, identificamos que as contribuições realizadas pelo sexo feminino giram em torno de 57% em 2018 e 58% em 2017. Acompanhando a distribuição dos 2 anos de análise, as receitas são crescentes e com predominância do sexo feminino que ocupa a maior fatia de usuários.

6.4 – Análise da contribuição por estado civil:

2017

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Casado(A)	Separado(B)	Solteiro(C)	Viúvo(D)	Não Informado (E)	Total Geral (F) = (A+B+C+D+E)
0 a 18	0,00	0,00	137.049,51	0,00	2.371,98	139.421,49
19 a 23	3.679,82	0,00	46.594,06	0,00	1.233,22	51.507,10
24 a 28	5.393,33	0,00	26.660,32	0,00	930,47	32.984,12
29 a 33	20.313,65	0,00	26.079,99	0,00	0,00	46.393,64
34 a 38	90.710,24	5.678,44	32.114,98	0,00	0,00	128.503,66
39 a 43	107.587,04	10.654,14	24.139,83	1.273,08	7.117,46	150.771,55
44 a 48	113.456,33	21.497,81	20.441,56	0,00	0,00	155.395,70
49 a 53	211.805,90	19.068,68	36.793,77	13.963,97	0,00	281.632,32
54 a 58	150.690,14	38.209,02	26.100,21	0,00	0,00	214.999,37
59 ou +	646.749,50	65.189,78	59.789,27	164.095,55	20.314,44	956.138,54
Total	1.350.385,95	160.297,87	435.763,50	179.332,60	31.967,57	2.157.747,49

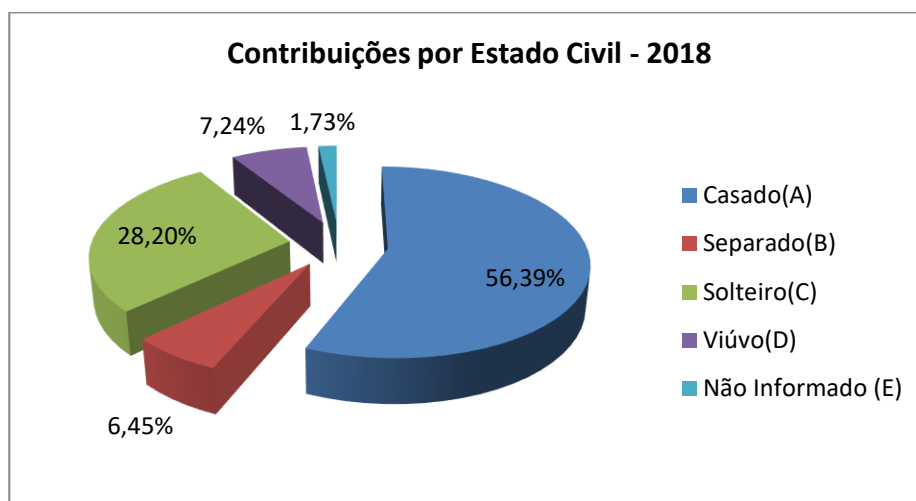


2018

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Casado(A)	Separado(B)	Solteiro(C)	Viúvo(D)	Não Informado (E)	Total Geral (F) = (A+B+C+D+E)
0 a 18	0,00	0,00	317.763,73	0,00	9.414,90	327.178,63
19 a 23	0,00	0,00	122.188,89	0,00	2.058,62	124.247,51
24 a 28	15.108,50	0,00	75.021,28	0,00	4.944,98	95.074,76
29 a 33	17.648,01	0,00	55.741,77	0,00	0,00	73.389,78
34 a 38	73.043,26	9.206,70	37.748,10	0,00	0,00	119.998,06
39 a 43	146.631,37	3.304,61	29.372,44	0,00	0,00	179.308,42
44 a 48	142.581,67	26.244,37	34.094,01	0,00	8.559,35	211.479,40
49 a 53	231.828,26	35.816,03	36.088,69	14.910,03	0,00	318.643,01
54 a 58	254.564,96	42.154,61	48.126,38	6.999,62	0,00	351.845,57
59 ou +	805.543,32	76.116,04	87.440,86	194.611,14	26.684,90	1.190.396,26
Total	1.686.949,35	192.842,36	843.586,15	216.520,79	51.662,75	2.991.561,40

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE



É possível identificar que maior é a contribuição que decorre do estado civil “casado”, grupo este que proporciona uma maior adesão ao plano **TRE SAÚDE**, uma vez que existe a constituição de família favorecendo a adesão de cônjuges e filhos. As contribuições por estado civil durante os 2 anos da análise foram coerentes com a distribuição da massa.

6.5 – Análise da contribuição por ano:

Ano (A)	Contribuição (B)*	Média de Vidas (C)	Contribuição per capita (D=B/C/12)
2017	R\$ 2.157.747,49	828	R\$ 217,16
2018	R\$ 2.991.561,40	761	R\$ 327,59

**Não foram considerados os recursos da União e a Coparticipação - Valores em R\$*

Fonte: Base de dados do TRE SAÚDE

Houve um crescimento nas contribuições per capita considerando somente as mensalidades saindo de R\$ 217,16 em 2017 para R\$ 327,59 em 2018.

6.6 – Análise da receita com recursos da União e Coparticipação:

Ano (A)	Contribuição Beneficiários + Coparticipação (B)	Recursos União (C)	Receita Total D = (B+C)	Média Vidas por ano (E)	Receita Total Per capita F = (D/E/12)
2017	3.554.527,45	2.388.500,00	5.943.027,45	828	598,13
2018	4.273.244,59	2.270.400,00	6.543.644,59	761	716,56

Fonte: Base de dados de receita do TRE SAÚDE - Valores em R\$

A receita total tem um crescimento considerável se adicionados os recursos da União, reduzindo assim, a sinistralidade da carteira.

Assim como nas contribuições per capita considerando somente as mensalidades as contribuições quando acrescidos os recursos da União e a coparticipação crescem saindo de R\$ 598,13 em 2017 para R\$ 716,56 em 2018. Utilizamos a quantidade média de vidas do período, pois estatisticamente é a que melhor contempla as variações do período.

6.7 – Receitas por ano:

Demonstramos a seguir as receitas mês a mês e por ano considerando também as receitas com coparticipação e recursos da União.

Mês	Receitas – 2017 R\$	Receitas – 2018 R\$
jan	159.393,75	231.610,89
fev	171.787,67	232.767,17
mar	168.727,92	232.291,10
abr	167.468,37	231.692,58
mai	167.532,61	230.130,42
jun	170.802,86	265.789,23
jul	169.861,18	262.960,41
ago	168.969,97	261.419,28
set	168.844,17	260.994,98
out	170.968,01	259.718,68
nov	239.620,29	261.168,15
dez	233.770,69	261.018,51
Total base de dados	2.157.747,49	2.991.561,40
Coparticipação	1.396.779,96	1.281.683,19
Recursos da União	2.388.500,00	2.270.400,00
Total das Receitas	5.943.027,45	6.543.644,59

Notemos que houve um crescimento das contribuições por mensalidade de 38,64% de 2018 para 2017, sendo que os recursos da União, no mesmo período, reduziu 4,94% acompanhando a redução do número de usuários para o mesmo período.

7 Análise das despesas assistenciais

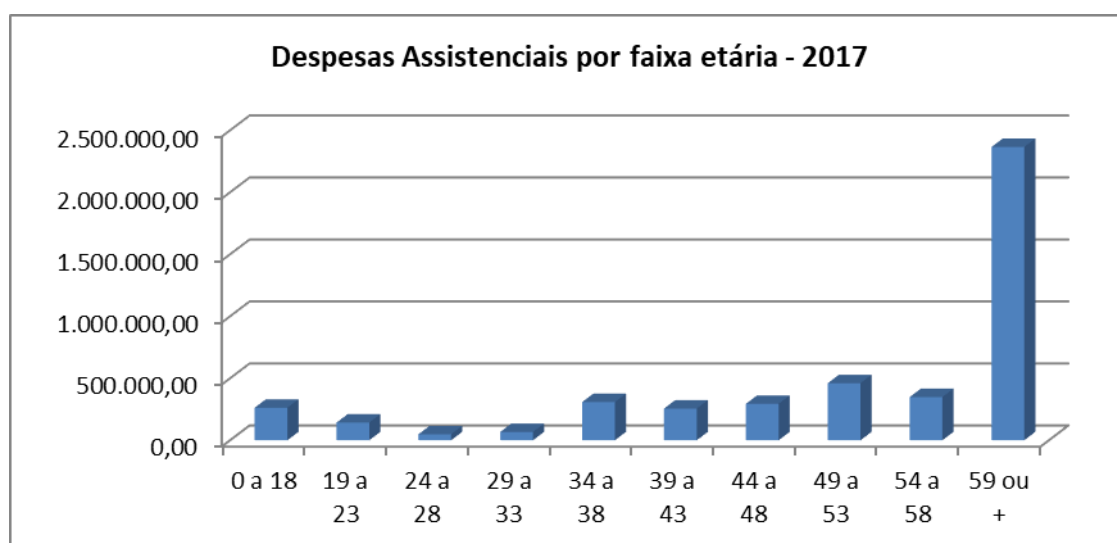
Lembramos que este item do trabalho está relacionado aos valores informados na Base de Dados – Despesas, as despesas informadas fora da base de dados como Reembolsos não possuem a distribuição por faixa etária e por procedimento, de forma que demonstramos no item 7.5.

7.1 – Despesas assistenciais por faixa etária:

2017

Faixa Etária (anos)	Total Despesas R\$	% Participação
0 a 18	262.275,53	6%
19 a 23	142.529,33	3%
24 a 28	47.884,25	1%
29 a 33	66.974,79	1%
34 a 38	307.959,40	7%
39 a 43	255.689,64	6%
44 a 48	293.678,88	6%
49 a 53	460.250,59	10%
54 a 58	348.182,18	8%
59 ou +	2.365.420,45	52%
Total Geral	4.550.845,04	100%

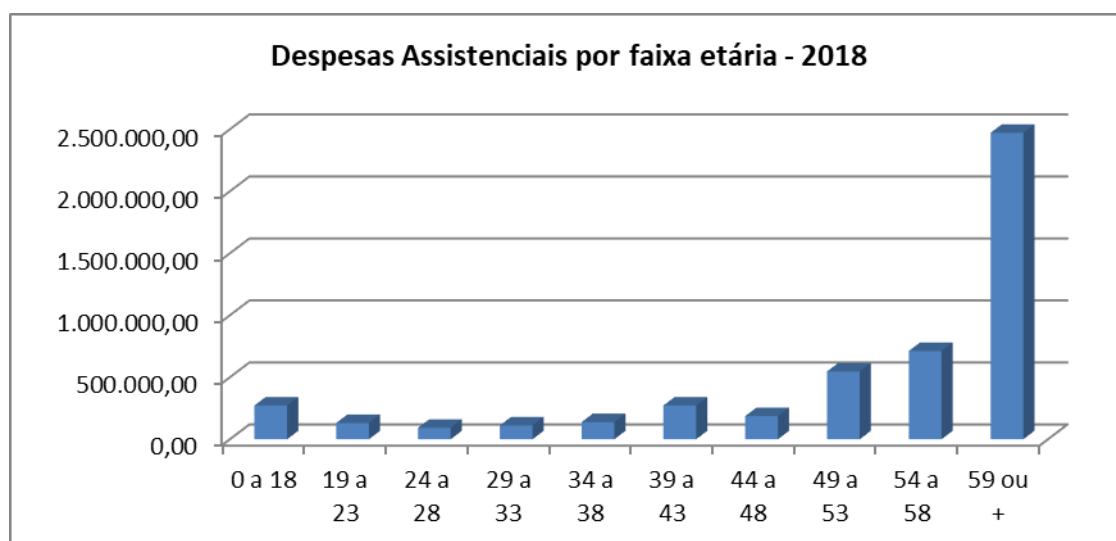
Fonte: Base de dados TRE SAÚDE, exceto Despesas com reembolso que foram informadas em planilha específica.



2018

Faixa Etária (anos)	Total Despesas R\$	% Participação
0 a 18	272.580,91	6%
19 a 23	131.739,66	3%
24 a 28	92.507,79	2%
29 a 33	111.787,44	2%
34 a 38	138.707,73	3%
39 a 43	272.633,64	6%
44 a 48	187.094,15	4%
49 a 53	546.983,47	11%
54 a 58	712.254,30	14%
59 ou +	2.472.101,50	50%
Total Geral	4.938.390,59	100%

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE, exceto Despesas com reembolso que foram informadas em planilha específica.



Podemos observar que as despesas ficaram concentradas na faixa etária de 59 anos ou mais com gastos superiores a R\$ 2,4 milhões, ou seja, acima de 50% dos gastos nos anos observados.

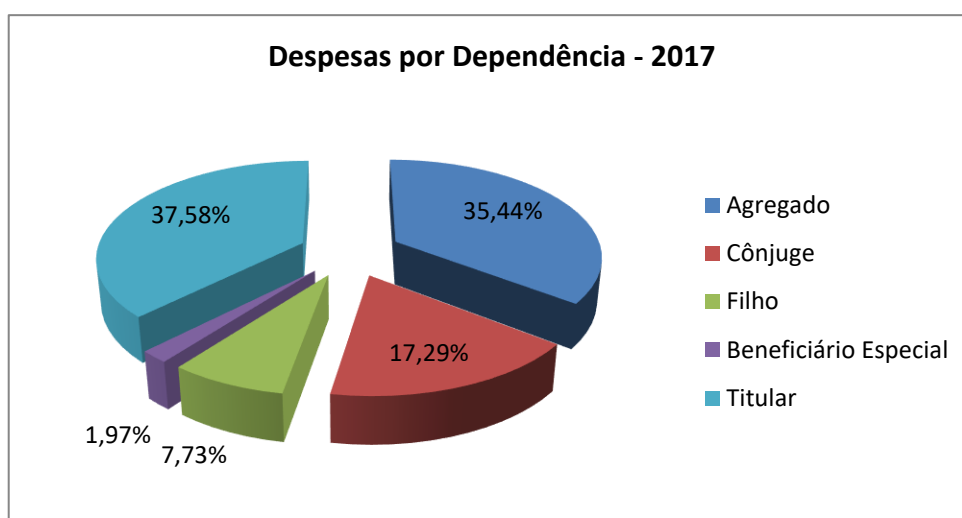
7.2 – Despesas assistenciais por dependência:

2017

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Agregado (A)	Cônjuge (B)	Filho (C)	Beneficiário Especial (D)	Titular (E)	Total (F) = (A)+(B)+(C)+(D)+(E)
0 a 18	0,00	0,00	262.275,53	0,00	0,00	262.275,53
19 a 23	0,00	9.843,35	64.990,34	67.695,64	0,00	142.529,33
24 a 28	0,00	9.858,39	3.465,61	21.887,19	12.673,06	47.884,25
29 a 33	0,00	28.152,51	0,00	0,00	38.822,28	66.974,79
34 a 38	0,00	71.564,40	0,00	0,00	236.395,00	307.959,40
39 a 43	0,00	152.229,86	1.448,22	0,00	102.011,56	255.689,64
44 a 48	0,00	47.727,47	16.851,87	0,00	229.099,54	293.678,88
49 a 53	0,00	146.857,84	0,00	0,00	313.392,75	460.250,59
54 a 58	6.627,42	54.145,22	2.726,53	0,00	284.683,01	348.182,18
59 ou +	1.605.987,00	266.315,03	0,00	0,00	493.118,42	2.365.420,45
Total	1.612.614,42	786.694,07	351.758,10	89.582,83	1.710.195,62	4.550.845,04

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

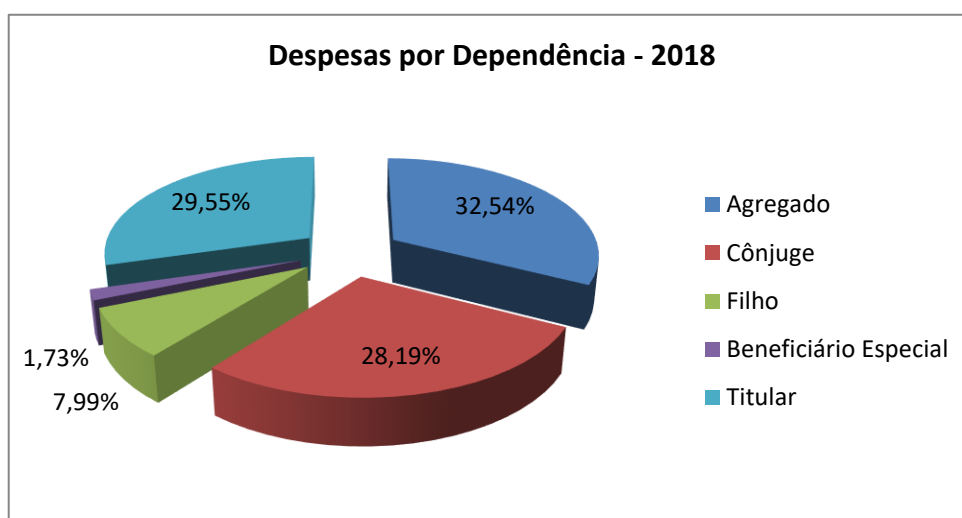


2018

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Agregado (A)	Cônjuge (B)	Filho (C)	Beneficiário Especial (D)	Titular (E)	Total (F) = (A)+(B)+(C)+(D)+(E)
0 a 18	0,00	0,00	272.580,91	0,00	0,00	272.580,91
19 a 23	0,00	0,00	107.070,85	24.668,81	0,00	131.739,66
24 a 28	0,00	41.713,63	0,00	42.469,57	8.324,59	92.507,79
29 a 33	0,00	33.793,45	0,00	18.238,60	59.755,39	111.787,44
34 a 38	0,00	47.979,78	0,00	0,00	90.727,95	138.707,73
39 a 43	0,00	39.025,90	683,44	0,00	232.924,30	272.633,64
44 a 48	0,00	74.950,65	10.779,45	0,00	101.364,05	187.094,15
49 a 53	3.349,37	313.328,04	0,00	0,00	230.306,06	546.983,47
54 a 58	5.467,75	327.474,34	3.278,75	0,00	376.033,46	712.254,30
59 ou +	1.598.279,41	513.879,80	0,00	0,00	359.942,29	2.472.101,50
Total	1.607.096,53	1.392.145,59	394.393,40	85.376,98	1.459.378,09	4.938.390,59

Fonte: base de dados TRE SAÚDE



No período analisado, a maior parte das despesas está concentrada na faixa etária de 59 anos ou mais. As faixas intermediárias possuem grande probabilidade de gastos assistenciais, por consequência das idades férteis e a última faixa concentra a população mais idosa e com mais necessidade de utilização do plano de saúde.

As despesas dos agregados foi a maior em 2018. A despesa dos titulares ficou entre 29% a 37% no período, os cônjuges de 17% a 28% e os filhos em torno de 7%.

7.3 – Despesas assistenciais por sexo:

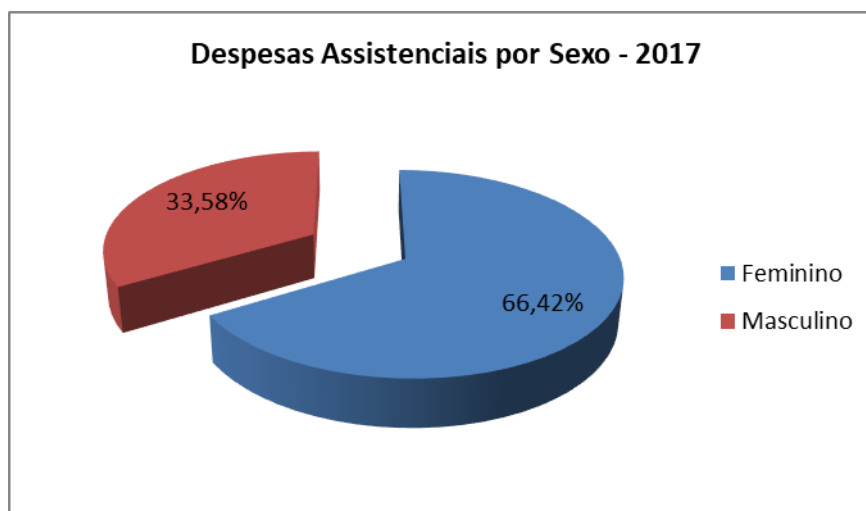
A concentração maior de utilização do plano foi detectada principalmente nas últimas faixas, especialmente na faixa acima de 59 anos.

2017

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Feminino (A)	Masculino (B)	Total Geral (A+B)
0 a 18	126.500,54	135.774,99	262.275,53
19 a 23	99.025,64	43.503,69	142.529,33
24 a 28	33.773,40	14.110,85	47.884,25
29 a 33	41.192,09	25.782,70	66.974,79
34 a 38	190.609,98	117.349,42	307.959,40
39 a 43	178.307,69	77.381,95	255.689,64
44 a 48	205.744,04	87.934,84	293.678,88
49 a 53	293.829,44	166.421,15	460.250,59
54 a 58	218.122,82	130.059,36	348.182,18
59 ou +	1.635.699,04	729.721,41	2.365.420,45
Total	3.022.804,68	1.528.040,36	4.550.845,04

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

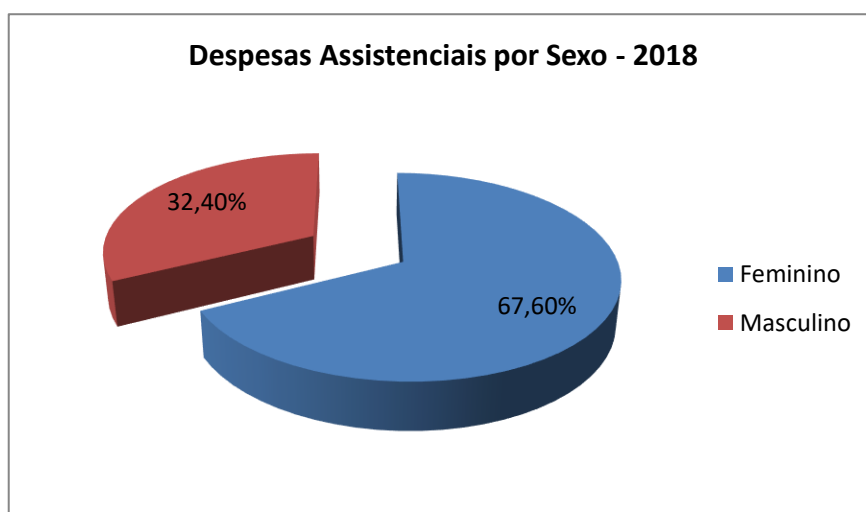


2018

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Feminino (A)	Masculino (B)	Total Geral (A+B)
0 a 18	127.321,13	145.259,78	272.580,91
19 a 23	47.343,48	84.396,18	131.739,66
24 a 28	72.303,93	20.203,86	92.507,79
29 a 33	88.058,56	23.728,88	111.787,44
34 a 38	104.713,80	33.993,93	138.707,73
39 a 43	219.059,82	53.573,82	272.633,64
44 a 48	137.054,40	50.039,75	187.094,15
49 a 53	411.835,11	135.148,36	546.983,47
54 a 58	421.505,97	290.748,33	712.254,30
59 ou +	1.709.333,92	762.767,58	2.472.101,50
Total	3.338.530,12	1.599.860,47	4.938.390,59

Fonte: base de dados TRE SAÚDE



Nos dois anos da análise houve o predomínio dos gastos pelo sexo feminino correspondendo assim a maior quantidade de usuários deste sexo.

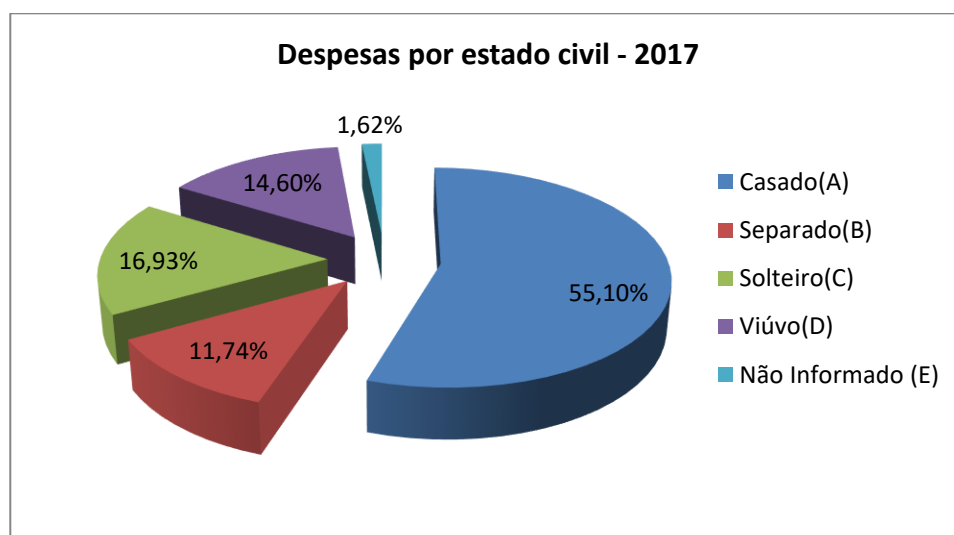
7.4 – Despesas assistenciais por estado civil:

2017

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Casado (A)	Separado (B)	Solteiro (C)	Viúvo (D)	Não Informado (E)	Total (F) = (A)+(B)+(C)+(D)+(E)
0 a 18	0,00	0,00	253.330,75	0,00	8.944,78	262.275,53
19 a 23	9.843,35	0,00	111.615,64	0,00	21.070,34	142.529,33
24 a 28	8.418,87	0,00	38.790,36	0,00	675,02	47.884,25
29 a 33	37.227,70	0,00	29.747,09	0,00	0,00	66.974,79
34 a 38	199.099,34	10.910,01	97.950,05	0,00	0,00	307.959,40
39 a 43	226.659,20	3.249,47	17.043,55	2.067,73	6.669,69	255.689,64
44 a 48	155.040,58	105.108,93	33.529,37	0,00	0,00	293.678,88
49 a 53	351.305,08	25.304,26	34.220,95	49.420,30	0,00	460.250,59
54 a 58	239.464,75	44.062,98	64.654,45	0,00	0,00	348.182,18
59 ou +	1.280.485,81	345.748,86	89.714,18	612.930,87	36.540,73	2.365.420,45
Total	2.507.544,68	534.384,51	770.596,39	664.418,90	73.900,56	4.550.845,04

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE.

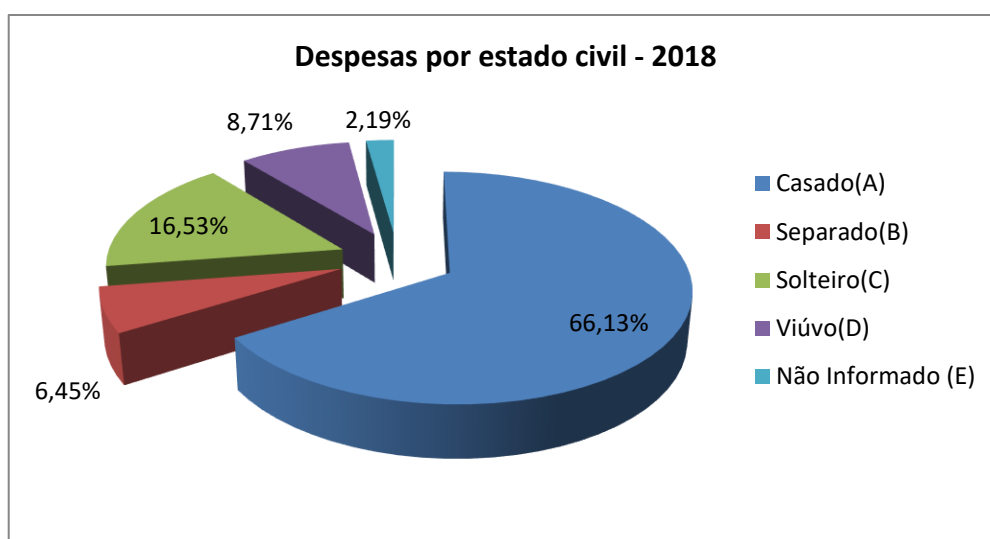


2018

Valores em R\$

Faixa Etária (anos)	Casado (A)	Separado (B)	Solteiro (C)	Viúvo (D)	Não Informado (E)	Total (F) = (A)+(B)+(C)+(D)+(E)
0 a 18	0,00	0,00	268.293,19	0,00	4.287,72	272.580,91
19 a 23	0,00	0,00	129.350,24	0,00	2.389,42	131.739,66
24 a 28	40.305,12	0,00	51.728,78	0,00	473,89	92.507,79
29 a 33	29.041,79	0,00	82.745,65	0,00	0,00	111.787,44
34 a 38	72.937,61	5.908,40	59.861,72	0,00	0,00	138.707,73
39 a 43	254.547,15	1.036,26	17.050,23	0,00	0,00	272.633,64
44 a 48	126.219,97	22.012,13	30.350,18	0,00	8.511,87	187.094,15
49 a 53	428.350,44	63.365,79	22.013,27	33.253,97	0,00	546.983,47
54 a 58	612.215,13	49.402,85	44.638,91	5.997,41	0,00	712.254,30
59 ou +	1.702.004,88	176.577,95	110.136,53	391.033,31	92.348,83	2.472.101,50
Total	3.265.622,09	318.303,38	816.168,70	430.284,69	108.011,73	4.938.390,59

Fonte: Base de dados TRE SAÚDE.



Os beneficiários casados foram responsáveis pela maior utilização do plano em todos os anos da análise, seguido pelos beneficiários solteiros, os viúvos tiveram a terceira maior utilização.

7.5 – Despesas assistenciais por ano:

Demonstramos a seguir as despesas mês a mês e por ano considerando também as despesas com reembolso.

Mês	Despesas – 2017 R\$	Despesas – 2018 R\$
jan	358.216,13	517.227,58
fev	305.223,91	422.696,70
mar	473.668,31	442.488,84
abr	373.165,84	545.367,38
mai	423.540,88	472.298,84
jun	572.433,16	349.305,20
jul	472.061,42	344.381,21
ago	348.242,98	418.052,07
set	273.050,11	345.350,85
out	371.017,00	345.796,62
nov	308.792,84	392.076,13
dez	271.432,46	343.349,17
Total base de dados	4.550.845,04	4.938.390,59
Reembolsos	101.061,78	86.436,35
Total das Despesas	4.651.906,82	5.024.826,94

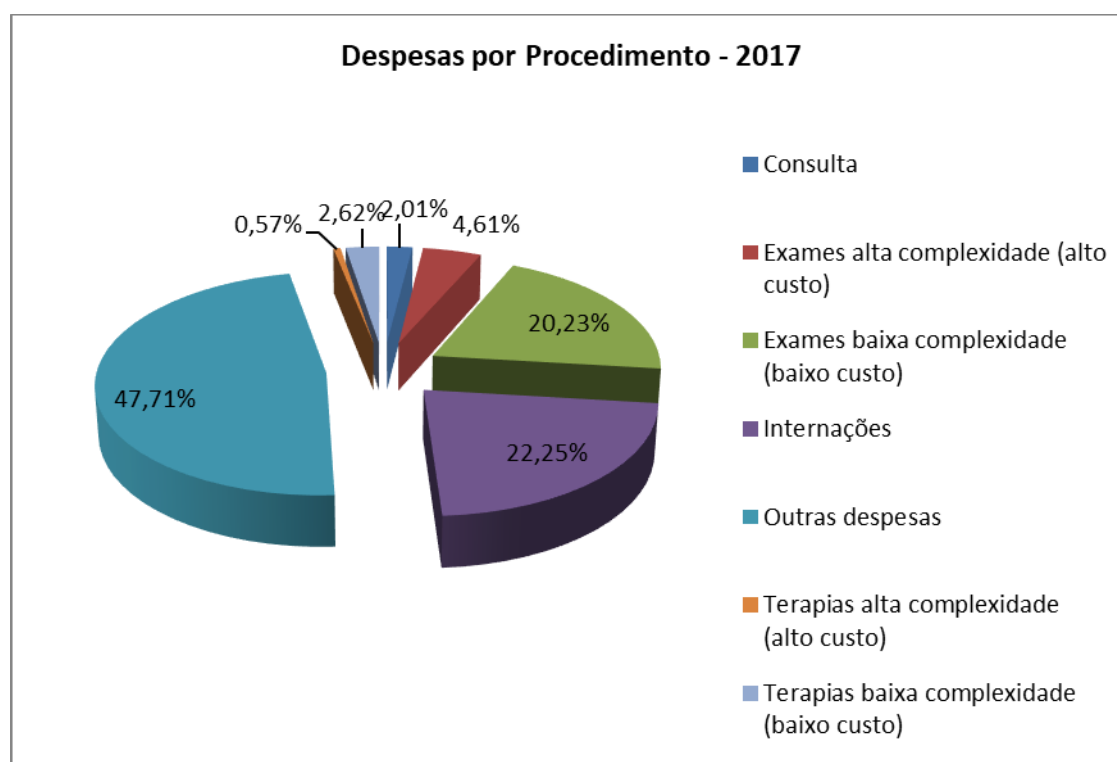
7.6 Despesas assistenciais por procedimento:

As despesas assistenciais por procedimento estão separadas por médico-hospitalares e odontológicos, como demonstramos a seguir:

2017

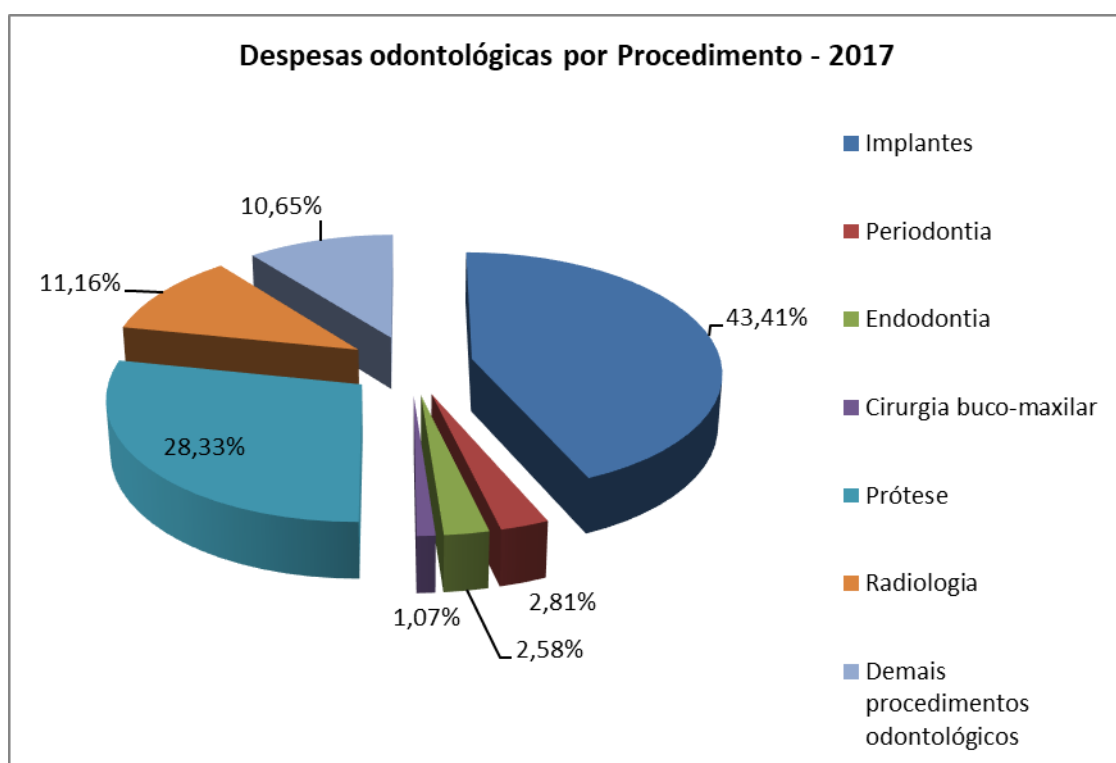
Tipo Serviço Descrição	Valores	% Partic.
Consulta	R\$ 84.721,81	2,01%
Exames alta complexidade (alto custo)	R\$ 194.045,72	4,61%
Exames baixa complexidade (baixo custo)	R\$ 850.992,53	20,23%
Internações	R\$ 936.119,80	22,25%
Outras despesas	R\$ 2.007.318,50	47,71%
Terapias alta complexidade (alto custo)	R\$ 24.001,40	0,57%
Terapias baixa complexidade (baixo custo)	R\$ 110.116,41	2,62%
Total	R\$ 4.207.316,17	100,00%

Fonte: base de dados TRE SAÚDE



Tipo Serviço Descrição - Odontologia	Valores	% Partic.
Ortodontia	R\$ 0,00	0,00%
Implantes	R\$ 149.117,91	43,41%
Periodontia	R\$ 9.647,85	2,81%
Endodontia	R\$ 8.851,02	2,58%
Cirurgia buco-maxilar	R\$ 3.676,89	1,07%
Prótese	R\$ 97.318,33	28,33%
Radiologia	R\$ 38.327,01	11,16%
Demais procedimentos odontológicos	R\$ 36.589,86	10,65%
Total	R\$ 343.528,87	100,00%

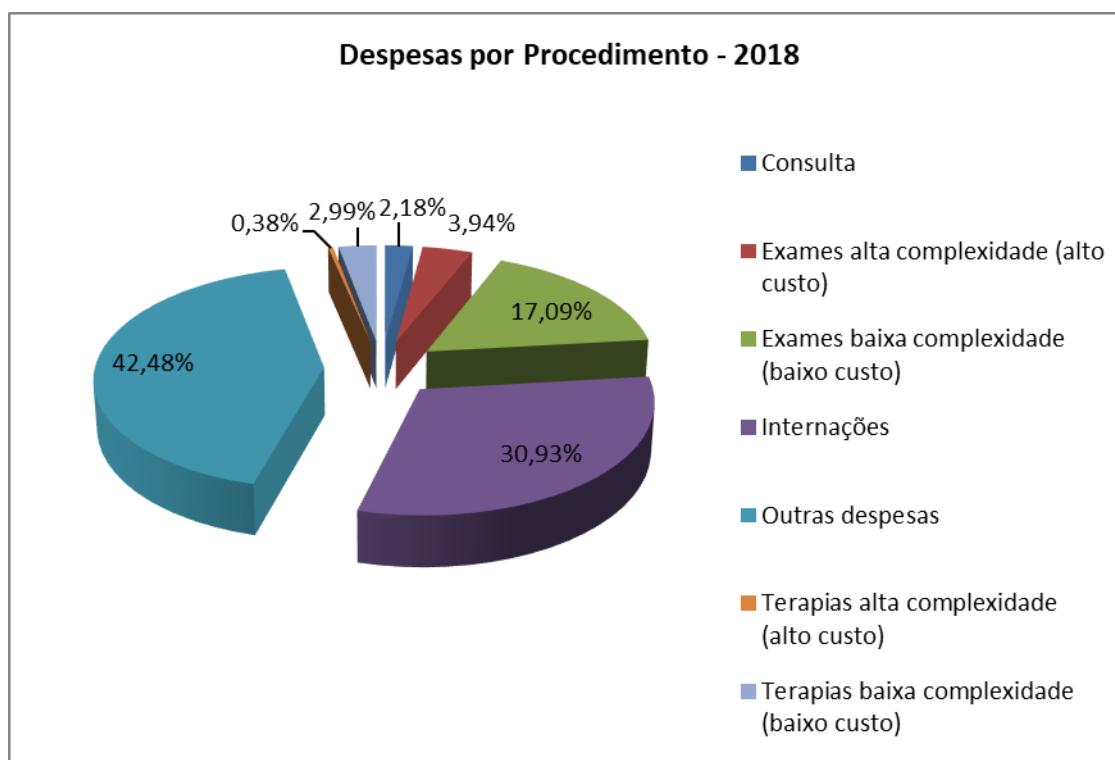
Fonte: base de dados TRE SAÚDE



2018

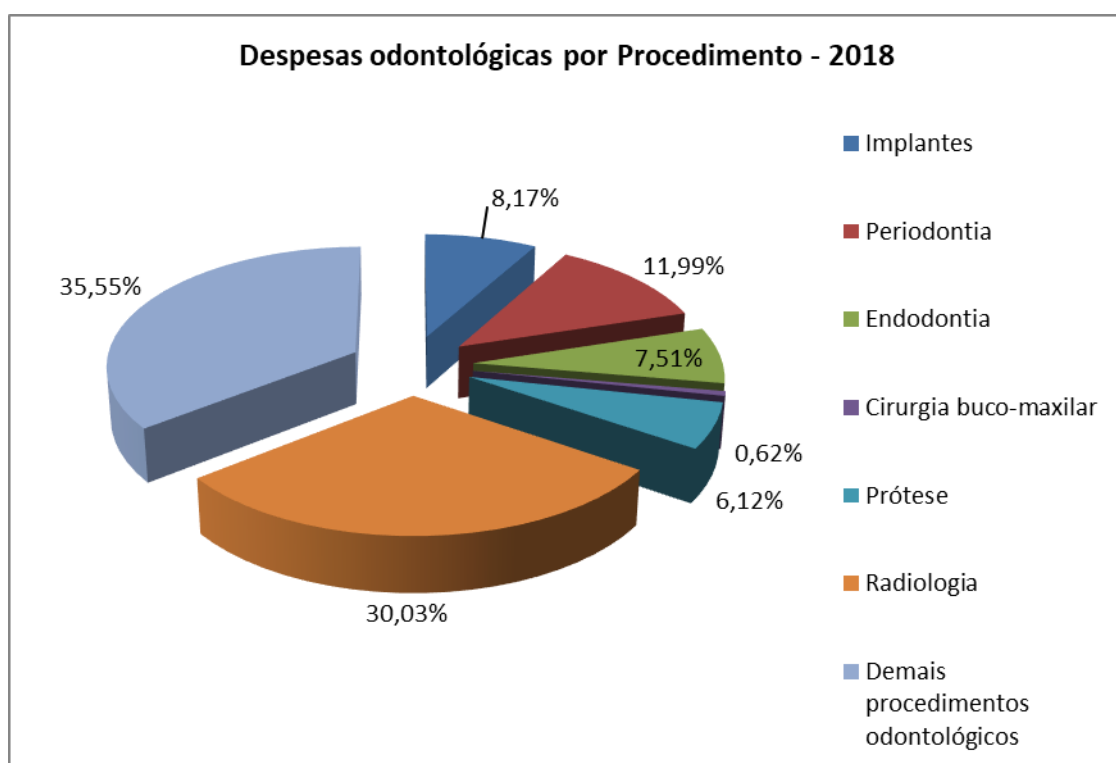
Tipo Serviço Descrição	Valores	% Partic.
Consulta	R\$ 105.688,94	2,18%
Exames alta complexidade (alto custo)	R\$ 190.900,17	3,94%
Exames baixa complexidade (baixo custo)	R\$ 827.673,87	17,09%
Internações	R\$ 1.497.454,00	30,93%
Outras despesas	R\$ 2.057.111,49	42,48%
Terapias alta complexidade (alto custo)	R\$ 18.566,35	0,38%
Terapias baixa complexidade (baixo custo)	R\$ 144.692,62	2,99%
Total	R\$ 4.842.087,44	100,00%

Fonte: base de dados TRE SAÚDE



Tipo Serviço Descrição - Odontologia	Valores	% Partic.
Ortodontia	R\$ 0,00	0,00%
Implantes	R\$ 7.865,52	8,17%
Periodontia	R\$ 11.550,28	11,99%
Endodontia	R\$ 7.231,84	7,51%
Cirurgia buco-maxilar	R\$ 601,00	0,62%
Prótese	R\$ 5.896,67	6,12%
Radiologia	R\$ 28.919,30	30,03%
Demais procedimentos odontológicos	R\$ 34.238,54	35,55%
Total	R\$ 96.303,15	100,00%

Fonte: base de dados TRE SAÚDE



As despesas com internações representaram 22,25% do total em 2017 e 30,93% em 2018, exames de baixo custo 20,23% em 2017 e 17,09% em 2018, exames de alto custo 4,61% em 2017 e 3,94% em 2018 as consultas 2,01% em 2017 e 2,18% em 2018; observamos ainda forte concentração em outras despesas, sugerindo que o programa não conseguiu apropriar os procedimentos nas aberturas indicadas sendo 47,71% do total das despesas em 2017 e 42,48% em 2018.

A distribuição das despesas seguiu o mesmo patamar nos anos da análise.

As despesas odontológicas também apresentam o mesmo comportamento destacando os gastos com implantes e próteses sendo os maiores em 2017, entretanto justificados de acordo com os custos elevados destes procedimentos. Em 2018 as maiores despesas ficaram com “demais procedimentos odontológicos” sugerindo que o programa não conseguiu apropriar os procedimentos nas aberturas indicadas.

7.7 Frequências:

A frequência das despesas assistenciais foram medidas considerando a quantidade de eventos ocorridos e informados à operadora no período de análise e a quantidade de beneficiários ativos no período analisado. Este indicador demonstra o número de vezes em que um mesmo beneficiário foi ao médico ou efetuou um procedimento durante o ano.

Analisando as frequências de utilizações, apuramos os seguintes índices:

2017

TRE SAÚDE	
0,87	Consulta/Beneficiário
8,57%	Internações/Beneficiário
29,52	Exames/beneficiários
33,99	Exames/Consultas

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

2018

TRE SAÚDE	
1,18	Consulta/Beneficiário
11,43%	Internações/Beneficiário
30,25	Exames/beneficiários
25,69	Exames/Consultas

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

Temos a seguinte posição média do Mercado (fonte: Pesquisa Unidas 2017 – Base 2017):



Comparativamente, podemos concluir que o **TRE SAÚDE** no ano de 2017 e 2018 teve utilização inferior ao mercado no item Consulta/Beneficiário. Para a taxa de internação o índice observado foi superior um pouco superior em 2018 e inferior em 2017 em relação ao mercado considerando até 20 mil vidas. Em relação ao índice de exames

por beneficiários ficou acima do mercado nos dois anos da análise o mesmo com exames por consulta.

7.8 Custos médios:

Os custos médios foram analisados considerando os valores e quantidade de procedimentos feitos pelos beneficiários no período. Este indicador demonstra o valor médio por beneficiário que o **TRE SAÚDE** pagou aos prestadores durante o período analisado, podendo trazer subsídios para uma eventual negociação com os mesmos visando à redução ou adequação destes. Apresentamos os custos médios separados por despesas médico-hospitalares e odontológicas.

2017

TRE SAÚDE				
Procedimento	Despesas R\$	N.º de Eventos	Custo Médio Procedimento R\$	Custo per capita R\$
Consulta	84.721,81	719	117,83	102,32
Exames alta complexidade (alto custo)	194.045,72	273	710,79	234,35
Exames baixa complexidade (baixo custo)	850.992,53	24.442	34,82	1027,77
Internações	936.119,80	71	13.184,79	1130,58
Outras despesas	2.007.318,50	10.856	184,90	2424,30
Terapias alta complexidade (alto custo)	24.001,40	1	24.001,40	28,99
Terapias baixa complexidade (baixo custo)	110.116,41	1.499	73,46	132,99
Total	4.207.316,17	37.861		

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

TRE SAÚDE				
Procedimentos Odontológicos	Despesas R\$	N.º de Eventos	Custo Médio Procedimento R\$	Custo per capita R\$
Ortodontia	0,00	0	-	-
Implantes	149.117,91	261	571,33	180,09
Periodontia	9.647,85	125	77,18	11,65
Endodontia	8.851,02	81	109,27	10,69
Cirurgia buco-maxilar	3.676,89	31	118,61	4,44
Prótese	97.318,33	408	238,53	117,53
Radiologia	38.327,01	1.915	20,01	46,29
Demais procedimentos odontológicos	36.589,86	665	55,02	44,19
Total	343.528,87	3.486		

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

Não foram observadas despesas com ortodontia.

2018

TRE SAÚDE				
Procedimento	Despesas R\$	N.º de Eventos	Custo Médio Procedimento R\$	Custo per capita R\$
Consulta	105.688,94	896	117,96	138,88
Exames alta complexidade (alto custo)	190.900,17	258	739,92	250,85
Exames baixa complexidade (baixo custo)	827.673,87	23.022	35,95	1087,61
Internações	1.497.454,00	87	17.212,11	1967,75
Outras despesas	2.057.111,49	10.444	196,97	2703,17
Terapias alta complexidade (alto custo)	18.566,35	1	18.566,35	24,40
Terapias baixa complexidade (baixo custo)	144.692,62	1.791	80,79	190,13
Total	4.842.087,44	36.499		

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

TRE SAÚDE				
Procedimentos Odontológicos	Despesas R\$	N.º de Eventos	Custo Médio Procedimento R\$	Custo per capita R\$
Ortodontia	0,00	0	-	-
Implantes	7.865,52	14	561,82	10,34
Periodontia	11.550,28	147	78,57	15,18
Endodontia	7.231,84	60	120,53	9,50
Cirurgia buco-maxilar	601,00	7	85,86	0,79
Prótese	5.896,67	15	393,11	7,75
Radiologia	28.919,30	1.502	19,25	38,00
Demais procedimentos odontológicos	34.238,54	532	64,36	44,99
Total	96.303,15	2.277		

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

Não foram observadas despesas com ortodontia.

Em relação à média do mercado (fonte Unidas - Associação de autogestões – Pesquisa 2018 – Base 2017), os valores de consultas foram de **R\$ 94,65** e **R\$ 48,43** para Exames (baixo custo).

Isto significa que os valores médios de Consultas do **TRE SAÚDE** estão superiores à média de mercado com R\$ 117,83 em 2017 e R\$ 117,96 em 2018. Para os Exames (baixo custo) os valores do **TRE SAÚDE** ficaram abaixo da média em todo período de análise.

O valor médio da cobertura de internação está em **R\$ 13.541,80** na Pesquisa Unidas 2018 (até 20mil vidas), sendo que o custo médio do **TRE SAÚDE** foi de **R\$ 13.184,79** em 2017 ficando abaixo do mercado e **R\$ 17.212,11** em 2018 acima do mercado.

Para os procedimentos odontológicos em relação à média do mercado (fonte Unidas - Associação de autogestões – Pesquisa 2018 – Base 2017), a frequência de Prótese Dental foi de **0,22** e **0,02** para Implantes.

A frequência de Prótese Dental do **TRE SAÚDE** é de 0,49 em 2017 e 0,32 em 2018 ficando acima do mercado em 2017 e 2018.

A frequência de Implantes do **TRE SAÚDE** é de 0,32 em 2017 e 0,02 em 2018 ficando acima do mercado em 2017 e na média do mercado em 2018.

7.9 – Maiores gastadores:

A tabela seguinte demonstra os beneficiários que mais tiveram gastos assistenciais no período analisado. Recomendamos que o **TRE SAÚDE** verifique estes casos e procure identificar qual a situação de saúde deles para que possa ter um melhor acompanhamento e controle dos gastos.

2017

	Usuários	Despesa (R\$)	Participação (%)
1	0530 - 308	R\$ 220.357,95	4,74%
2	0941 - 1008	R\$ 166.859,09	3,59%
3	0239 -	R\$ 164.492,56	3,54%
4	1475 - 1780	R\$ 162.307,39	3,49%
5	0029 - 170	R\$ 74.290,93	1,60%
6	1697 - 2276	R\$ 62.631,27	1,35%
7	0721 - 39	R\$ 61.681,52	1,33%
8	0678 - 2262	R\$ 53.492,83	1,15%
9	0083 -	R\$ 46.969,66	1,01%
10	1849 - 2399	R\$ 45.357,22	0,98%
11	0040 - 197	R\$ 43.061,91	0,93%
12	1678 -	R\$ 41.386,00	0,89%
13	1701 - 2920	R\$ 39.627,82	0,85%
14	0555 - 141	R\$ 38.112,76	0,82%
15	0959 - 1507	R\$ 37.319,79	0,80%
16	0607 -	R\$ 35.255,94	0,76%
17	0608 - 1279	R\$ 33.262,44	0,72%
18	1593 - 1998	R\$ 31.104,75	0,67%
19	1608 -	R\$ 30.169,63	0,65%
20	0530 - 3094	R\$ 27.644,44	0,59%
SOMA DOS 20 MAIORES GASTADORES		R\$ 1.415.385,90	30,43%
TOTAL DE DESPESAS + Reembolso		R\$ 4.651.906,82	

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

2018

	Usuários	Despesa (R\$)	Participação (%)
1	1043 - 2182	R\$ 241.977,62	4,82%
2	0448 - 4	R\$ 203.425,66	4,05%
3	0040 - 197	R\$ 168.254,18	3,35%
4	0069 -	R\$ 153.131,15	3,05%
5	1471 - 1798	R\$ 144.854,77	2,88%
6	0536 - 278	R\$ 110.762,61	2,20%
7	0900 -	R\$ 107.493,74	2,14%
8	0941 - 1008	R\$ 95.238,88	1,90%
9	1665 - 2445	R\$ 71.732,09	1,43%
10	0188 - 347	R\$ 69.171,69	1,38%
11	0555 - 141	R\$ 62.928,12	1,25%
12	1701 - 2920	R\$ 60.767,41	1,21%
13	0086 -	R\$ 52.093,98	1,04%
14	1895 - 2690	R\$ 51.880,71	1,03%
15	0036 - 184	R\$ 51.285,01	1,02%
16	0508 - 672	R\$ 50.376,63	1,00%
17	0721 - 39	R\$ 49.929,84	0,99%
18	1451 - 2198	R\$ 45.240,19	0,90%
19	0083 - 364	R\$ 43.208,77	0,86%
20	0089 - 613	R\$ 42.838,26	0,85%
	SOMA DOS 20 MAIORES GASTADORES	R\$ 183.045,07	3,50%
	TOTAL DE DESPESAS + Reembolso	R\$ 5.223.611,37	

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

Os programas de prevenção à saúde e acompanhamento dos maiores beneficiários gastadores poderão trazer resultados positivos para o equilíbrio financeiro da carteira.

7.10 – Prestadores com maiores utilizações:

É recomendada a verificação e o acompanhamento dos procedimentos efetuados pelos prestadores para identificação dos mesmos e futuras tomadas de decisões para redução dos gastos assistenciais da carteira.

2017

	Prestador	Despesa (R\$)	Participação (%)
1	69	R\$ 1.163.674,62	25,02%
2	78	R\$ 515.819,35	11,09%
3	76	R\$ 437.600,42	9,41%
4	533	R\$ 339.125,17	7,29%
5	460	R\$ 285.166,54	6,13%
6	115	R\$ 151.889,79	3,27%
7	377	R\$ 102.689,75	2,21%
8	75	R\$ 102.287,26	2,20%
9	89	R\$ 97.629,68	2,10%
10	135	R\$ 95.535,00	2,05%
11	82	R\$ 86.920,95	1,87%
12	527	R\$ 82.313,52	1,77%
13	458	R\$ 76.951,38	1,65%
14	582	R\$ 74.041,42	1,59%
15	79	R\$ 66.675,34	1,43%
16	199	R\$ 58.583,84	1,26%
17	383	R\$ 58.536,61	1,26%
18	86	R\$ 51.398,99	1,10%
19	431	R\$ 50.290,61	1,08%
20	441	R\$ 36.056,43	0,78%
SOMA DOS 20 PRESTADORES COM MAIOR UTILIZAÇÃO		R\$ 3.933.186,67	84,55%
TOTAL DE DESPESAS + Reembolso		R\$ 4.651.906,82	

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

2018

	Prestador	Despesa (R\$)	Participação (%)
1	69	R\$ 1.213.830,87	24,16%
2	78	R\$ 784.126,12	15,61%
3	76	R\$ 432.348,04	8,60%
4	431	R\$ 348.483,97	6,94%
5	135	R\$ 246.594,80	4,91%
6	582	R\$ 126.385,31	2,52%
7	460	R\$ 121.279,92	2,41%
8	89	R\$ 119.011,59	2,37%
9	115	R\$ 118.369,94	2,36%
10	133	R\$ 116.115,20	2,31%
11	533	R\$ 112.271,76	2,23%
12	614	R\$ 107.365,66	2,14%
13	82	R\$ 95.786,85	1,91%
14	79	R\$ 81.658,62	1,63%
15	527	R\$ 68.727,36	1,37%
16	86	R\$ 63.423,87	1,26%
17	456	R\$ 60.690,58	1,21%
18	190	R\$ 49.711,75	0,99%
19	628	R\$ 47.336,44	0,94%
20	581	R\$ 39.521,01	0,79%
SOMA DOS 20 PRESTADORES COM MAIOR UTILIZAÇÃO		R\$ 4.353.039,66	86,63%
TOTAL DE DESPESAS + Reembolso		R\$ 5.024.826,94	

Fonte: base de dados TRE SAÚDE

8 Cálculos atuariais

8.1 Premissas atuariais:

Para efeito de cálculo de preço necessário, utilizamos a experiência da despesa assistencial de todos os procedimentos médicos realizados no período de 2017 a 2018 pelos beneficiários do **TRE SAÚDE** para projetar o resultado futuro, de forma a mensurar a real necessidade do valor a ser cobrado dos colaboradores do **TRE SAÚDE**.

Os valores do subitem "*f*" do item 9 consideram os preços puros necessários para cobrir as despesas da operação com inclusão de uma margem de confiança estatística e um carregamento administrativo de 15%, percentual utilizado para cobrir eventuais despesas, bem como a provisão de Reserva de Contingência.

A margem de segurança estatística considera um desvio do comportamento da massa para mais ou para menos, de forma que o preço final seja suficiente para gerar os resultados atuariais e financeiros esperados, já considerando as oscilações de custos normais dentro de uma carteira de plano de saúde.

O carregamento mencionado foi incluído para que o **TRE SAÚDE** possa ter uma margem que cubra os seus gastos de forma que, adicionalmente ao custo assistencial, seu preço seja suficiente para cobrir a estrutura operacional.

O cálculo atuarial considera que no preço do plano de saúde os mais jovens subsidiem os custos dos mais idosos havendo desta forma a inclusão do mutualismo no grupo onde um paga pelo outro e vice versa, tendo as despesas do grupo custeadas pelo total da carteira.

No subitem "*f.2*" do item 9 demonstramos os valores necessários para cobertura dos custos do plano do **TRE SAÚDE**. Estes valores foram mensurados em 10 faixas etárias dentro das regras atuais da Agência Nacional de Saúde, conforme Resolução Normativa no. 63/03 e respeitando o estatuto do idoso em vigor desde janeiro de 2004, para que o **TRE SAÚDE** tenha uma precificação dentro da realidade atual de mercado.

Os preços apresentados no subitem "*f*" do item 9 deste relatório para cumprimento do termo de referência consideram a manutenção das coparticipações atuais do plano vigente.

9 Resultados da Avaliação Atuarial:

Os cálculos atuariais aqui apresentados visam estabelecer o diagnóstico da situação estatístico-atuarial-financeira do **TRE SAÚDE** e propor ações que visam à melhoria e a garantia da sustentabilidade do programa.

Seguindo o termo de referência e escopo do serviço, os resultados estão compreendidos nos seguintes itens:

a) Definir e analisar a sinistralidade nos exercícios analisados.

Calculamos inicialmente a sinistralidade do plano que nos pontua claramente a visão da situação econômico-financeira do programa.

Os valores da sinistralidade analisada foram extraídos da **base de dados** fornecida, compreendendo os anos de 2017 e 2018, além de outras informações:

2017

Fonte	Item	Valores (R\$)
Receitas Base de dados	Receita Mensalidade (R\$)	2.157.747,49
	Coparticipação (R\$)	1.396.779,96
	Total de Receitas Informadas	3.554.527,45
Despesas Base de dados	Despesas (R\$)	4.550.845,04
	Reembolso (R\$)	101.061,78
	Total de Despesas informadas	4.651.906,82
Sinistralidade Operacional (%)		131%
Orçamento	Recursos da União (R\$)	2.388.500,00
	Rendimento Aplicação (R\$)	391.073,88
Totais	Receita Operacional (R\$)	6.334.101,33
	Despesa Operacional (R\$)	4.651.906,82
	Resultado Operacional (R\$)	1.682.194,51
Sinistralidade Total (%)		73%

2018

Fonte	Item	Valores (R\$)
Receitas Base de dados	Receita Mensalidade (R\$)	2.991.561,40
	Coparticipação (R\$)	1.281.683,19
	Total de Receitas Informadas	4.273.244,59
Despesas Base de dados	Despesas (R\$)	4.938.390,59
	Reembolso (R\$)	86.436,35
	Total de Despesas informadas	5.024.826,94
Sinistralidade Operacional (%)		118%
Orçamento	Recursos da União (R\$)	2.270.400,00
	Rendimento Aplicação (R\$)	276.118,09
Totais	Receita Operacional (R\$)	6.819.762,68
	Despesa Operacional (R\$)	5.024.826,94
	Resultado Operacional (R\$)	1.794.935,74
Sinistralidade Total (%)		74%

Sinistralidade mensalizada:

Mês / Ano	TRE SAÚDE		
	Receita (R\$)*	Despesa (R\$)	Sinistralidade (%)
jan/17	R\$ 254.273,69	R\$ 358.216,13	141%
fev/17	R\$ 272.348,96	R\$ 305.223,91	112%
mar/17	R\$ 277.459,18	R\$ 473.668,31	171%
abr/17	R\$ 265.165,51	R\$ 373.165,84	141%
mai/17	R\$ 348.434,15	R\$ 423.540,88	122%
jun/17	R\$ 238.275,98	R\$ 572.433,16	240%
jul/17	R\$ 328.783,35	R\$ 472.061,42	144%
ago/17	R\$ 281.201,88	R\$ 348.242,98	124%
set/17	R\$ 287.301,55	R\$ 273.050,11	95%
out/17	R\$ 279.549,70	R\$ 371.017,00	133%
nov/17	R\$ 363.434,49	R\$ 308.792,84	85%
dez/17	R\$ 358.299,01	R\$ 271.432,46	76%
Total Base de Dados	3.554.527,45	4.550.845,04	
Recursos da União (R\$)	2.388.500,00	-	
Rendimento Aplicação (R\$)	391.073,88	-	
Reembolso (R\$)**	-	101.061,78	
Total	6.334.101,33	R\$ 4.651.906,82	73%

*Nos valores de receitas estão incluídos os de coparticipação

** As despesas de reembolso foram informadas em planilha separada da base de dados

Mês / Ano	TRE SAÚDE		
	Receita (R\$)*	Despesa (R\$)	Sinistralidade (%)
jan/18	R\$ 304.884,98	R\$ 517.227,58	170%
fev/18	R\$ 408.653,03	R\$ 422.696,70	103%
mar/18	R\$ 331.841,94	R\$ 442.488,84	133%
abr/18	R\$ 316.112,14	R\$ 545.367,38	173%
mai/18	R\$ 339.540,90	R\$ 472.298,84	139%
jun/18	R\$ 379.730,24	R\$ 349.305,20	92%
jul/18	R\$ 369.912,96	R\$ 344.381,21	93%
ago/18	R\$ 364.843,59	R\$ 418.052,07	115%
set/18	R\$ 362.138,18	R\$ 345.350,85	95%
out/18	R\$ 362.435,16	R\$ 345.796,62	95%
nov/18	R\$ 364.217,49	R\$ 392.076,13	108%
dez/18	R\$ 368.933,98	R\$ 343.349,17	93%
Total Base de Dados	4.273.244,59	4.938.390,59	
Recursos da União (R\$)	2.270.400,00	-	
Rendimento Aplicação (R\$)	276.118,09	-	
Reembolso (R\$)**	-	86.436,35	
Total	6.819.762,68	R\$ 5.024.826,94	74%

*Nos valores de receitas estão incluídos os de coparticipação

** As despesas de reembolso foram informadas em planilha separada da base de dados

Como referência temos que a sinistralidade meta e considerada atuarialmente ideal para Autogestões é de até **85%**.

Nota-se que a Sinistralidade apurada no ano de 2017 é de **73%** e em 2018 é de **74%** estando abaixo da sinistralidade quando comparada com a média de mercado de autogestões, conforme podemos visualizar no quadro a seguir em relação as autogestões que é de **88,9%** em 2017 – Caderno de Informações ANS- Junho 2017 (mais atual disponível - sítio: www.ans.gov.br):

Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)

Modalidade	1º Tri 2015	2º Tri 2015	3º Tri 2015	4º Tri 2015	1º Tri 2016	2º Tri 2016	3º Tri 2016	4º Tri 2016	1º Tri 2017
Operadoras médico-hospitalares	84,3%	84,6%	84,9%	84,6%	81,6%	84,8%	86,2%	85,6%	81,5%
Autogestão	91,2%	91,4%	93,4%	96,2%	85,5%	91,7%	95,7%	94,7%	88,9%
Cooperativa médica	84,1%	84,8%	85,2%	83,6%	81,2%	84,0%	84,9%	84,7%	79,4%
Filantropia	79,6%	78,2%	79,2%	76,7%	75,2%	79,5%	80,3%	79,8%	75,7%
Medicina de grupo	81,5%	81,5%	80,8%	80,3%	78,1%	81,0%	81,7%	81,5%	77,2%
Seguradora especializada em saúde	85,1%	85,4%	85,6%	86,3%	85,2%	87,7%	89,1%	87,8%	86,6%
Operadoras exclusivamente odontológicas	45,2%	45,6%	46,2%	46,8%	43,6%	47,4%	49,1%	48,5%	42,2%
Cooperativa odontológica	59,6%	60,2%	61,3%	62,5%	60,2%	62,6%	64,1%	63,1%	61,9%
Odontologia de grupo	41,7%	42,1%	42,5%	42,4%	39,7%	43,8%	45,5%	44,3%	37,4%

Fonte: DIOPS/ANS/MS - 13/06/2015

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

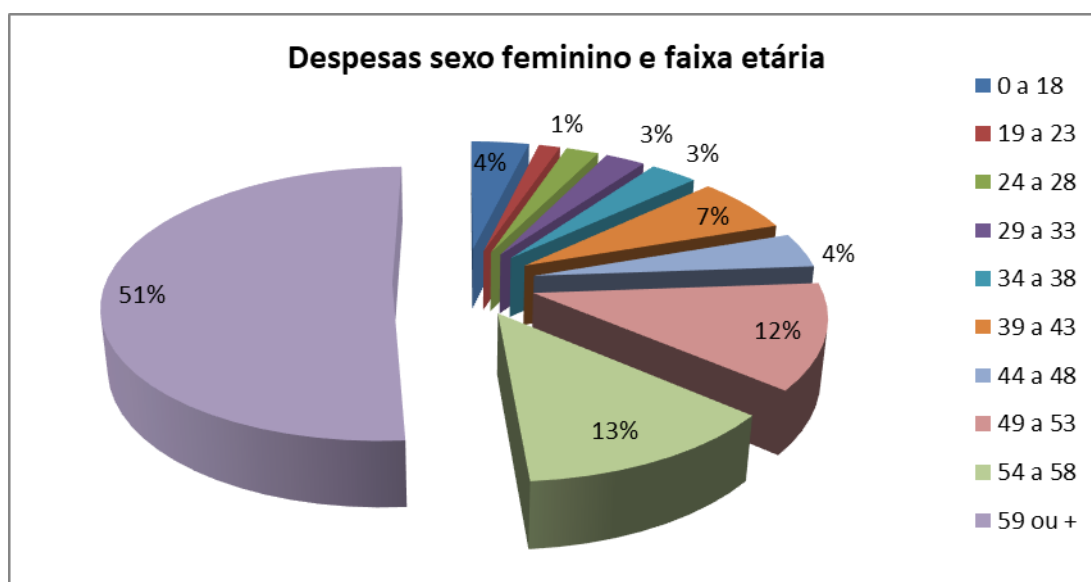
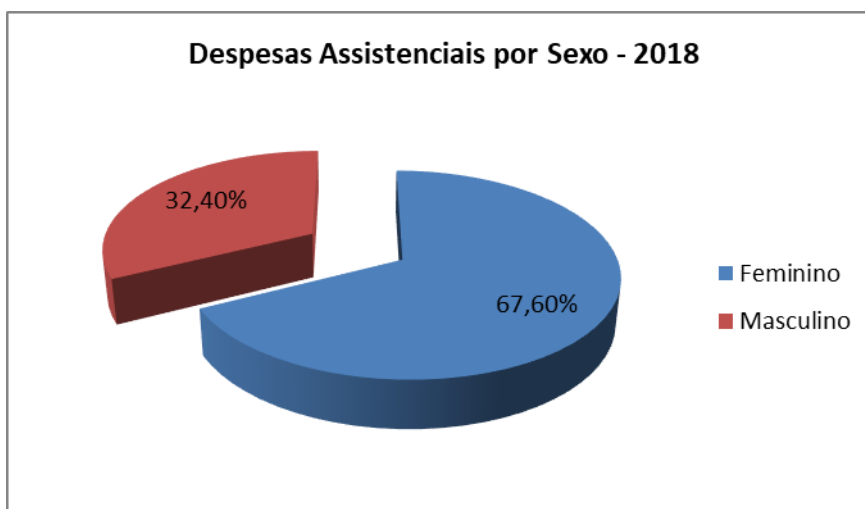
Há uma tendência de aumento da sinistralidade com o passar do tempo, devido ao envelhecimento da massa de beneficiários, inclusão de novos procedimentos, aumento dos custos médicos etc., o que demonstra que o desempenho do **TRE SAÚDE** durante o período analisado tem-se mantido abaixo do comportamento geral do Mercado de Autogestões.

E notemos ainda que a Sinistralidade **sem os Recursos da União** ultrapassa **118%** nos dois anos da análise, demonstrando a grande dependência do programa aos recursos da União.

A sinistralidade ideal para a manutenção do equilíbrio financeiro é de até **85%** e deve continuar sendo a meta dos próximos anos para o **TRE SAÚDE**.

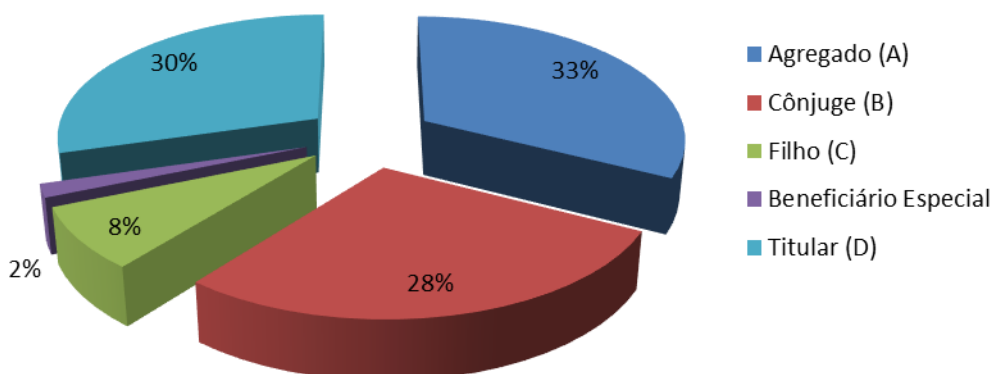
b) Estratificar o perfil de utilização da população assistida

Analisando a base de dados com a utilização dos beneficiários do programa **TRE SAÚDE**, detalhada nos itens 5 e 8, acima, localizamos que a maior concentração está no sexo feminino e na faixa etária de 59 anos ou mais, ou seja, o sexo feminino corresponde a 67,60% do total das despesas do programa e a faixa etária de 59 anos ou mais com 51,20%, como podemos ver nos gráficos a seguir:

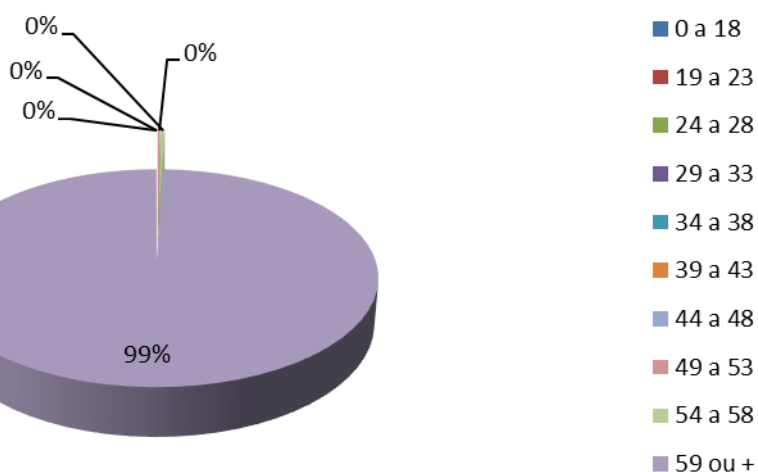


Ainda do total das despesas 33% são efetuadas pelos dependentes agregados na faixa etária de 59 anos ou mais totalizando 99% em relação as outras faixas etárias, em seguida os titulares que gastam 30% do total das despesas com maior concentração de gastos na faixa etária de 54 a 58 anos com 26%. Os cônjuges são responsáveis por 28% do total das despesas com 37% das despesas na faixa de 59 ou mais anos, os filhos com 8% do total de gastos correspondendo a 69% na primeira faixa de 0 a 18 anos e por fim os beneficiário especiais com 2% do total das despesas e maior frequência na faixa de 24 a 28 anos com 50% como vemos nos gráficos a seguir:

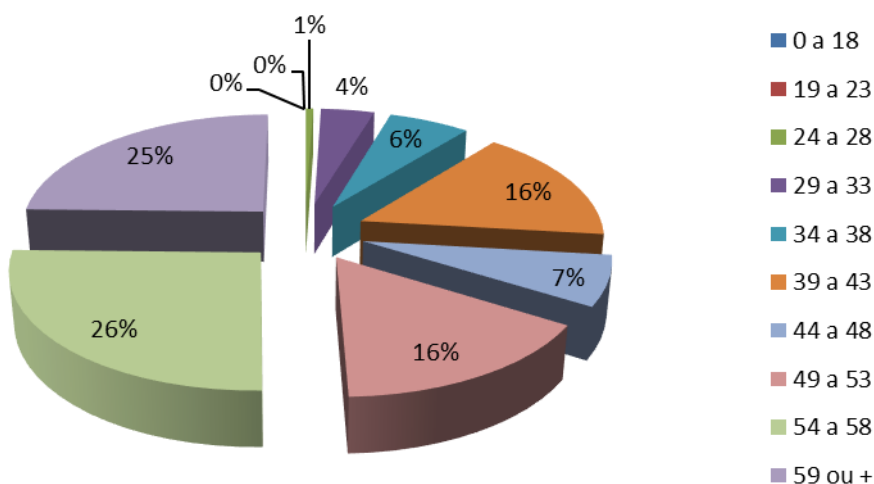
Despesas por faixa etária e dependência



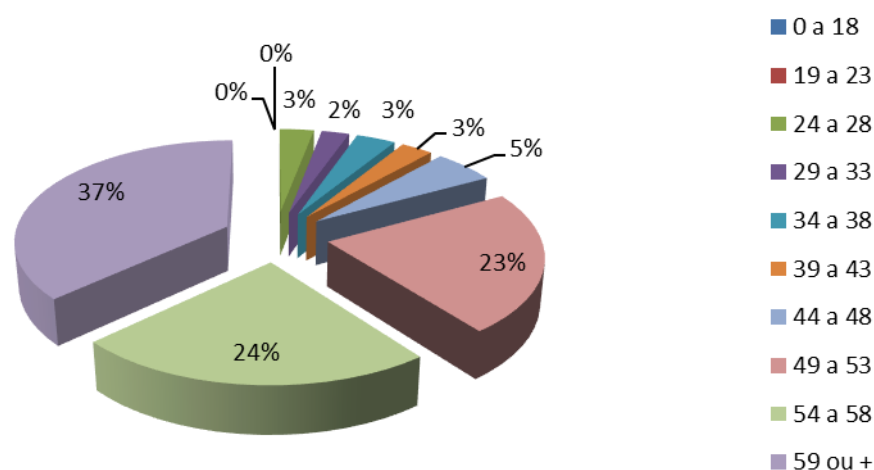
Despesas por faixa etária - Agregados

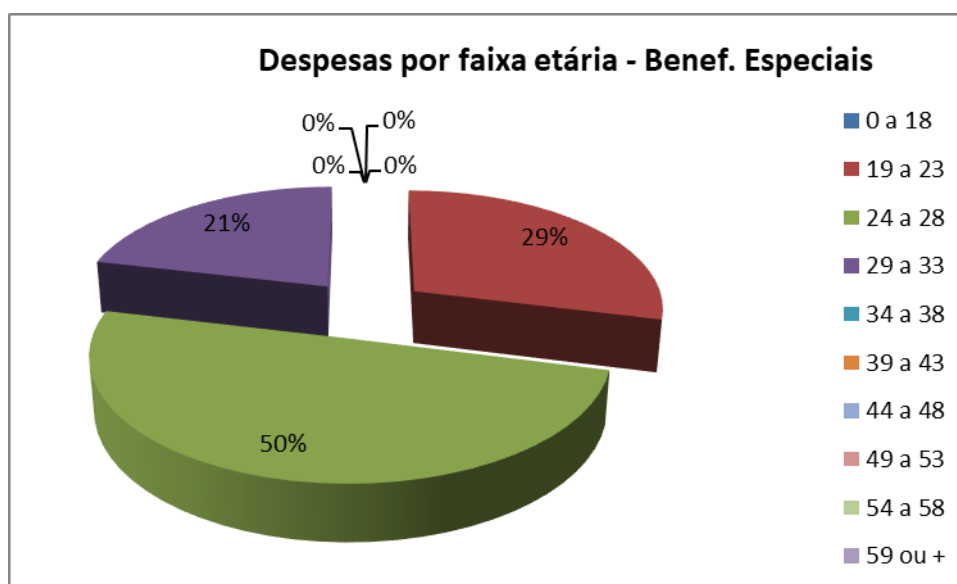
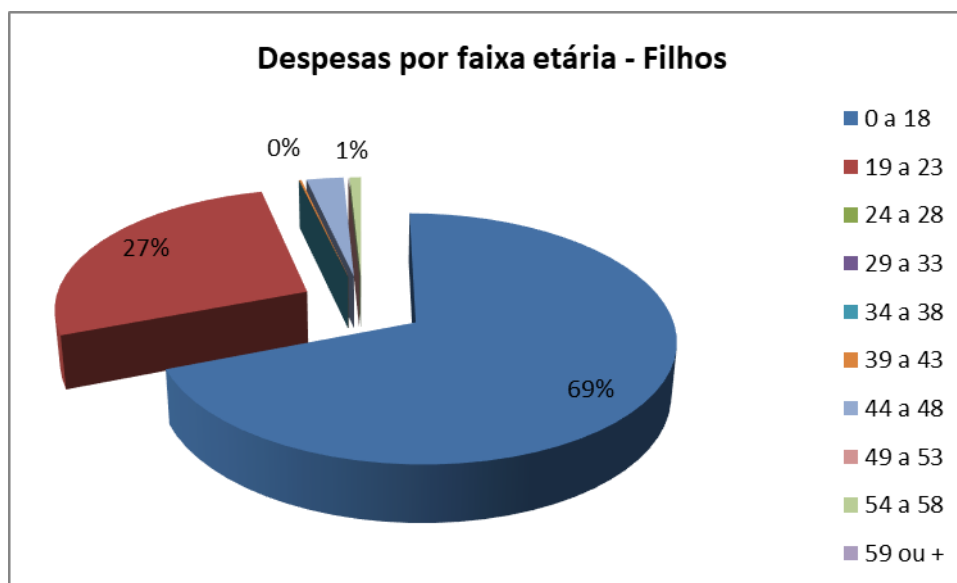


Despesas por faixa etária - Titulares



Despesas por faixa etária - Cônjuges





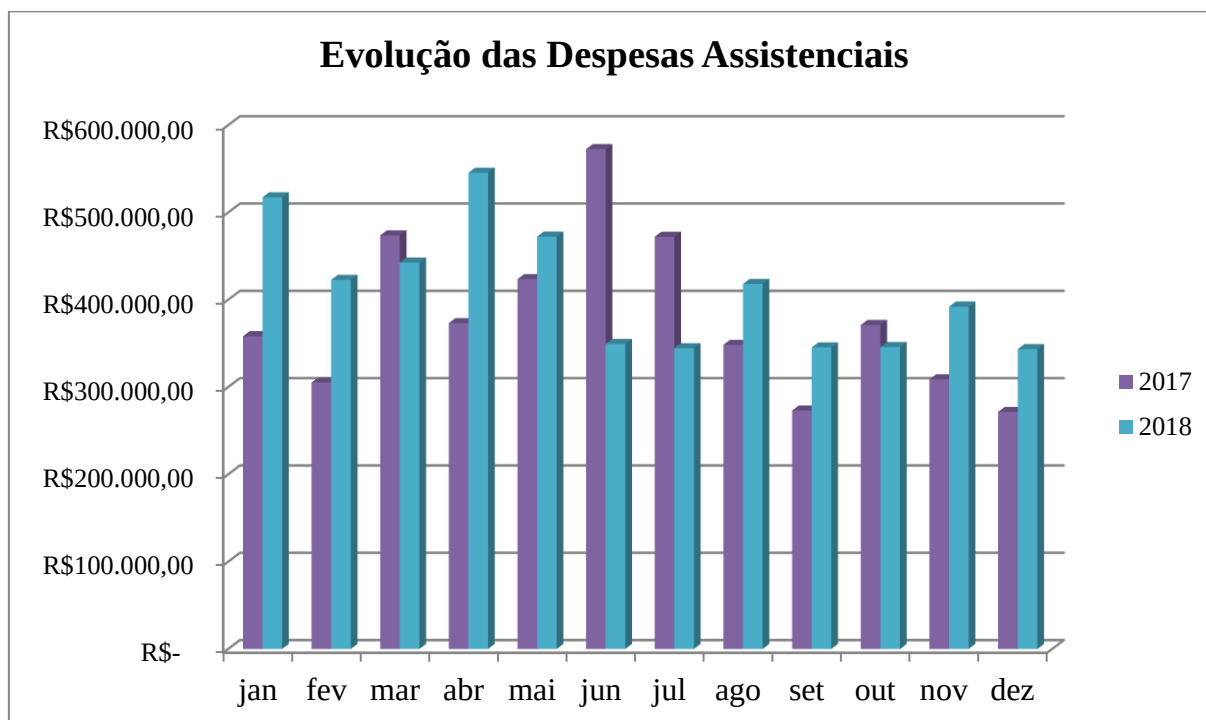
Desta forma podemos concluir que o perfil de utilização da carteira é composto por sua maioria de dependentes agregados do sexo feminino, com 59 anos ou mais, seguidos pelos titulares também do sexo feminino entre 54 a 58 anos e por fim os cônjuges com 59 ou mais anos.

c) Analisar a evolução das despesas assistenciais

Aqui, resumimos o conteúdo do **item 8, acima**, considerando o período de análise que compreende os anos de 2017 e 2018 com base nas despesas informadas pelo regime de competência na base de dados, temos um acréscimo de 19,20% do total das despesas no ano de 2013 em relação ao ano de 2012, as despesas em 2014 sofreram acréscimo na casa de 1,66% em relação ao ano de 2013, em 2015 as despesas continuaram a crescer 4,01% e em 2016 as despesas sofreram um decréscimo de 0,76% em relação a 2015. Entretanto percebemos no decorrer dos 5 anos que o comportamento segue a mesma tendência dentro dos meses observados acompanhando a sazonalidade de cada período.

	2017	2018
Mês	Despesas	Despesas
jan	R\$ 358.216,13	R\$ 517.227,58
fev	R\$ 305.223,91	R\$ 422.696,70
mar	R\$ 473.668,31	R\$ 442.488,84
abr	R\$ 373.165,84	R\$ 545.367,38
mai	R\$ 423.540,88	R\$ 472.298,84
jun	R\$ 572.433,16	R\$ 349.305,20
jul	R\$ 472.061,42	R\$ 344.381,21
ago	R\$ 348.242,98	R\$ 418.052,07
set	R\$ 273.050,11	R\$ 345.350,85
out	R\$ 371.017,00	R\$ 345.796,62
nov	R\$ 308.792,84	R\$ 392.076,13
dez	R\$ 271.432,46	R\$ 343.349,17
Total	R\$ 4.550.845,04	R\$ 4.938.390,59

Apontamos como maior pico de sinistralidade o mês de junho de 2017 e abril de 2018 como podemos ver no gráfico da evolução das despesas assistenciais a seguir:



d) Avaliar a aderência da cobertura assistencial aos padrões definidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

O **TRE SAÚDE** opera plano de assistência à saúde com segmentação Ambulatorial, Hospitalar e Odontológica. A legislação atual de planos de saúde fiscalizada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar -ANS prevê as seguintes coberturas quando do oferecimento da segmentação Ambulatorial, Hospitalar com Obstetrícia e Odontológica:

- Ambulatorial: cobertura de consultas médicas em clínicas básicas e especializadas; cobertura de serviços de apoio diagnóstico, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais.
- Hospitalar: cobertura de internações hospitalares, admitindo-se a exclusão dos procedimentos obstétricos; cobertura de internações hospitalares em centro de terapia intensiva ou similar; cobertura de despesas referentes a honorários médicos, serviços gerais de enfermagem e alimentação; cobertura de exames complementares indispensáveis para o controle da evolução da doença e

elucidação diagnóstica, fornecimento de medicamentos, anestésicos, gases medicinais, transfusões e sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme prescrição do médico assistente, realizados ou ministrados durante o período de internação hospitalar; cobertura de toda e qualquer taxa, incluindo materiais utilizados e remoção do paciente para outro estabelecimento hospitalar; cobertura de despesas de acompanhante, no caso de pacientes menores de dezoito anos.

- Obstetrícia: cobertura de procedimentos relativos ao pré-natal e assistência ao parto; ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, ou de seu dependente, durante os primeiros trinta dias após o parto; inscrição assegurada ao recém-nascido, filho natural ou adotivo do consumidor, como dependente, isento do cumprimento dos períodos de carência, desde que a inscrição ocorra no prazo máximo de trinta dias do nascimento ou da adoção.
- Odontológico: cobertura de consultas e exames auxiliares ou complementares; cobertura de procedimentos preventivos, de dentística e endodontia; cobertura de cirurgias orais menores, assim consideradas as realizadas em ambiente ambulatorial e sem anestesia geral.

Tomando como base o regulamento do programa de assistência a saúde - **TRE SAÚDE**, entendemos estar adequada a cobertura atualmente oferecida em comparativo com o que o mercado de saúde suplementar pratica e a Agência Nacional de Saúde - ANS exige.

e) Avaliar a capacidade econômico-financeira de manutenção da atual cobertura assistencial.

A avaliação da capacidade econômico-financeira do programa está diretamente relacionada a sinistralidade, desta forma, considerando a sinistralidade apurada no período de análise estando abaixo de 75% nos 2 anos da análise podemos concluir que o programa não terá problemas para a manutenção da atual cobertura assistencial, mesmo com o crescimento constante dos custos de saúde.

Considerando que a sinistralidade nos dois anos da análise teve comportamento abaixo da meta atuarial sendo de **73%** em **2017** e **74%** em **2018** conforme o item "a" deste

relatório, conclui-se pela manutenção da atual cobertura, inclusive com a possibilidade de inclusão de implantes e próteses odontológicas, entretanto reforçamos que o **TRE SAÚDE** é extremamente dependente dos recursos da União o que faz com que a sinistralidade mantenha-se abaixo da meta atuarial.

f) Avaliar a capacidade econômico-financeira do modelo de arrecadação de recursos próprios (contribuições mensais e coparticipações) para manter a cobertura assistencial atual, sugerindo ajustes na forma e/ou nos valores vigentes.

Como vimos nos itens "a" e "e" deste relatório a sinistralidade tem se mantido dentro da meta atuarial, entretanto com o senão da forte dependência do programa aos recursos da União o que demonstra diretamente que o modelo de arrecadação de recursos próprios ainda não tem sido suficiente para fazer frente às despesas assistenciais e aos custos médicos que são fatores que fogem ao controle direto do programa. Se considerarmos nas receitas tão somente as contribuições mensais a sinistralidade do programa é de **131%** em **2017** e **118%** em **2018** demonstrando hoje a forte dependência dos recursos da União.

Avaliamos a coparticipação atualmente praticada e a tabela de mensalidades, cujos resultados demonstramos a seguir:

f.1) Análise da Coparticipação

Inicialmente vale ressaltar que o conceito de coparticipação nos procedimentos médico-hospitalares tem como propósito inibir e desestimular os usos excedentes e desnecessários, não devendo exercer um papel punitivo.

A seguir a análise da coparticipação atualmente praticada pelo **TRE SAÚDE**:

Procedimento	% Coparticipação - TRE - SAÚDE	% Coparticipação mercado*	Análise	% Coparticipação Sugerido
Consultas e Tratamentos Seriadados	30%	20% a 30%	Adequado	manter
Internações Clínicas ou Cirúrgicas	20%	franquia	Mercado pratica franquia fixa por exigência ANS	manter
Materiais Especiais OPME	50%	franquia	Mercado pratica franquia fixa por exigência ANS	manter
Procedimento de Cirurgia Oftalmológica Refrativa	30%	franquia	Mercado pratica franquia fixa por exigência ANS	manter
Consultas e Serviços de Assistência Odontológica	30%	20% a 30%	Adequado	manter
Implantes odontológicos	50%	20% a 30%	Adequado	manter
Home Care	25%	10% a 30%	Adequado	manter
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	25%	20% a 30%	Adequado	manter

* Conforme experiência da carteira de clientes Exacttus (composta por autogestões, operadoras de medicina de grupo e de odontologia de grupo, cooperativas médicas e odontológicas)

****Obs.:** O Item Implantes Odontológicos o **TRE SAÚDE** pratica 50% de coparticipação, sendo que a média do mercado está entre 10% a 30%, demonstrando existir, entretanto, margem para redução.

*****Obs.:** O Mercado não pratica percentual para internações sendo utilizada a franquia fixa por exigência ANS, outro fator determinante para a sugestão de franquia fixa é o fato do **TRE SAÚDE** por força de regulamentação não poder descontar de forma integral o valor efetivamente da coparticipação em percentual, havendo um limitador de desconto mensal em folha, de modo que entendemos ser efetiva a prática da porcentagem de coparticipação sobre os eventos de internação clínica e cirúrgica, materiais OPME e procedimentos de cirurgia oftalmológica refrativa até o limite de R\$ 8.000,00. Podendo neste primeiro ano de implantação (2020) chegar até R\$ 13.000,00 para acompanhamento da efetividade da limitação do valor. Em nenhuma hipótese recomendamos a redução dos percentuais atualmente praticados, até que se faça nova avaliação atuarial, um dos motivos pelos quais aconselhamos que sejam realizadas avaliações atuariais a cada período anual.

f.2) Análise das Contribuições Mensais

Ao analisarmos o modelo de arrecadação de recursos próprios percebemos que as contribuições mensais não estão cumprindo parte importante de sua função que é garantir o equilíbrio financeiro do programa, tomamos como base o ano de 2018 as contribuições mensais representam apenas **43,87%** do total das receitas, a coparticipação representou **18,79%** e os recursos da União somam **33,29%** do total das receitas e ainda **4,05%** com rendimento de aplicações.

A tabela de custeio baseada em faixas etárias é bastante eficiente para composição da receita e por consequência o equilíbrio econômico-financeiro do programa e em nosso entendimento o melhor método de contribuição.

Realizamos estudo técnico atuarial de precificação considerando as despesas do plano, a composição de reserva de contingência e a distribuição da massa por faixas etárias que nos retornaram os seguintes resultados:

Tabela por Faixas Etárias - R\$		
Faixa Etária	Valores Mensais Calculados	% incidente sobre a faixa anterior
0 a 18	199,81	0%
19 a 23	229,78	15%
24 a 28	264,24	15%
29 a 33	303,88	15%
34 a 38	349,46	15%
39 a 43	401,88	15%
44 a 48	462,16	15%
49 a 53	531,49	15%
54 a 58	664,36	25%
59 ou +	1062,97	60%

Ou seja, a tabela acima demonstra o **atual custo do Programa**, de acordo com as quantidades de vida por faixa etária e sua respectiva utilização.

Calculamos também tabela considerando a faixa de remuneração x faixa etária e os resultados apresentamos a seguir:

Considerando o superávit observado e a sinistralidade abaixo da meta atuarial no decorrer do ano de 2019, sugerimos a implantação da tabela a seguir em uma segunda etapa ao longo do ano de 2020.

REMUNERAÇÃO	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou mais
ATÉ 1.000,00	92,49	99,69	103,68	112,08	116,07	128,47	136,06	146,85	156,45	198,41
1.000,01 a 2.000,00	107,55	115,91	120,56	130,32	134,97	149,38	158,21	170,76	181,91	230,71
2.000,01 a 3.000,00	126,53	136,37	141,84	153,32	158,79	175,74	186,13	200,89	214,02	271,43
3.000,01 a 4.000,00	147,13	158,57	164,93	178,28	184,64	204,35	216,43	233,60	248,85	315,61
4.000,01 a 5.000,00	169,11	182,26	189,57	204,92	212,23	234,88	248,77	268,50	286,04	362,78
5.000,01 a 6.000,00	185,84	200,29	208,32	225,19	233,22	258,11	273,37	295,06	314,33	398,65
6.000,01 a 7.000,00	204,21	220,10	228,92	247,46	256,28	283,64	300,41	324,24	345,42	438,08
7.000,01 a 8.000,00	221,97	239,24	248,83	268,98	278,57	308,31	326,53	352,43	375,45	476,18
8.000,01 a 9.000,00	236,14	254,51	264,71	286,14	296,35	327,98	347,37	374,93	399,42	506,57
9.000,01 a 10.000,00	248,57	267,90	278,65	301,20	311,95	345,25	365,66	394,66	420,44	533,23
10.000,01 a 11.000,00	263,04	283,50	294,86	318,74	330,10	365,34	386,94	417,63	444,91	564,27
11.000,01 a 12.000,00	274,00	295,31	307,15	332,02	343,86	380,56	403,06	435,03	463,45	587,78
12.000,01 a 13.000,00	282,47	304,44	316,65	342,28	354,49	392,33	415,53	448,49	477,78	605,96
13.000,01 a 14.000,00	296,59	319,66	332,48	359,40	372,22	411,95	436,30	470,91	501,67	636,25
14.000,01 a 15.000,00	311,42	335,65	349,11	377,37	390,83	432,55	458,12	494,45	526,75	668,07
15.000,01 a 16.000,00	326,99	352,43	366,56	396,24	410,37	454,17	481,02	519,18	553,09	701,47
16.000,01 a 17.000,00	343,34	370,05	384,89	416,05	430,89	476,88	505,07	545,14	580,75	736,54
17.000,01 a 18.000,00	357,08	384,85	400,29	432,69	448,12	495,96	525,28	566,94	603,98	766,00
18.000,01 a 19.000,00	371,36	400,25	416,30	450,00	466,05	515,80	546,29	589,62	628,14	796,64
19.000,01 a 20.000,00	386,22	416,26	432,95	468,00	484,69	536,43	568,14	613,20	653,26	828,51
20.000,01 a 21.000,00	401,66	432,91	450,27	486,72	504,08	557,89	590,87	637,73	679,39	861,65
21.000,01 a 22.000,00	413,71	445,90	463,77	501,32	519,20	574,62	608,59	656,86	699,77	887,50
22.000,01 a 23.000,00	426,13	459,27	477,69	516,36	534,77	591,86	626,85	676,57	720,77	914,13
23.000,01 a 24.000,00	434,65	468,46	487,24	526,69	545,47	603,70	639,39	690,10	735,18	932,41
acima de 24.000,01	438,99	473,14	492,11	531,95	550,92	609,74	645,78	697,00	742,53	941,73

É importante que pelo menos anualmente os valores sejam reajustados, no mínimo, por índice de inflação acumulada no período, podendo ser FIPE-SAÚDE, ou índice de reajuste de Planos Individuais divulgado anualmente pela ANS, ou outro índice que os gestores do programa entendam ser adequado.

Esse dispositivo tem a finalidade de evitar que os valores de contribuições não fiquem tão defasados em razão dos índices de crescimento de custos médicos, inclusão de novos procedimentos, até que sejam realizados novos cálculos atuariais.

Para a precificação das tabelas acima utilizamos a metodologia baseada na Teoria do Risco Coletivo, demonstrada no item 12 (Anexos) deste relatório.

g) Definir modelo, composição e valor em moeda corrente de margem de segurança financeira necessária para compor o fundo de reserva técnica necessário à atual cobertura assistencial.

g.1) Reserva de Contingência

Para a composição da margem de segurança financeira a reserva de contingência é a mais indicada, pois é destinada a cobertura de Oscilação de Riscos, ou seja, eventos de ponta que elevam a sinistralidade da carteira.

Levando em consideração a experiência de mercado, que é de 15% sobre as contribuições mensais (no nosso estudo, sugerimos incluir as contribuições dos beneficiários e recursos da União), recomendamos que o **TRE SAÚDE** utilize este percentual para início da constituição desta reserva.

O saldo da reserva de contingência para o **TRE SAÚDE**, cálculos considerando todo o período de análise de 2017 e 2018, é de **R\$ 1.873.000,81**.

Eventuais “picos” de sinistralidade podem ser revertidos desta reserva à medida da necessidade do **TRE SAÚDE**.

Segundo a planilha dos dados financeiros do **TRE SAÚDE** com data base dezembro/2018, o atual fundo de reserva do programa está em **R\$ 6.549.552,16**, sendo suficiente em nossa opinião e que poderá ser dividido conforme a finalidade (Reserva de Contingência, PEONA).

g.2) PEONA – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados

Outra provisão comumente utilizada é a PEONA – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados, embora o **TRE SAÚDE** não esteja sujeito às normas da ANS, abaixo elencamos as utilizadas para o cálculo da **PEONA** – Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados para as operadoras de saúde que sejam pessoas jurídicas de direito privado:

RN – Resolução Normativa nº 160 alterada pela RN nº 209 de 22/12/2009: Dispõe sobre os critérios de manutenção de Recursos Próprios, Dependência Operacional e constituição de Provisões Técnicas a serem observados pelas Operadoras de Planos Privados de Assistência à Saúde.

Segregamos os cálculos correspondentes a **PEONA** - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados, abaixo demonstramos os valores calculados para o **TRE SAÚDE**.

Similarmente à metodologia aplicada às Operadoras vinculadas à ANS, os dados utilizados para o cálculo da **PEONA** - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados do **TRE SAÚDE** foram extraídos da base de dados fornecida pelo **TRE SAÚDE**, conforme abaixo:

- Total de Receitas - 2018: R\$ 6.543.644,59;
- Total de Despesas pelo regime de competência (considerando reembolso) - 2018: R\$ 5.024.826,94.

A provisão para eventos ocorridos e não avisados estima o valor que deverá ser provisionado para fazer frente ao pagamento dos eventos que já tenham ocorrido e que não tenham sido registrados contabilmente pelo **TRE SAÚDE**.

Para o Mercado de Saúde fiscalizado pela ANS, a RN nº 209/09 determina a constituição da Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados – **PEONA** no caso das autogestões de forma integral do valor calculado da referida provisão.

Para constituição da Peona pela metodologia similar à da RN 209/09, o **TRE SAÚDE** deverá constituir valores mínimos, observando o maior entre os seguintes resultados:

- I - 8,5% do total de contraprestações emitidas líquidas nos últimos 12 meses, na modalidade de preço pré-estabelecido = R\$ 556.209,79;
- II - 10% do total de eventos indenizáveis conhecidos nos últimos 12 meses, na modalidade de preço pré-estabelecido = R\$ 502.482,69.

Assim, o valor total estimado da **PEONA** - Provisão para Eventos Ocorridos e Não Avisados é de **R\$ 556.209,79**.

Verificamos que o atual fundo de reserva que o **TRE SAÚDE** provisiona já é suficiente para comportar a Reserva de Contingência e a PEONA. Assim sendo, recomendamos apenas classificação gerencial.

Vale lembrar que esta provisão neste momento não é obrigatória ao **TRE SAÚDE**, visto que esta instituição não necessita seguir as regras estipuladas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. Porém, para o equilíbrio do plano de saúde em questão, atuarialmente, sugerimos sua constituição, pois garante a reserva necessária para cobrir eventuais riscos ainda não conhecidos pela Operadora, mas que já ocorreram.

g.3) Cálculo de Stop Loss – Sugestão de contribuição individual a título de seguro

O conceito e o cálculo de **Stop Loss** utilizados neste relatório se referem a um “seguro” para custeio das dívidas deixadas por ex-titulares falecidos ao **TRE-SAÚDE**.

Realizou-se a tabulação dos valores acima da média das despesas, pois uma internação em UTI ou um tratamento de alta complexidade realizados por um longo período encarecem consideravelmente o plano considerando por fim o falecimento do titular.

Nos cálculos efetuados e considerando que a base de dados do **TRE-SAÚDE** é pequena para ter coerência estatística de frequência de eventos de alta complexidade ou de valores elevados, porém foi possível mensurar um valor atuarialmente confiável de cobertura de **Stop Loss** mínimo que irá possibilitar o custeio de dívidas deixadas por ex-titulares falecidos.

Calculamos considerando a contribuição individual por titular e apresentamos também valor individual considerando o total da massa de usuários. Caso o **TRE-SAÚDE** queira adotar por usuário o valor a ser considerado é R\$ 4,25, como podemos observar na tabela a seguir:

	Valor Individual	
Por titular	R\$ 11,39	titular/mês
Por usuário	R\$ 4,25	usuário/mês

Considerando o valor individual multiplicado pelo número de usuários x 12 temos que o **Stop Loss** anual representa R\$ 38.817,30.

Desta forma considerando o valor atual do fundo de reserva do **TRE SAÚDE**, temos suficiência de reserva no montante de **R\$ 4.081.524,23** de modo que apenas recomendamos que esses valores sejam considerados separadamente para efeito contábil e gerencial, para um melhor acompanhamento do resultado.

Fundo reserva atual - TRE-SAÚDE	R\$ 6.549.552,16
Reserva de Contingência	R\$ 1.873.000,81
PEONA	R\$ 556.209,79
Stop Loss	R\$ 38.817,34
Suficiência	R\$ 4.081.524,23

h) Avaliar o desempenho assistencial e econômico-financeiro com base nos indicadores utilizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, tentando adaptá-los a realidade do TRE SAÚDE quando possível.

Em cumprimento ao item "h" do escopo do serviço realizamos a avaliação do desempenho assistencial com base nos indicadores da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS. Os dados dos indicadores da ANS foram retirados do PAINEL DE PRECIFICAÇÃO: PLANOS DE SAÚDE 2018 publicação 2019 e os indicadores da Pesquisa Unidas 2018, base 2017 que agrega as operadoras de autogestão de mercado mais próximo a realidade do **TRE SAÚDE**, os resultados apresentamos a seguir:

	Custo Médio R\$		
	TRE SAÚDE	ANS*	UNIDAS*
Consulta	117,96	75,30	94,65
Internações	17.212,11	5.506,44	13.514,80
Exames (baixo custo)	35,95	31,74	48,43

* Custo médio da ANS na modalidade de contratação coletiva disponível no PAINEL DE PRECIFICAÇÃO: PLANOS DE SAÚDE 2018 publicação 2019 e da Pesquisa Nacional Unidas de 2018, data base 2017.

	INDICADORES		
	TRE SAÚDE	ANS*	UNIDAS*
Consulta/Beneficiário	1,18	5,45	5,40
Taxa de Internação	11,43%	23,00%	11,30%
Exames (baixo custo)/Beneficiário	30,25	15,98	21,20
Exames/Consultas	25,69	não divulgado	3,90

* Indicadores da ANS na modalidade de contratação coletiva disponível no PAINEL DE PRECIFICAÇÃO: PLANOS DE SAÚDE 2018 publicação 2019 e da Pesquisa Nacional Unidas de 2018, data base 2017.

O custo médio das consultas do **TRE SAÚDE** está acima do custo médio da ANS e da UNIDAS, as internações estão acima da média do mercado em **27,36%** em relação a UNIDAS e **212,58%** em relação ao custo médio da ANS, os exames ficaram acima da média do mercado ANS, sendo R\$ 35,95 do **TRE SAÚDE** e R\$ 31,74 da ANS e abaixo da pesquisa UNIDAS que é de R\$ 48,43.

O indicador de consulta por beneficiário de 1,18 está abaixo da média de mercado tanto da ANS como da UNIDAS, o mesmo ocorre com a taxa de internação que é de 11,43%, bem abaixo da taxa da ANS que é de 23,00% e na média da UNIDAS com 11,30%. Vimos que o custo médio da internação do **TRE SAÚDE** está acima da média do mercado, entretanto a taxa de internação abaixo, recomendamos acompanhamento dos custos de internação.

Os exames por beneficiários estão em 30,25 e a pesquisa UNIDAS aponta 21,20 e a ANS 15,98 estando o **TRE SAÚDE** acima. Os exames por consulta também acima do mercado com 25,69 e a pesquisa UNIDAS em 3,90.

Entendemos que os indicadores de exames estão acima da média de mercado, o que neste caso representa maior utilização. Apontamos para os custos médios das consultas que estão acima. Recomendamos especial atenção aos custos das internações junto aos prestadores, pois o custo médio da internação ficou acima do mercado e a frequência é menor comparando a ANS e na média com a Pesquisa UNIDAS.

Quanto ao desempenho econômico-financeiro o programa está abaixo da meta que é de 85%. Entretanto se considerarmos nas receitas tão somente as contribuições mensais a sinistralidade do programa é de **131%** em **2017** e **118%** em **2018** demonstrando a forte dependência dos recursos da União.

Sinistralidade de autogestões ANS - **88,9%** em 2017 – Caderno de Informações ANS-Junho 2017 (*mais atual disponível - sítio: www.ans.gov.br*):

Taxa de sinistralidade das operadoras de planos privados de saúde, segundo modalidade da operadora (Brasil - 2015-2017)

Modalidade	1º Tri 2015	2º Tri 2015	3º Tri 2015	4º Tri 2015	1º Tri 2016	2º Tri 2016	3º Tri 2016	4º Tri 2016	1º Tri 2017
Operadoras médico-hospitalares	84,3%	84,6%	84,9%	84,6%	81,6%	84,8%	86,2%	85,6%	81,5%
Autogestão	91,2%	91,4%	93,4%	96,2%	85,5%	91,7%	95,7%	94,7%	88,9%
Cooperativa médica	84,1%	84,8%	85,2%	83,6%	81,2%	84,0%	84,9%	84,7%	79,4%
Filantropia	79,6%	78,2%	79,2%	76,7%	75,2%	79,5%	80,3%	79,8%	75,7%
Medicina de grupo	81,5%	81,5%	80,8%	80,3%	78,1%	81,0%	81,7%	81,5%	77,2%
Seguradora especializada em saúde	85,1%	85,4%	85,6%	86,3%	85,2%	87,7%	89,1%	87,8%	86,6%
Operadoras exclusivamente odontológicas	45,2%	45,6%	46,2%	46,8%	43,6%	47,4%	49,1%	48,5%	42,2%
Cooperativa odontológica	59,6%	60,2%	61,3%	62,5%	60,2%	62,6%	64,1%	63,1%	61,9%
Odontologia de grupo	41,7%	42,1%	42,5%	42,4%	39,7%	43,8%	45,5%	44,3%	37,4%

Fonte: DIOPS/ANS/MS - 13/06/2015

Caderno de Informação da Saúde Suplementar - junho/2017

Nota: Dados preliminares, sujeitos à revisão.

PAINEL DE PRECIFICAÇÃO: PLANOS DE SAÚDE 2018 publicação 2019:

Tabela 4.2 - Estatísticas dos Itens de Despesa dos Planos com Segmentação Assistencial "Ambulatorial + Hospitalar", de Contratação "Coletivo", Dezembro de 2018 - Brasil

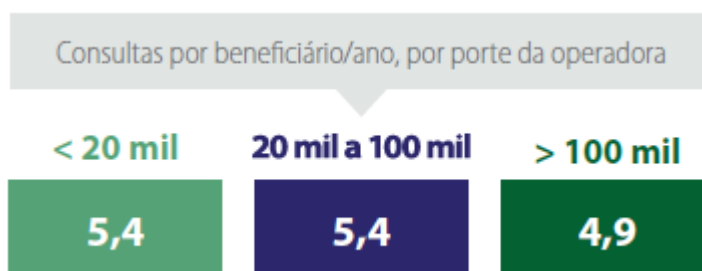
Itens de Despesa	Custo Médio	Frequência de Utilização Anual	Custo por Exposto
Consultas médicas	75,30	5,45	34,30
Demais despesas assistenciais	85,08	4,45	11,42
Exames complementares	31,74	15,98	45,25
Internações	5.506,44	0,23	90,74
Outros atendimentos ambulatoriais	93,62	1,32	8,87
Terapias	73,77	1,86	11,29

Fonte: Base de INTRP, RPS e CADOP (Extraídas em 30/01/2019, 12:15h)

Nota: Média simples excluindo extremos. Inclui todas as faixas etárias.

Pesquisa UNIDAS, 2018 – BASE 2017:







i) Identificar os pontos positivos e negativos do Programa e apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas, se necessário, de novos planos de custeio, contribuição mensal e abrangência de cobertura com o objetivo de equacionar eventuais desequilíbrios verificados (matriz SWOT). Devem ser levados em consideração nesse estudo outros planos de autogestão do Poder Judiciário da União (ex. TRF – 1ª Região, Tribunal Superior do Trabalho – TST, etc.).

Apontamos como ponto positivo do programa a ampla cobertura assistencial que atinge de forma direta os beneficiários, neste caso detectamos haver inclusive possibilidade de inclusão de cobertura odontológica no que tange os implantes e próteses odontológicas, por considerar que a sinistralidade está abaixo da meta. Ainda como ponto positivo podemos apontar o fator moderador no modo de coparticipação com os percentuais considerados bem adequados e dentro dos padrões praticados pelo mercado, neste caso mantendo o equilíbrio dos gastos indevidos e excessivos moderando assim as despesas do programa.

Identificamos como ponto negativo o modelo de arrecadação de recursos próprios na modalidade de contribuição mensal (mensalidades). Em 2018 o programa arrecadou

com mensalidades apenas 48,37% do total das receitas o ideal é que o programa dependa menos dos recursos da União. Outro ponto negativo identificado é a inadimplência e para tanto foram indicadas medidas no item “l” deste relatório.

A matriz **SWOT** do programa **TRE SAÚDE** se apresenta da seguinte forma:

Pontos Positivos	Pontos Negativos
-Cobertura Assistencial -Coparticipação	-Contribuições Mensais -Inadimplência
Metas	Ameaças
-Sinistralidade em até 85%	-Alta do custo saúde -Redução ou "congelamento" dos Recursos da União

Considerando que o programa é altamente dependente dos recursos da União apontamos em nosso estudo como "ameaça" uma vez que estes recursos independem de ações dos gestores do programa e são suscetíveis a mudanças externas podendo sofrer no pior cenário reduções, corte de suplementações ou congelamento por parte da União. De igual forma o custo saúde que é fator externo e não está no controle da gestão do programa.

Com o objetivo de equacionar os pontos negativos apontados realizamos os estudos técnicos que estão contemplados neste mesmo relatório. Apresentamos no item "f" deste relatório as tabelas de preços calculadas atuarialmente que tem como objetivo a adequação da arrecadação com as contribuições mensais. Neste mesmo item apresentamos a análise da coparticipação praticada pelo programa e sugerimos a adoção de franquia para as internações, no item “l” as medidas para contenção da inadimplência e a análise dos beneficiários especiais no item “j”.

Levando-se em consideração outros estudos que temos realizado, tais como **TST-SAÚDE**, **TRT SAÚDE 10** e **STF-MED** podemos observar o mesmo comportamento apontando para uma ampla cobertura assistencial em contrapartida os programas são altamente dependentes dos recursos da União, demonstrando um padrão para os programas de autogestão similares.

j) Apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas para o ajuste de valores no tocante às mensalidades dos Beneficiários Especiais.

Demonstramos a seguir a análise de contribuições, despesas e mensalidades dos Beneficiários Especiais:

Categoria de Beneficiários	Vidas	Receita Anual da Categoria	Despesa Anual da Categoria	Contribuição Média Mensal da Categoria	Despesa Média Mensal da Categoria	Comparativo do Custeio Médio Mensal com o Grupo	Comparativo da Despesa Média Mensal com o Grupo
Grupo	736	5.078.314,88	4.936.610,40	574,99	558,95		
Benef. Especiais	25	183.646,52	88.216,54	612,16	294,06	6,46%	-47,39%

Neste estudo segregamos os beneficiários especiais com sua receita e despesa de modo a nos mostrar qual o custo desta população.

A análise dos Beneficiários Especiais demonstrou que a contribuição média dos beneficiários especiais é de R\$ 612,16 sendo 6,46% superior à contribuição média do restante do grupo (Titulares + Dependentes) que é de R\$ 574,99.

Em relação à despesa os beneficiários especiais produzem um gasto médio de R\$ 294,06 sendo 47,39% inferior ao restante do grupo que é de R\$ 558,95.

Portanto concluímos que com as condições atualmente vigentes demonstrou-se viável a manutenção dos beneficiários especiais considerando tabela de preços diferenciada, que proporcionou melhor arrecadação para o grupo.

Considerando o superávit dos beneficiários especiais e visando o aumento do número destes, sugerimos a apresentação da viabilidade de entrada de parentes até 2º grau (filhos, netos e irmãos) com até 39 anos de idade (ou outra idade adequada para esse tipo de “beneficiário agregado”) no Programa do TRE-Saúde. Nota-se que essa figura somente será viável com o desconto em folha das mensalidades e coparticipações.

Calculamos os valores considerando as despesas dos beneficiários especiais e sua massa e demonstramos a seguir a tabela ideal a ser praticada para os beneficiários especiais.

REMUNERAÇÃO	0 a 18	19 a 23	24 a 28	29 a 33	34 a 38	39 a 43	44 a 48	49 a 53	54 a 58	59 ou mais
ATÉ 1.000,00	101,74	109,65	114,05	123,28	127,68	141,30	149,66	161,53	172,08	218,24
1.000,01 a 2.000,00	118,30	127,50	132,61	143,35	148,46	164,31	174,02	187,82	200,09	253,77
2.000,01 a 3.000,00	139,17	150,00	156,01	168,64	174,66	193,30	204,73	220,97	235,40	298,56
3.000,01 a 4.000,00	161,83	174,42	181,41	196,10	203,09	224,77	238,06	256,94	273,73	347,16
4.000,01 a 5.000,00	186,01	200,48	208,52	225,40	233,44	258,36	273,63	295,34	314,63	399,03
5.000,01 a 6.000,00	204,41	220,31	229,14	247,69	256,53	283,91	300,69	324,54	345,74	438,50
6.000,01 a 7.000,00	224,62	242,10	251,80	272,19	281,90	311,99	330,43	356,64	379,94	481,86
7.000,01 a 8.000,00	244,16	263,15	273,70	295,86	306,41	339,12	359,17	387,65	412,98	523,77
8.000,01 a 9.000,00	259,74	279,95	291,17	314,74	325,97	360,76	382,09	412,40	439,34	557,20
9.000,01 a 10.000,00	273,41	294,68	306,50	331,31	343,12	379,75	402,20	434,10	462,46	586,52
10.000,01 a 11.000,00	289,32	311,83	324,33	350,59	363,09	401,85	425,61	459,37	489,38	620,66
11.000,01 a 12.000,00	301,38	324,82	337,85	365,20	378,22	418,60	443,34	478,51	509,77	646,52
12.000,01 a 13.000,00	310,70	334,87	348,30	376,49	389,92	431,54	457,06	493,31	525,53	666,52
13.000,01 a 14.000,00	326,24	351,61	365,71	395,32	409,42	453,12	479,91	517,97	551,81	699,84
14.000,01 a 15.000,00	342,55	369,19	384,00	415,08	429,89	475,78	503,90	543,87	579,40	734,83
15.000,01 a 16.000,00	359,67	387,65	403,20	435,84	451,38	499,57	529,10	571,07	608,37	771,58
16.000,01 a 17.000,00	377,66	407,04	423,36	457,63	473,95	524,54	555,55	599,62	638,79	810,15
17.000,01 a 18.000,00	392,77	423,32	440,29	475,93	492,91	545,53	577,78	623,60	664,34	842,56
18.000,01 a 19.000,00	408,48	440,25	457,90	494,97	512,62	567,35	600,89	648,55	690,91	876,26
19.000,01 a 20.000,00	424,81	457,86	476,22	514,77	533,13	590,04	624,92	674,49	718,55	911,31
20.000,01 a 21.000,00	441,81	476,17	495,27	535,36	554,45	613,64	649,92	701,47	747,29	947,77
21.000,01 a 22.000,00	455,06	490,46	510,13	551,42	571,09	632,05	669,42	722,51	769,71	976,20
22.000,01 a 23.000,00	468,71	505,17	525,43	567,97	588,22	651,01	689,50	744,19	792,80	1005,49
23.000,01 a 24.000,00	478,09	515,28	535,94	579,32	599,99	664,03	703,29	759,07	808,66	1025,60
acima de 24.000,01	482,87	520,43	541,30	585,12	605,99	670,67	710,32	766,66	816,74	1035,85

Devido a dinâmica dos eventos em saúde este estudo necessita ser atualizado a cada 12 meses, para recálculo dos impactos.

k) Identificar os pontos positivos e negativos, além de viabilidade financeiro-econômica e as consequências na utilização da Cobertura Parcial Temporária – CPT e da carência geral para todos os beneficiários que entrarem no Programa, sejam eles do quadro ou requisitados.

Conceitualmente a carência em planos de saúde é o período previsto em contrato ou regulamento no qual é paga a mensalidade, mas ainda não se tem acesso a determinadas coberturas previstas. A operadora pode estabelecer o prazo de carência em razão da necessidade de fazer uma reserva para garantir os atendimentos desde que sejam dentro dos limites da lei.

É prática no mercado ao assinar a adesão ao plano (via contrato ou regulamento) o consumidor afirmar estar ciente de que existem carências para exames, consultas, internações e cirurgias, entre outros.

Via de regra as carências normais de mercado são: Para exames, por exemplo, há dois tipos de carência segundo a ANS: 30 dias para os considerados simples e 90 para os complexos. Em caso de partos, a carência pode chegar a 300 dias, Consultas 30 dias e Internações Hospitalares/Cirurgias 180 dias.

Existem ainda no mercado a prática de Cobertura Parcial Temporária – CPT para as Doenças e lesões preexistentes - DLP que são aquelas que o consumidor ou seu responsável saiba ser portador, na época da contratação do plano de saúde.

Essa Cobertura Parcial Temporária – CPT é um período determinado de até 24 meses em que Operadora não é obrigada a dar cobertura completa a esses casos como procedimentos de alta complexidade, cirurgias e leitos de alta tecnologia. Cumprindo este prazo o beneficiário passa a usufruir a cobertura integral.

Essa prática de mercado é justificada pelo plano de saúde para que não tenham prejuízo e no caso do **TRE-SAÚDE** recomendamos que seja adotada esta prática visando o equilíbrio-financeiro e atuarial do plano uma vez que o plano possui menos de mil vidas não possuindo margem para diluição de riscos de forma imediata, necessitando deste período de carência para compor reserva.

A adoção de carências também visa filtrar casos em que o pretendente sabedor de uma patologia entraria no plano para tratamento imediato e após a conclusão dos procedimentos sairia do plano, deixando um prejuízo ao programa. Desta forma recomendamos a manutenção das carências previstas no artigo 10 da Resolução nº 7694/2016 e a inclusão de Cobertura Parcial Temporária – CPT.

l) Avaliar a capacidade econômico-financeira atual e futura do Programa e apresentar opções de implementação, individual e coletiva, das seguintes propostas:

l.1) Manutenção, ou não, da suspensão dos procedimentos odontológicos (Próteses e Implantes)

Analizamos os custos de implantes e próteses odontológicas em relação as despesas odontológicas e ao total das despesas conforme demonstramos a seguir:

Item	2017	2018
Implantes Odontológicos	R\$ 149.117,91	R\$ 7.865,52
Próteses Odontológicas	R\$ 97.318,33	R\$ 5.896,67
Total	R\$ 246.436,24	R\$ 13.762,19

Total Despesas Odontológicas	R\$ 343.528,87	R\$ 96.303,15
Total das Despesas*	R\$ 4.651.906,82	R\$ 5.024.826,94
Var % sobre Despesas Odont.	71,74%	14,29%
Var % sobre total das Despesas	5,30%	0,27%

*Nos valores de despesas estão incluídos os valores de reembolsos (Valores em R\$)

Os implantes e próteses odontológicas corresponderam a 71,74% do total das despesas odontológicas e 5,30% do total das despesas em 2017. No ano de 2018 os implantes e próteses corresponderam a 14,29% do total das despesas odontológicas e 0,27% do total das despesas.

	Média
Var % sobre Despesas Odont.	43,01%
Var % sobre total das Despesas	2,79%

Ao calcularmos a média o percentual dos implantes e próteses nos dois anos da análise correspondem a 43,01% do total das despesas odontológicas e apenas 2,79% do total das despesas.

	2017	2018	Média
% impacto Implantes sobre Desp. Odontológica	43,41%	8,17%	25,79%
% impacto Próteses sobre Desp. Odontológica	28,33%	6,12%	17,23%

Ao considerarmos o impacto dos custos dos implantes e das próteses sobre o total das despesas odontológicas temos que maior é o custo com os Implantes correspondendo

na média a 25,79% do total das despesas odontológicas e 17,23% para as próteses, de modo que conclui-se pela inclusão das Próteses neste primeiro momento até a próxima avaliação atuarial para nova análise dos impactos.

1.2) Diminuição, alteração e/ou eliminação das coparticipações exigidas atualmente pelo Programa

Como indicamos no item “f.1” deste relatório consideramos adequados os percentuais de coparticipação vigentes, apenas recomendamos a alteração da coparticipação de internação de percentual para franquia como veremos no item “1.2” a seguir. Vale ressaltar que o conceito de coparticipação nos procedimentos médico-hospitalares tem como propósito inibir e desestimular os usos excedentes e desnecessários, não devendo exercer um papel punitivo.

A seguir a análise da coparticipação atualmente praticada pelo **TRE SAÚDE**:

Procedimento	% Coparticipação - TRE - SAÚDE	% Coparticipação mercado*	Análise	% Coparticipação Sugerido
Consultas e Tratamentos Seriados	30%	20% a 30%	Adequado	manter
Internações Clínicas ou Cirúrgicas	20%	franquia	Mercado pratica franquia fixa por exigência ANS	manter
Materiais Especiais OPME	50%	franquia	Mercado pratica franquia fixa por exigência ANS	manter
Procedimento de Cirurgia Oftalmológica Refrativa	30%	franquia	Mercado pratica franquia fixa por exigência ANS	manter
Consultas e Serviços de Assistência Odontológica	30%	20% a 30%	Adequado	manter
Implantes odontológicos	50%	20% a 30%	Adequado	manter
Home Care	25%	10% a 30%	Adequado	manter
Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia	25%	20% a 30%	Adequado	manter

* Conforme experiência da carteira de clientes Exacttus (composta por autogestões, operadoras de medicina de grupo e de odontologia de grupo, cooperativas médicas e odontológicas)

****Obs.:** O Item Implantes Odontológicos o **TRE SAÚDE** pratica 50% de coparticipação, sendo que a média do mercado está entre 10% a 30%, demonstrando existir, entretanto, margem para redução.

Em nenhuma hipótese recomendamos a redução dos percentuais atualmente praticados, até que se faça nova avaliação atuarial, um dos motivos pelos quais aconselhamos que sejam realizadas avaliações atuariais a cada período anual.

1.3) Modelo de franquia que limite o pagamento de coparticipação seja ele anual, por procedimento realizado, etc

Como indicamos no item “f.1” deste relatório o Mercado não pratica percentual para internações sendo utilizada a franquia fixa por exigência ANS, outro fator determinante para a sugestão de franquia fixa é o fato do **TRE SAÚDE** por força de regulamentação não poder descontar de forma integral o valor efetivamente da coparticipação em percentual, havendo um limitador de desconto mensal em folha, de modo que entendemos ser efetiva a prática de 20% sobre os eventos de internação até o limite de R\$ 8.000,00. Podendo neste primeiro ano de implantação (2020) chegar até R\$ 13.000,00 para acompanhamento da efetividade da limitação do valor.

1.4) Definição do momento ideal para que um beneficiário que solicitou o parcelamento da dívida possa voltar a utilizar o Programa

Para considerarmos qual a definição de momento ideal para que um beneficiário que solicitou o parcelamento da dívida possa voltar a utilizar o Programa, vamos utilizar o conceito de suspensão de atendimento por inadimplência previsto na legislação de saúde no mercado, o qual diz: De acordo com a Lei nº 9656/98, o contrato de plano de saúde só poderá ser cancelado em situações de fraude ou inadimplência do consumidor, por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 meses de vigência do contrato e que o consumidor seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.

Partindo deste princípio e considerando que até por 60 dias consecutivos ou não o beneficiário teve a manutenção de cobertura garantida mesmo estando ele inadimplente podemos concluir que o momento ideal para que o beneficiário do **TRE-**

SAÚDE possa voltar a utilizar o programa é o correspondente ao mesmo período uma vez que após o parcelamento da dívida o mesmo possa contribuir com programa e cumprir o período para que haja a recomposição financeira do período que esteve inadimplente e negociando o parcelamento da dívida em cumprimento ao princípio do mutualismo o qual diz que diversas partes partilham o risco em situação de igualdade e apresentam disposição de dividir o eventual prejuízo.

1.5) Ajustes necessários no Programa com o objetivo de aumentar a liquidez e evitar o aumento crescente do crédito a receber referente às coparticipações recebidas pelos beneficiários

Conforme indicado pelo programa e considerando o aumento crescente de créditos a receber referente a coparticipação dos beneficiários, entendemos que o conceito de coparticipação nos procedimentos médico-hospitalares tem como propósito inibir e desestimular os usos excedentes e desnecessários, não devendo exercer um papel punitivo. Neste conceito a coparticipação para internações torna-se muito onerosa para o beneficiário quando considerada com percentual sobre o custo total da internação, elevando assim o aumento das dívidas com o programa, uma vez ainda que existe o limitador de desconto de valor em folha de pagamento.

Considerando que os maiores custos de um plano de saúde são exatamente as internações e visando reduzir o crescente aumento de créditos a receber referente as coparticipações recomendamos a instituição de franquia por evento de internação ou valor limite para cobrança, ou seja, entendemos ser efetiva a prática de 20% sobre os eventos de internação até o limite de R\$ 8.000,00. Podendo neste primeiro ano de implantação (2020) chegar até R\$ 13.000,00 para acompanhamento da efetividade da limitação do valor.

m) Apresentar estudo técnico que contemple soluções e alternativas legais para a obtenção dos valores devidos ao Programa oriundos do inadimplemento dos beneficiários.

Considerando a natureza jurídica do **TRE-SAÚDE** e para melhor adequação sugerimos adotar a prática do mercado no qual o programa poderá contratar empresa de “Recuperação de Ativos” que estará responsável pela gestão e recuperação de créditos.

O programa poderá parcelar o débito, pois na legislação não há qualquer impedimento, devendo o programa firmar o acordo por meio de Termo de Confissão e Reconhecimento de Dívida.

n) Apresentar estudo técnico quanto à viabilidade econômico-financeira da inclusão de novos beneficiários (titulares ou dependentes) que sejam servidores de outros órgãos que ofereçam alguma espécie de assistência à saúde de seus servidores.

Inicialmente quanto à viabilidade econômico-financeira da inclusão de novos beneficiários (titulares ou dependentes) que sejam servidores de outros órgãos que ofereçam alguma espécie de assistência à saúde para seus servidores temos que entender o conceito de mutualismo nos planos de saúde, que se baseia no princípio de que diversas partes partilham o risco em situação de igualdade e apresentam disposição de dividir o eventual prejuízo, ou seja, todos contribuem para que uns usem mais e outros usem menos e se houver extrema utilização por todos, pode ocorrer o desequilíbrio econômico da relação entre os beneficiários, como o encarecimento do sistema. Na saúde, este risco é o custo do tratamento de doenças que inclui também os custos do desperdício e ineficiência do setor.

Em linhas gerais toda vez que agimos, ou deixamos de agir, causamos um impacto positivo ou negativo na cadeia do mutualismo e cada escolha individual nos atinge diretamente. Por isso é muito importante que cada indivíduo entenda e assuma a sua responsabilidade na prevenção e promoção da saúde, bem como na utilização responsável e racional do sistema.

Considerando que o indicado pelo **TRE-SAÚDE** diz respeito a inclusão de novos beneficiários (titulares ou dependentes) que sejam servidores de outros órgãos que ofereçam alguma espécie de assistência à saúde indica-nos que neste caso não há **demanda reprimida**, ou seja, situação na qual o pretendente não possui assistência a saúde gerando uma provável grande utilização na adesão ao programa. Desta forma em nosso entendimento não vemos impedimento para a inclusão de novos beneficiários (titulares ou dependentes) que sejam servidores de outros órgãos que ofereçam **assistência à saúde** uma vez que **não há** demanda reprimida e a conscientização do mutualismo nos programas de saúde.

10 Fluxo financeiro para os próximos 5 (cinco) anos

Período	Despesas assistenciais	Despesas com Reembolso	Coparticipação	Total Despesa	Contribuição Beneficiários	Recursos UNIÃO	Rendimento Aplicação	Total Contribuição	Resultado Plano
	(A)	(B)	(C)	D = (A+B)	(E)	(F)	(G)	H = (C+E+F+G)	I = (H-D)
Atual	4.938.390,59	86.436,35	1.281.683,19	5.024.826,94	2.991.561,40	2.270.400,00	276.118,09	6.819.762,68	1.794.935,74
1º ano	5.271.736,50	92.149,79	1.368.197,98	5.363.886,29	3.100.334,73	1.965.960,00	229.234,33	6.663.727,03	1.299.840,74
2º ano	5.627.573,87	98.240,89	1.460.550,09	5.725.814,76	3.213.057,53	1.968.540,00	274.728,75	6.916.876,37	1.191.061,60
3º ano	6.007.419,62	104.734,62	1.559.133,20	6.112.154,23	3.329.873,02	1.971.120,00	316.415,91	7.176.542,12	1.064.387,89
4º ano	6.412.892,92	111.657,58	1.664.367,54	6.524.550,49	3.450.929,59	1.973.700,00	353.669,48	7.442.666,62	918.116,13
5º ano	6.845.722,11	119.038,14	1.776.701,69	6.964.760,26	3.576.381,03	1.976.280,00	385.803,55	7.715.166,27	750.406,02

Os valores das Despesas assistenciais, Contribuições dos beneficiários e Recursos da União do período ATUAL (dez/2018) foram extraídos da base de dados recebida do TRE SAÚDE. Os valores de Despesas com reembolso foram recebidos em planilha específica por e-mail.

A avaliação atuarial e financeira do Plano em cumprimento ao item 3.2.1 do termo de referência demonstra que a sinistralidade considerando as despesas do período atual em dezembro/2018 encontra-se em 74%, estando abaixo da meta (85%) do ponto de vista atuarial. No momento atual o resultado do plano na data base do estudo apresenta um superávit de R\$ 1,7 milhões. Mesmo considerando a projeção para os próximos anos com o aumento dos custos médicos o resultado será superavitário nos 5 (cinco) anos da projeção.

O comportamento da sinistralidade até o 3º ano da projeção está dentro da meta atuarial (85%) e ao final da projeção atuarial resulta em 90% evidenciando o equilíbrio financeiro e atuarial do programa como podemos observar no quadro da sinistralidade dentro do período de projeção:

Sinistralidade Projetada	
Atual	74%
1º ano	80%
2º ano	83%
3º ano	85%
4º ano	88%
5º ano	90%

A seguir demonstramos o fluxo considerando o fundo de reserva:

Período	Saldo Acumulado com Fundo de Reserva (TRE SAÚDE - 2018)	Total Provisões	Saldo Final
	(J) = ("J" ano anterior + I)	(K)	L = (J - K)
Atual	6.549.552,16*	2.468.027,93	4.081.524,23
1º ano	7.849.392,90	2.578.094,32	5.271.298,58
2º ano	9.040.454,51	2.849.990,97	6.190.463,54
3º ano	10.104.842,40	3.149.280,41	6.955.561,98
4º ano	11.022.958,52	3.478.550,47	7.544.408,05
5º ano	11.773.364,54	3.840.608,16	7.932.756,38

* O saldo do fundo de reserva atual do TRE SAÚDE foi informado em planilha Excel.

Considerando que o **TRE-SAÚDE** possui fundo de reserva no valor de **R\$ 6.549.552,16** sendo suficiente frente as provisões calculadas no item "**g**" deste relatório foi considerado no fluxo de modo que o saldo final será positivo em todos os anos da projeção.

Para os cálculos e projeções num horizonte de 5 (cinco) anos foram consideradas as seguintes premissas:

- Aumento de custos médicos: 6,61% a.a.; utilizamos o FIPE Saúde do último período de análise de janeiro/2018 a dezembro/2018.

Categoria	jan/2018 - dez/2018
Saúde	6,61%

- Inflação: 3,50% ao ano, utilizamos 3,50% para os próximos anos, próximo a meta do BC anexo a este relatório.
- Crescimento real da população ativa (novos servidores): 1% ao ano, conforme indicado pelos gestores do **TRE-SAÚDE**.

Projeção de beneficiários para os próximos 5 (cinco) anos:

Projeção de beneficiários						
Faixa	dez/18	dez/19	dez/20	dez/21	dez/22	dez/23
0 a 18	133	134	135	136	137	138
19 a 23	43	43	43	43	43	43
24 a 28	32	32	32	32	32	32
29 a 33	23	23	23	23	23	23
34 a 38	40	40	40	40	40	40
39 a 43	52	52	52	52	52	52
44 a 48	58	58	58	58	58	58
49 a 53	81	81	81	81	81	81
54 a 58	84	84	84	84	84	84
59 ou +	215	215	215	215	215	215
Total geral	761	762	763	764	765	766
Movimentação da massa		1,00%	1,00%	1,00%	1,00%	1,00%

Na projeção de beneficiários foi considerado o crescimento de 1% ao ano conforme indicado pelos gestores do programa e foram utilizados também os fatores da tábua biométrica AT-2000 para considerar a mortalidade do grupo.

11 Conclusões e recomendações

Inicialmente podemos concluir que o programa possui ampla cobertura assistencial e a coparticipação dos beneficiários suficiente.

Mostrou-se clara a forte dependência do programa aos recursos da União, sendo a contribuição dos beneficiários correspondendo pouco em relação ao total das despesas, mostrando-se neste momento insuficiente para fazer frente às despesas do programa, colocando em risco o equilíbrio econômico-financeiro, nas duas análises.

Sugerimos atualização da tabela por faixa etária x remuneração, no item 9, subitem "f.2" deste relatório, objetivando a manutenção da sinistralidade dentro da meta, uma vez que a sinistralidade tende a aumentar, quer seja por aumento dos custos médicos ou envelhecimento da massa.

O programa possui fundo de reserva no valor de **R\$ 6.549.552,16** em dezembro de 2018, em nossos cálculos considerado suficiente nesta análise para cobertura de eventuais contingências e quando comparado com as provisões calculadas e apontadas no item 9, subitem "g" deste relatório.

Devido à dinâmica dos eventos relacionados à área da Saúde, os resultados aqui apresentados têm validade de 12 meses, motivo pelo qual recomendamos que sejam realizadas avaliações atuariais a cada período anual.

Ressaltamos que todas as análises e cálculos realizados foram efetuados considerando a base de dados enviada pelo **TRE SAÚDE**, relatórios gerenciais e informações encaminhadas por email.

Caso haja qualquer alteração nestes dados, os resultados serão alterados. Portanto, este relatório é sensível à qualidade da base de dados.

12 Anexos

Apresentamos a seguir as formulações, os critérios técnicos e metodologias de cálculos que foram utilizados para demonstração dos resultados apurados e apresentados neste relatório.

12.1 – Sinistralidade:

Para apuração do índice de Sinistralidade, o Mercado de Saúde trabalha com o conceito de coparticipação como sendo REDUTOR de DESPESA.

Porém, verificamos nos relatórios do **TRE SAÚDE** que a coparticipação é considerada RECEITA. Desta forma, ajustamos o conceito para:

$$\begin{aligned} &\text{Índice Sinistralidade \%} \\ &= \frac{\text{Despesas}}{\text{Receitas de Contribuição} + \text{Coparticipação} + \text{Recursos da União}} \end{aligned}$$

12.2 – Tabelas por faixas etárias:

Para a precificação da tabela por faixas etárias (item e) utilizamos a metodologia baseada na Teoria do Risco Coletivo, com os seguintes critérios:

Prêmio Puro:

O prêmio puro atuarial foi mensurado, considerando as informações de despesas assistenciais por coberturas, sendo: consultas, exames, terapias, outros atendimentos ambulatoriais, demais despesas assistenciais e internações.

Para cálculo do Prêmio Puro, usamos a seguinte formulação:

$$PP = f \times CM \times (1 + MS)$$

Para consultas, exames complementares, terapias, outros atendimentos ambulatoriais, demais despesas assistenciais e internações, onde:

PP = Prêmio Puro;

f = Frequência de utilização anual;

CM = Custo Médio por Procedimento;

MS = Margem de Segurança.

A Margem de Segurança é demonstrada a seguir, mensurada através da fórmula de desvio padrão.

Margem de Segurança Estatística:

No prêmio puro por faixa etária, foi incluída margem de segurança estatística, considerando o seguinte critério:

Consideramos como margem de segurança para os prêmios puros apurados na base de dados a inclusão da margem estatística mensurada através da fórmula de desvio padrão, conforme especificado no livro Probabilidade & Estatística¹, detalhada abaixo:

- Considerando-se a média aritmética de uma população finita de tamanho *N*, determina-se a média aritmética somando-se todos os valores da população e dividindo-se pelo tamanho *N* da mesma, representa-se a média aritmética da população pela letra grega μ e deste modo temos:

$$\mu = \frac{\sum_{i=1}^N x_i}{N}$$

¹ LOPES, P. A. Probabilidade & Estatística. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso Editores: 1999. p. 35 – 38

A amplitude total de uma população finita de tamanho N determina que a amplitude total seja a mesma tanto para uma amostra como para uma população finita e ambas denominam-se, simplesmente amplitude total.

A variância de uma população finita de tamanho N divide-se por N a soma das diferenças ao quadrado entre cada valor da amostra e a média amostral. A expressão da variância da população simbolizada por σ^2 :

$$\sigma^2 = \frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}{N}$$

As comparações feitas entre os valores, bem como a diferença de cada valor da população e a média aritmética da população, são tais que a quantidade de graus de liberdade é igual ao total de valores. A variância de uma população finita de tamanho N é conhecida como variância da população.

O desvio padrão de uma população finita de tamanho N foi dado por:

$$\sigma = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^N (x_i - \mu)^2}{N}}$$

Carregamentos:

Consideramos os seguintes percentuais de carregamentos comerciais, administrativos e margem de sobra, conforme abaixo:

Agenciamento – Comissionamento em percentual sobre primeira mensalidade (β_1):

Não há.

Comissão mensal em % e R\$ (β_2):

Não há.

Despesa de Administração (β_3):

Incluimos nos cálculos atuariais o percentual de 15% (quinze por cento), relativos às despesas administrativas, encargos e tributos.

Margem de Sobra (β_4):

Não há.

Cálculo do Prêmio Comercial Mensal:

Para mensuração do prêmio comercial mensal, utilizamos o seguinte critério técnico atuarial:

$$PC^{12} = \frac{(PP)}{1 - \left(\left(\beta_1 / 12 \right) + \beta_2 + \beta_3 + \beta_4 \right)}$$

12.3 – Tabela - Banco Central do Brasil:

A seguir demonstramos Tabela “Histórico de Metas para a inflação no Brasil” a qual utilizamos como base nas projeções – item inflação e que se encontra disponível no sítio: <http://www.bcb.gov.br/Pec/metas/TabelaMetaseResultados.pdf>:



BANCO CENTRAL DO BRASIL

Histórico de Metas para a Inflação no Brasil

Ano	Norma	Data	Meta (%)	Banda (p.p.)	Limites Inferior e Superior (%)	Inflação Efetiva (IPCA % a.a.)
1999			8	2	6-10	8,94
2000	Resolução 2.615	30/6/1999	6	2	4-8	5,97
2001			4	2	2-6	7,67
2002	Resolução 2.744	28/6/2000	3,5	2	1,5-5,5	12,53
2003 ^{1/}	Resolução 2.842	28/6/2001	3,25	2	1,25-5,25	
	Resolução 2.972	27/6/2002	4	2,5	1,5-6,5	9,30
2004 ^{1/}	Resolução 2.972	27/6/2002	3,75	2,5	1,25-6,25	
	Resolução 3.108	25/6/2003	5,5	2,5	3-8	7,60
2005	Resolução 3.108	25/6/2003	4,5	2,5	2-7	5,69
2006	Resolução 3.210	30/6/2004	4,5	2	2,5-6,5	3,14
2007	Resolução 3.291	23/6/2005	4,5	2	2,5-6,5	4,46
2008	Resolução 3.378	29/6/2006	4,5	2	2,5-6,5	5,90
2009	Resolução 3.463	26/6/2007	4,5	2	2,5-6,5	4,31
2010	Resolução 3.584	1/7/2008	4,5	2	2,5-6,5	5,91
2011	Resolução 3.748	30/6/2009	4,5	2	2,5-6,5	6,50
2012	Resolução 3.880	22/6/2010	4,5	2	2,5-6,5	5,84
2013	Resolução 3.991	30/6/2011	4,5	2	2,5-6,5	5,91
2014	Resolução 4.095	28/6/2012	4,5	2	2,5-6,5	6,41
2015	Resolução 4.237	28/6/2013	4,5	2	2,5-6,5	10,67
2016	Resolução 4.345	25/6/2014	4,5	2	2,5-6,5	
2017	Resolução 4.419	25/6/2015	4,5	1,5	3,0-6,0	
2018	Resolução 4.499	30/6/2016	4,5	1,5	3,0-6,0	

^{1/} A Carta Aberta, de 21/1/2003, estabeleceu metas ajustadas de 8,5% para 2003 e de 5,5% para 2004.

13 Limitações

*Este relatório foi preparado para uso exclusivo do **TRE SAÚDE** e seus respectivos dirigentes. Nenhum item deste relatório poderá ser compartilhado com qualquer outra parte sem a expressa aprovação, por escrito, da **EXACTTUS**.*