

ANÁLISE ATUARIAL – IPAM SAÚDE

0469-25

AValiação ATUARIAL E SOLVÊNCIA

IPAM – INSTITUTO DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA MUNICIPAL

CAXIAS DO SUL - RS

REFERÊNCIA: DEZEMBRO-2023



LUMENS
ATUARIAL

ÍNDICE

1.	INTRODUÇÃO	3
2.	CONCEITOS E DEFINIÇÕES	3
	2.1. DOS PLANO DE BENEFÍCIOS	3
	2.2. DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES	4
	2.3. DAS COBERTURAS DO FUNDO.....	4
	2.4. DO CUSTEIO DO FUNDO	4
	2.5. DAS COPARTICIPAÇÕES.....	6
3.	BASE CADASTRAL E PERÍODO DE ANÁLISE	6
4.	ESTATÍSTICAS	6
	4.1. ESTATÍSTICAS DE BENEFICIÁRIOS EXPOSTOS	7
	4.2. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS	10
	4.3. ESTATÍSTICAS DE DEPENDENTES.....	10
5.	AValiação ATUARIAL.....	12
	5.1. ANÁLISE DA SAÚDE	13
	5.1.1. ANÁLISE DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS	13
	5.1.2. BENEFICIÁRIOS DE ALTO CUSTO	19
	5.1.3. FAC - FUNDO DE ALTO CUSTO.....	21
	5.2. ANÁLISE FINANCEIRO-ECONÔMICA.....	22
	5.2.1. DESPESAS ADMINISTRATIVAS (DAdm).....	22
	5.2.2. SINISTRALIDADE	24
	5.2.3. EVOLUÇÃO DO PATRIMÔNIO FINANCEIRO DO FUNDO	26
	5.2.4. REAJUSTE PELA SINISTRALIDADE	28
6.	PROJEÇÕES E SOLVÊNCIA	28
	6.1. HIPÓTESES ATUARIAIS ADOTADAS	29
	6.2. CONTEXTUALIZAÇÃO	30
	6.3. PROJEÇÃO POPULACIONAL.....	30
	6.4. CENÁRIO I: PLANO DE CUSTEIO ATUAL	31
	6.5. CENÁRIO II: MENSALIDADE POR FAIXA ETÁRIA	34
7.	PARECER CONCLUSIVO	36
	ANEXO I – TABELA DA EVOLUÇÃO DO CUSTO POR ÓRGÃO	38

1. INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

2. CONCEITOS E DEFINIÇÕES

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

2.1. DOS PLANO DE BENEFÍCIOS

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

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

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

2.2. DOS BENEFICIÁRIOS E DEPENDENTES

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

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

2.3. DAS COBERTURAS DO FUNDO

As coberturas asseguradas pelo IPAM-SAÚDE consistem basicamente em:

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

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

2.4. DO CUSTEIO DO FUNDO

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

Tabela 1. Esquema de custeio dos planos

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

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

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

Tabela 2. Alíquota contributiva do plano por faixas etárias

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

*Incidente sobre o padrão 1

Tabela 3. Padrão salarial 1

PERÍODO	ALÍQUOTA CONTRIBUTIVA
jul/24 a dez/24	R\$ 2109,79
abr/24 a jun/24	R\$ 2087,87
Jan/24 a mar/24	R\$ 2058,64
jan/23 a jun/23	R\$ 1.948,18
set/22 a dez/22	R\$ 1.877,04
jan/22 a ago/22	R\$ 1840,24
jan/21 a dez/21	R\$ 1.672,03
dez/20 a out/20	R\$ 1.604,48

2.5. DAS COPARTICIPAÇÕES

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

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

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

3. BASE CADASTRAL E PERÍODO DE ANÁLISE

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

Tais dados referem-se ao **período de 01/2019 a 12/2024**, apresentando informações demográficas dos beneficiários, histórico contributivo, histórico de gastos de saúde e despesa administrativa, rentabilidade, patrimônio garantidor entre outras informações.

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

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

4. ESTATÍSTICAS

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

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

Vale ressaltar que tal quantitativo não possui relação direta com o atual número de beneficiários do plano e sim com a permanência dele em qualquer período de tempo no intervalo analisado (2019 a 2024). A título de exemplificação, um participante que ficou vinculado ao plano durante 24 meses é considerado como 0,5 participante, pois ficou exposto apenas metade do tempo avaliado.

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

4.1. ESTATÍSTICAS DE BENEFICIÁRIOS EXPOSTOS

Identificou-se, que o IPAM-SAÚDE possuiu 21.789 beneficiários expostos no período analisado (4 anos). Tal valor diverge da quantidade real de beneficiários pelos seguintes motivos:

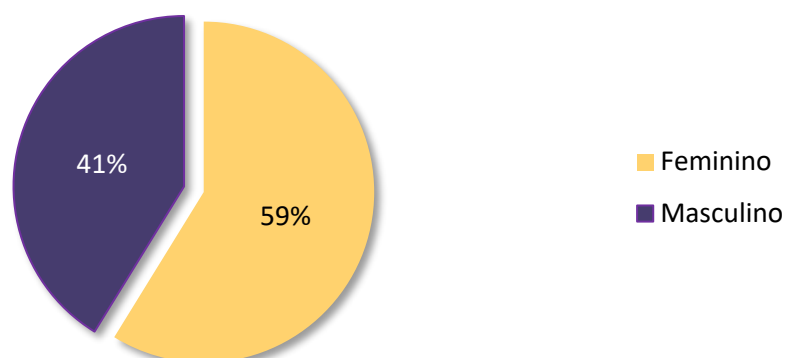
- a) A exposição é apurada através do Código do Usuário, o qual pode ser duplicado caso o servidor possua mais de um vínculo;
- b) Entra nessa contagem todos os servidores e dependentes que em algum momento dos 4 anos analisados transitaram pelo IPAM-SAÚDE, mesmo já tendo encerrado seu vínculo.

Apenas para fins comparativos, analisando apenas o último mês da base de dados e realizando uma contagem simples, encontramos em dezembro/23 um total de 18.106 beneficiários.

Tabela 4. Número de Expostos por Sexo

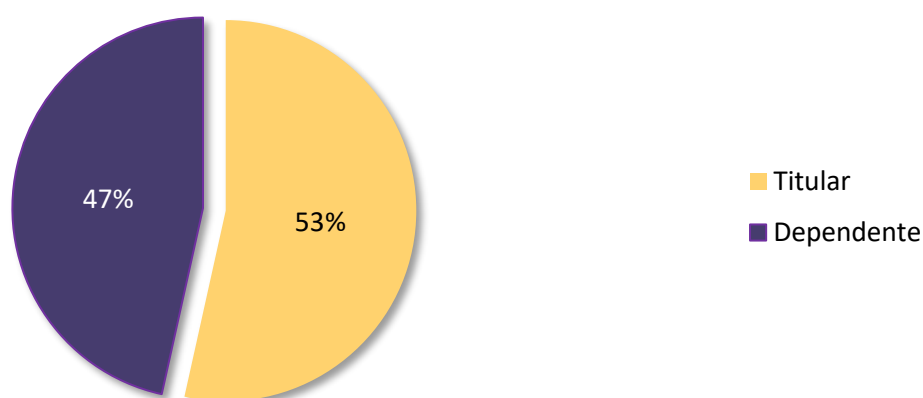
DESCRIÇÃO	FEMININO	MASCULINO	TOTAL
Titular	8.259	3.393	11.652
Dependente	4.489	5.647	10.137
Total	12.748	9.041	21.789

Gráfico 1. Distribuição dos expostos por sexo



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

Gráfico 2. Distribuição dos expostos por titularidade



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

Gráfico 3. Pirâmide etária de beneficiários expostos por SEXO

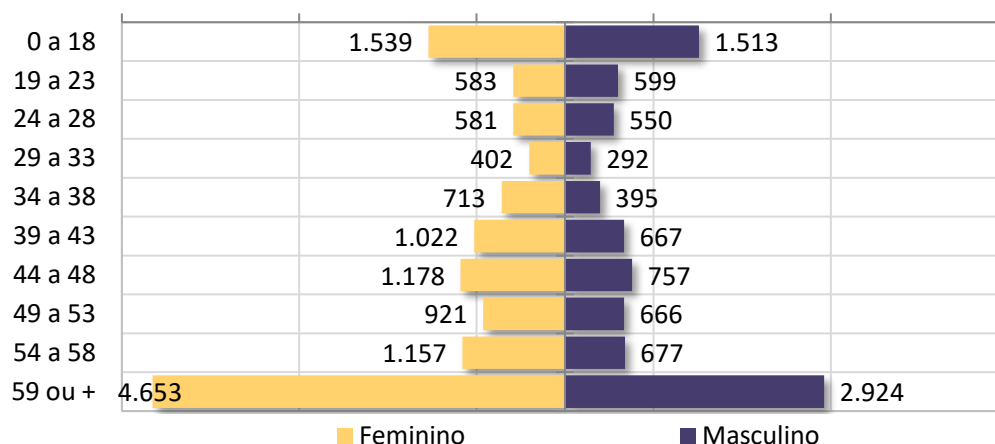
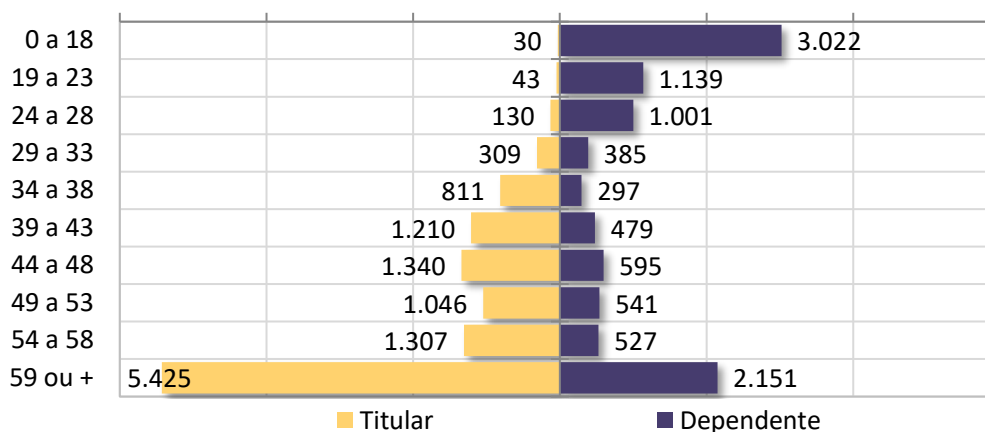


Gráfico 4. Pirâmide etária de beneficiários expostos por TITULARIDADE



Verifica-se, pela tabela e gráfico 3, que os beneficiários se concentram nas faixas etárias geralmente caracterizadas por maiores gastos com saúde, quais sejam, 0 a 18 anos e acima de 59 anos.

Em se tratando de um Fundo cujo custeio se dá pela aplicação de uma alíquota constante independentemente da idade, é recomendável estimular a adesão de beneficiários entre as faixas de 23 a 43 anos, haja vista que, via de regra, são as que apresentam maior retorno econômico, oxigenando o Fundo.

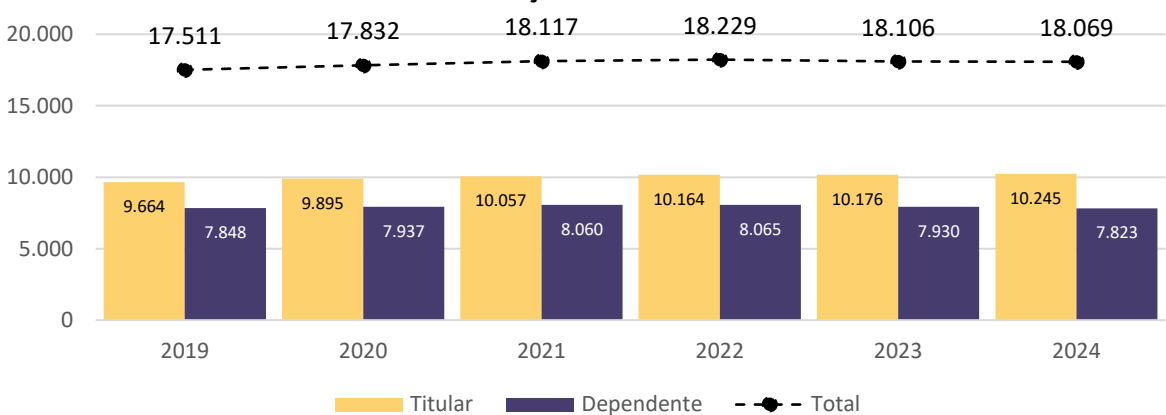
Dado o mutualismo, a solvência do IPAM-SAÚDE será mais sustentável quanto maior for o número de contribuintes e menor a utilização dos procedimentos cobertos.

4.2. EVOLUÇÃO DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

Tabela 5. Evolução do Número médio de Beneficiários

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

Gráfico 5. Evolução do número de Beneficiários



Verificamos que nos últimos 6 anos houve um crescimento modesto na quantidade de beneficiários do fundo de 3,1%, demonstrando maturidade populacional da massa de segurados do IPAM-Saúde. Tal característica facilita a implantação de novas políticas no fundo, uma vez que favorece as estimativas comportamentais.

4.3. ESTATÍSTICAS DE DEPENDENTES

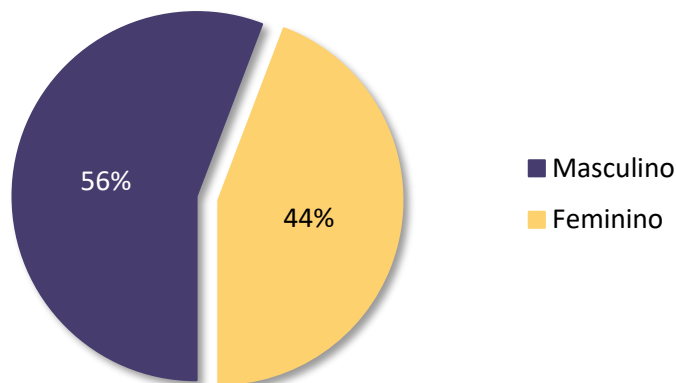
Atualmente, além do Ente Federativo, os titulares e dependentes contribuem para o Fundo por meio da aplicação de uma alíquota aos seus rendimentos. Não obstante, a contribuição dos dependentes é inferior à dos titulares, sendo necessário o controle quantitativo e financeiro deste tipo de segurado, de modo a avaliar e garantir a saúde financeira do Fundo.

Desta forma, temos as seguintes análises:

Tabela 6. Distribuição de Dependentes por Sexo

DESCRIÇÃO	VALOR
Masculino	5.647
Feminino	4.489
Total	10.137

Gráfico 6. Distribuição dos Dependentes por Sexo

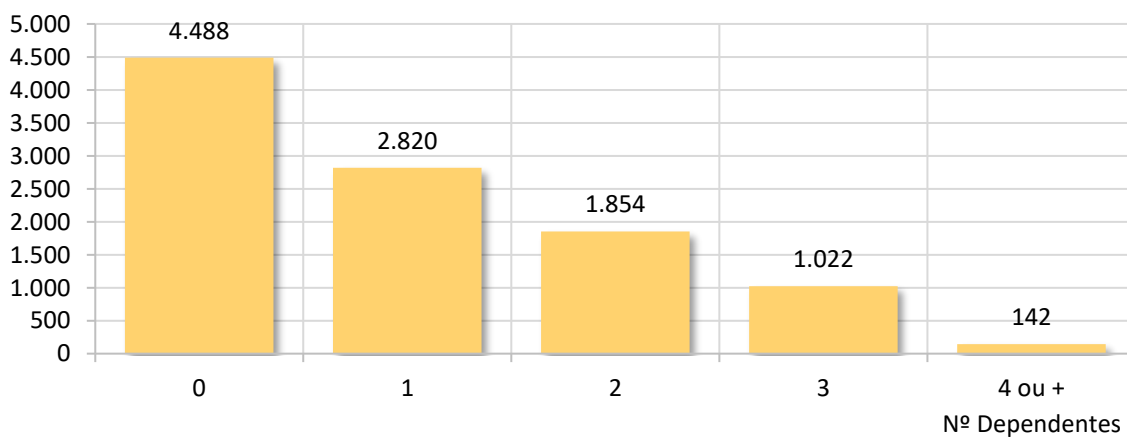


Verifica-se, que a quantidade de dependentes do sexo masculino foi superior a quantidade de mulheres. Comportamento normalmente observado em dependentes dos planos municipais, dado a predominância de mulheres como servidoras efetivas, principalmente na educação, e o consequente fato de seus cônjuges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

Tabela 7. Número de dependentes na família

NÚMERO DE DEPENDENTES NA FAMÍLIA	QUANTIDADE	PROPORÇÃO
0	4.488	43,5%
1	2.820	27,3%
2	1.854	18,0%
3	1.022	9,9%
4 ou +	142	1,4%
Total	10.326 Famílias	100,0%

Gráfico 7. Quantidade de dependentes em cada Família



Conforme a **Tabela 7**, observa-se que **5.838 famílias (56% do total)** possuem ao menos um dependente. Nessas famílias, a **média de dependentes é 1,74**, com **máximo observado de 6**. Esse perfil reforça a necessidade de calibrar a **alíquota aplicada a dependentes**, evitando subsídios cruzados não intencionais e mitigando **seleção adversa por composição familiar**.

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

5. AVALIAÇÃO ATUARIAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.1. ANÁLISE DA SAÚDE

5.1.1. ANÁLISE DOS CUSTOS ASSISTENCIAIS

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

Adicionalmente, pode-se ainda avaliar os referidos indicadores comparativamente aos fornecidos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para verificar o comportamento estatístico-financeiro da massa de beneficiários do Fundo em relação aos segurados da saúde suplementar como um todo.

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

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

Tabela 8. Frequência de Utilização

PROCEDIMENTO	ANS ₂₀₁₉	BASE	DIFERENÇA
CONSULTAS	5,96	3,83	-35,7%
EXAMES	14,44	20,80	44,1%
TERAPIAS	17,09	4,59	-73,2%
INTERNAÇÕES	0,21	2,17	932,8%

Tabela 9. Custo médio por procedimento

PROCEDIMENTO	ANS ₂₀₁₉	BASE	DIFERENÇA
CONSULTAS	R\$73,91	R\$63,77	-13,7%
EXAMES	R\$75,89	R\$40,79	-46,3%
TERAPIAS	R\$29,41	R\$16,57	-43,7%
INTERNAÇÕES	R\$5.729,43	R\$778,36	-86,4%

De maneira comparativa, cada beneficiário do IPAM-SAÚDE realiza 3,83 CONSULTAS por ano, enquanto, segundo a ANS, a experiência nacional indica que sejam realizadas 5,96 consultas para cada beneficiário em um ano. Desta forma temos que os Beneficiários do IPAM-SAÚDE possuem um comportamento de **utilização 36% inferior ao padrão nacional**.

Já os **custos médios das CONSULTAS apresentam valores 13% menor que a média nacional** indicando uma negociação favorável com a rede credenciada.

Referente aos EXAMES, podemos notar uma utilização maior do que a média nacional, o que acaba não representando um impacto financeiro expressivo, pois o custo médio observado no IPAM foi 46% menor do que a média do mercado privado.

Os Procedimentos classificados como TERAPIAS, apresentaram um comportamento muito divergentes dos padrões, nos levando a inferir que pode haver alguma divergência na classificação ou na forma como tal informação é processada pelo IPAM, fato que inviabiliza um comparativo adequado com a ANS.

Ainda, quanto as INTERNAÇÕES, identificamos um padrão de utilização 930% maior que o padrão nacional, porém um custo médio 86% menor. Esses percentuais elevados nos conduzem a uma possível distorção de análise, que pode ser ocasionada por uma série de fatores, desde metodologias de classificação dos itens enquadrados como INTERNAÇÃO, passando pela necessidade de renegociação dos acordos com os hospitais, ou até mesmo que tais procedimentos mereçam ser auditados de maneira mais ativa. É muito comum que tais distorções sejam consequência do primeiro item, qual seja, divergência de metodologia de classificação.

De maneira geral, sugerimos a evolução de tais análise ao longo dos próximos meses/estudos. **Não obstante, tal fato não apresenta risco para as análises principais desse relatório, apenas para alguns entendimentos gerenciais.**

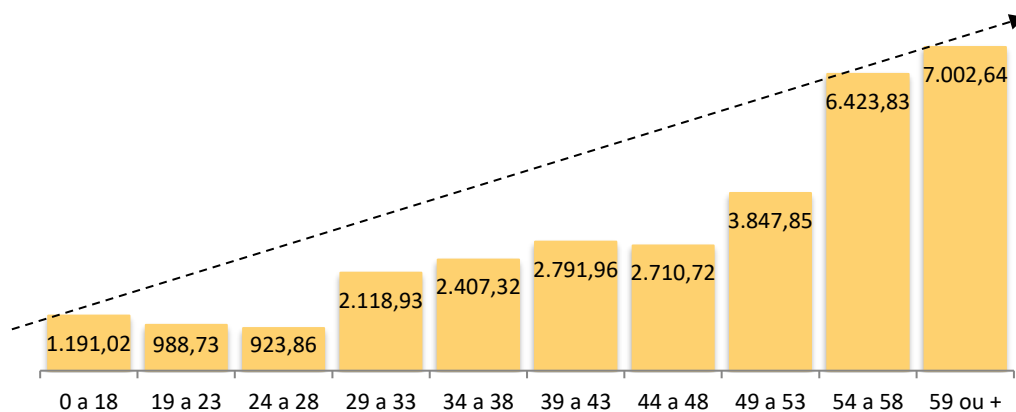
5.1.1.1. CUSTOS POR FAIXA ETÁRIA

O Custo Per Capita, ou Custo de Risco demonstra a despesa média gerada por cada beneficiário. Sua segmentação em faixas etárias é amplamente utilizada devido a correlação entre tais custos e a idade dos usuários. Com base nessa correlação as operadoras de planos de saúde efetuam a precificação de seus produtos, estabelecendo uma relação lógica entre a causa e o efeito.

Tabela 10. Custo per capita por contrato

FAIXA ETÁRIA	UTILIZAÇÃO ANUAL	CUSTO POR PROCEDIMENTO	CUSTO PER CAPITA BRUTO - ANUAL
0 a 18 anos	29,56	R\$ 40,29	R\$ 1.191,02
19 a 23 anos	25,23	R\$ 39,19	R\$ 988,73
24 a 28 anos	21,00	R\$ 44,00	R\$ 923,86
29 a 33 anos	42,77	R\$ 49,55	R\$ 2.118,93
34 a 38 anos	49,92	R\$ 48,22	R\$ 2.407,32
39 a 43 anos	67,79	R\$ 41,19	R\$ 2.791,96
44 a 48 anos	59,82	R\$ 45,31	R\$ 2.710,72
49 a 53 anos	93,01	R\$ 41,37	R\$ 3.847,85
54 a 58 anos	130,86	R\$ 49,09	R\$ 6.423,83
59 anos ou +	164,13	R\$ 42,66	R\$ 7.002,64
Média	95,93	R\$ 43,48	R\$ 4.171,39

Gráfico 8. Custo per Capita Bruto - Anual

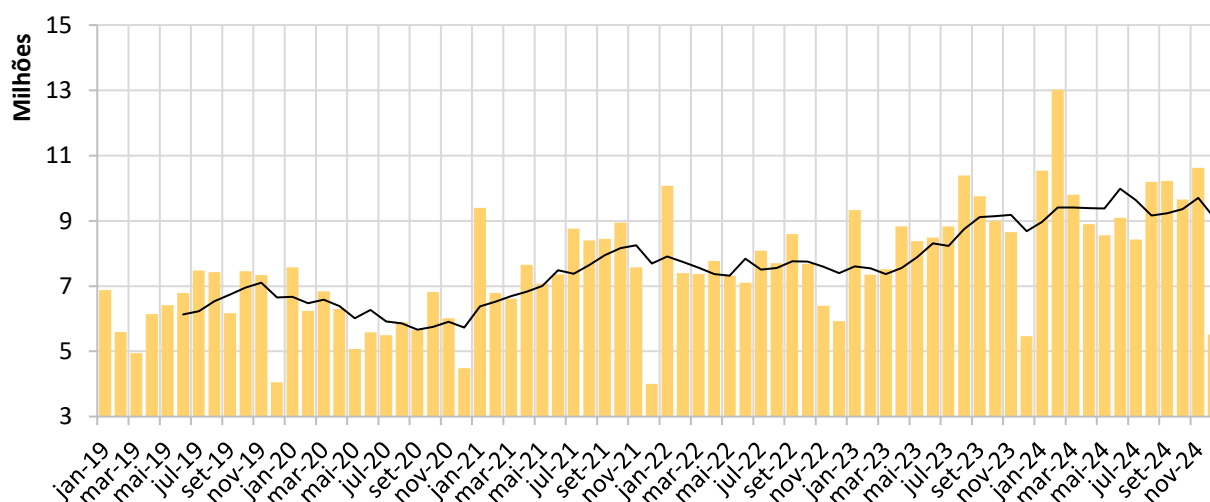


A análise da tabela acima deixa claro que o custo do plano de saúde está diretamente relacionado a idade do usuário, sendo que, quanto mais velho maior a utilização e mais caro os procedimentos utilizados.

5.1.1.2. ANÁLISE DOS CUSTOS TOTAIS

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

Gráfico 9. Custo Assistencial Médio Mensal



A leitura do gráfico indica que os ciclos operacionais das despesas variaram de forma irregular entre os exercícios afetados pela COVID-19, com deslocamentos e compressões de consumo típicos do período. Já **de 2022 a 2024**, os perfis intra-anuais mostram **maior convergência**, com nível e padrão sazonal semelhantes, sinalizando **normalização do uso assistencial**.

Tabela 11. Custo Médio

DESCRIÇÃO	2023	2024	Total
Usuários* ^{expostos}	18.106	18.069	18.069
Despesa Anual	R\$ 101.969.309,94	R\$ 114.527.767,14	R\$ 216.497.077,08
Despesa Mensal	R\$ 8.497.442,50	R\$ 9.543.980,60	R\$ 9.020.711,55
Custo Médio Unitário	R\$ 469,32	R\$ 528,21	R\$ 499,25
Folha Salarial	R\$ 61.368.187,86	R\$ 69.523.364,94	---
Peso Sobre a Folha*	13,85%	13,73%	12,98%

*por limitação do modelo, mas entendendo cumprir o papel didático da análise, foi considerado o valor da folha de 2024 para ambos os anos na coluna de total.

A tabela anterior nos mostra que, os custos provenientes de utilização correspondem, em média, a 9 milhões de reais por mês nos últimos 24 meses, sendo que entre 2023 e 2024 apresentou um crescimento de 12,32%, valor dentro da normalidade da dinâmica de custos com a saúde, porém expressivo.

Em proporção à folha salarial, as mensalidades consumiram, em média, **13,85%** e **13,73%** nos períodos analisados. Considerando as alíquotas vigentes (**6,0% + 7,7% = 13,7%**), o plano opera **no limite financeiro**, com **insuficiência de 0,15 p.p.** no primeiro caso e **de 0,03 p.p.** no segundo (isto é, o custo médio superou o custeio). Esse quadro indica **custeio potencialmente insuficiente e margem técnica comprimida**, tornando a geração de superávit financeiro **dependente do desempenho da carteira de investimentos**, isto é, da **rentabilidade das reservas do IPAM**.

Ressalte-se que a comparação com a **folha** é um **indicador didático**; no **item 5.2.2** será avaliada a **sinistralidade efetiva** do IPAM, a fim de atestar a **suficiência (ou não)** do plano de custeio frente às despesas.

Contudo, vale ressaltar a importância de se reavaliar periodicamente o plano de custeio do IPAM-SAÚDE, uma vez que a natureza desta operação possui riscos que podem levar a eventuais quebras de caixa.

5.1.1.3. CUSTOS DOS TITULARES VERSUS DEPENDENTES

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

Tabela 12. Custo Médio por Titular e Dependente

DESCRIÇÃO	TITULARES	DEPENDENTES	TOTAL
Usuários	9.700	8.406	18.106
Despesa Anual	R\$ 72.098.232,62	R\$ 29.871.077,32	R\$ 101.969.309,94
Despesa Mensal	R\$ 6.008.186,05	R\$ 2.489.256,44	R\$ 8.497.442,49
Custo Médio Unitário	R\$ 619,39	R\$ 296,14	R\$ 469,32
Folha Salarial	R\$ 69.523.364,94		
Peso Sobre a Folha	9,71%	4,02%	13,73%

Pela análise realizada, verifica-se que, no que se refere ao custo com mensalidade, cada titular representa um peso de **9,44% da folha salarial**, o que corresponde a um custo anual aproximado de **R\$ 72 milhões**. Observa-se, ainda, um crescimento de **12,33%** nas despesas com titulares em relação a 2023, quando esse valor também se situava próximo a **R\$ 72 milhões**.

No caso dos dependentes, os gastos alcançaram **R\$ 29 milhões em um ano**, equivalendo a **4,02% da folha de contribuição**. Em termos comparativos, a arrecadação adicional proveniente da contribuição familiar representa apenas **+1,7% da folha**, ou seja, menos da metade do valor efetivamente consumido por este grupo.

Esse cenário evidencia a relevância do **acompanhamento da alíquota de contribuição dos dependentes**, já que os custos associados a eles representam **29% do total das despesas assistenciais**. Contudo, destaca-se que, em função das **reservas financeiras do IPAM**, tal risco encontra-se, até o momento, **mitigado e controlado**.

Ainda assim, conforme demonstrado no **Gráfico 7**, os custos de um plano de saúde estão diretamente relacionados à **idade dos beneficiários**. Como os dependentes possuem, em média, idade mais baixa, seus custos tendem a ser menores. Entretanto, os que possuem idades mais avançadas, geram despesas equivalentes às dos titulares da mesma faixa etária, o que demonstra que o custo **não guarda relação com a condição de titularidade**, mas sim com a **exposição ao risco etário**.

5.1.1.4. CUSTO COMERCIAL

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

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

O custo puro pode ser assim calculado:

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

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

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

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

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

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

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

Tabela 13. Apuração dos Custos do IPAM-SAÚDE

CUSTO	VALOR 2022	VALOR 2023	VALOR 2024
CUSTO DE RISCO	R\$ 250,86	R\$ 250,30	R\$ 253,39
CUSTO PURO	R\$ 238,31	R\$ 239,80	R\$ 243,19
CUSTO COMERCIAL	R\$ 264,79	R\$ 266,44	R\$ 270,21

A análise dos custos apurados pelo IPAM-SAÚDE revela que o custo médio por beneficiário, incluindo dependentes, foi de R\$ 270,21 em 2024, mantendo-se similar ao valor de R\$ 266,44 registrado em 2023. Esta estabilidade sugere que a estrutura de custos permaneceu essencialmente constante ao longo do ano.

Visando uma análise distribuída de maneira justa e equânime, bem como para evitar a seleção adversa de participantes, a ANS indica como aconselhável a distribuição do preço por faixa etária, assim a mensalidade de risco do IPAM-SAÚDE ficaria da seguinte Forma:

Tabela 14. Prêmio Comercial por Faixa Etária – IPAM-SAÚDE

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

5.1.2. BENEFICIÁRIOS DE ALTO CUSTO

Apesar de se tratar de um plano estruturado em regime de repartição simples, toda avaliação atuarial deve ser realizada observando-se o princípio da sustentabilidade do sistema no longo prazo e para tanto, a Ciência Atuarial tem como um de seus pilares a estatística. Por meio desta se buscará estabelecer um custeio que seja suficiente para fazer frente às despesas de saúde, observada uma margem de segurança.

Não obstante, quando se analisa um curto período de tempo, discrepâncias podem ocorrer de maneira isolada. Trata-se dos beneficiários com alto custo que se descolam de maneira significativa da média esperada, posicionando-se acima de um intervalo de confiança determinado.

Para mitigação dos riscos de insolvência (ruína do Fundo), tais custos devem ser estudados de forma a se estabelecer a formação de uma reserva técnica, atuarialmente calculada, suficiente para arcar com estes dispêndios.

A seguir são apresentados os 20 maiores custos observados no período de análise:

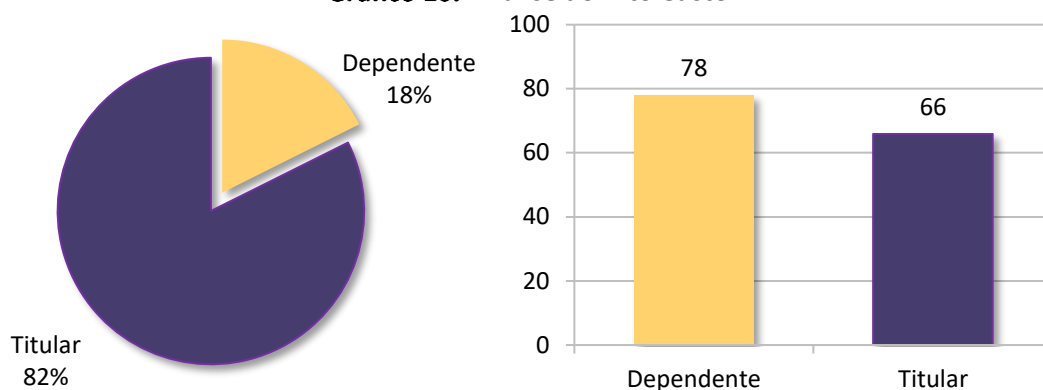
Tabela 15. Beneficiários de Alto Custo - 20 maiores

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

Tabela 16. Alto Custo por titularidade

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

Gráfico 10. Análise do Alto Custo



Os 20 beneficiários com maiores despesas de saúde representam 0,1% da população segurada e a soma do custo destes equivale a **R\$ 39.774.954,74**. **Esse montante representa um percentual de aproximadamente 10% dos gastos totais do período.**

Assim, tem-se que, 0,1% da massa de beneficiários foram responsáveis por 10% de todos os gastos médico-assistenciais auferidos. De maneira comparativa, é como se 1 mês inteiro de despesas fosse gasto apenas com 20 usuários.

Não obstante, ao comparamos os valores gerados individualmente, verifica-se que os custos percebidos pelo IPAM-SAÚDE montam em R\$ 331 mil, ficando acima da média nacional, que corresponde a aproximadamente R\$ 210.000,00 por usuário de alto custo.

Conforme mencionado, para minimizar os efeitos danosos destas oscilações, é recomendada a criação de um fundo monetário atuarialmente calculado e com a finalidade específica de arcar com estes dispêndios ou a contratação de um seguro na modalidade stop-loss.

5.1.3. FAC - FUNDO DE ALTO CUSTO

O Fundo de Alto Custo (FAC) é uma reserva monetária com a finalidade específica de mitigar os impactos financeiros decorrentes de oscilações imprevistas e elevados dispêndios associados a eventos de alto custo dentro do plano de saúde. A criação desse fundo é essencial para assegurar a estabilidade financeira do IPAM-SAÚDE, proporcionando uma margem de segurança contra a volatilidade inerente a tais eventos.

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

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

Onde:

μ = Média dos 20 maiores alto custos do período;

ANP = Agravo com base no total de participantes versus 20 maiores alto custos;

σ = Desvio padrão dos 20 maiores alto custos do período; e

n_anos = Número de anos no período de extração dos alto custos.

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

Tabela 17. Valor do Fundo de Alto custo

Intervalo	Valor do FAC
Mínimo	R\$ 8.847.052,46
Máximo	R\$ 14.005.120,64

Atualmente sabe-se que o processo de reformulação operacional do IPAM-Saúde ainda não gerou de maneira acumulada os montantes financeiros necessários para suportar a operação como um todo, não possuindo ainda recursos para destinar a constituição do FAC.

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

5.2. ANÁLISE FINANCEIRO-ECONÔMICA

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

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

5.2.1. DESPESAS ADMINISTRATIVAS (DADM)

Inicialmente, cabe destacar que as despesas inerentes à prestação do serviço médico-hospitalar são basicamente segregadas entre Despesas de Saúde (custo gerado pela utilização dos

procedimentos cobertos) e Despesas Administrativas (despesas com pessoal, imóveis, tributos, água, luz, telefone etc.). Essas últimas, por sua vez, não demonstram relação direta com a frequência de utilização do produto comercializado e sim com toda a infraestrutura administrativa e comercial por trás das atividades do Fundo.

Tabela 18. Despesas administrativas - DAdm (Últimos 3 anos)

MÊS	RECEITA COM MENSALIDADE	DESPESAS ADMINISTRATIVAS	DADM %
Anos Anteriores	457.812.960,65	55.091.417,24	12,03%
jan-24	9.992.048,05	867.260,38	8,68%
fev-24	8.455.036,84	997.441,42	11,80%
mar-24	8.651.546,30	953.468,50	11,02%
abr-24	9.413.300,97	819.485,57	8,71%
mai-24	9.617.200,82	832.594,77	8,66%
jun-24	9.690.998,27	863.377,20	8,91%
jul-24	10.653.305,19	823.933,54	7,73%
ago-24	8.980.630,02	895.616,43	9,97%
set-24	9.801.003,77	868.093,20	8,86%
out-24	10.023.295,07	820.764,57	8,19%
nov-24	9.535.508,85	814.188,63	8,54%
dez-24	13.420.522,09	1.128.259,01	8,41%
Últimos 12 Meses	118.234.396,24	10.684.483,22	9,04%
Total	576.047.356,89	65.775.900,46	11,42%

De acordo com o histórico financeiro, as despesas administrativas do **IPAM-Saúde** apresentaram, nos últimos 12 meses, participação média de **9,04%** sobre a receita com mensalidades, totalizando aproximadamente **R\$ 10,6 milhões**. **Esse percentual mostra-se inferior ao observado em anos anteriores (12,03%), refletindo maior eficiência administrativa ou diluição dos custos frente ao crescimento da receita.**

A análise mensal de 2024 evidencia certa **oscilação pontual**, com percentuais variando entre **7,73% (julho)** e **11,80% (fevereiro)**. Ainda assim, o padrão predominante se manteve abaixo de 9%, sugerindo uma tendência de estabilização em níveis menores do que a média histórica.

Não obstante, para fins atuariais e seguindo o princípio da **prudência**, adotou-se uma abordagem regressiva, considerando a possibilidade de recomposição de custos futuros ou de eventos não recorrentes. Assim, optou-se por **manter o parâmetro de 13% da receita com mensalidades** como referência para a cobertura das despesas administrativas na avaliação atuarial do IPAM-Saúde. Essa escolha garante margem de segurança adicional no custeio, mesmo diante de cenários de maior pressão de gastos.

5.2.2. SINISTRALIDADE

Identificado o percentual relativo às despesas administrativas (13%) em relação às receitas com mensalidade, pode-se complementarmente apurar qual o montante de despesas de saúde (sinistros) que o IPAM-SAÚDE tem capacidade de suportar.

Por meio de uma relação direta, se da totalidade das receitas se deve provisionar 13% para os custos de Administração, o valor da **Sinistralidade Meta** equivale aos **87%** restantes. Esse seria, em tese, o percentual máximo das receitas que o Fundo consegue destinar para o pagamento das despesas de saúde.

Buscou-se ainda identificar qual o patamar atual desta sinistralidade para fins comparativos com a meta acima descrita.

Tabela 19. Distribuição da Sinistralidade

MÊS	RECEITA COM CONTRIBUIÇÃO	DESPESA DA SAÚDE	COPART.	SINISTRALIDADE
Anos Anteriores	357.135.882,44	331.080.613,09	49.855.021,80	78,74%
jan-23	2.089.048,41	9.329.163,32	458.496,85	424,63%
fev-23	8.050.444,29	7.346.675,01	1.132.050,75	77,20%
mar-23	8.186.044,23	7.511.847,79	1.275.404,69	76,18%
abr-23	8.808.562,44	8.826.763,83	1.273.484,12	85,75%
mai-23	7.077.646,82	8.375.354,33	597.136,87	109,90%
jun-23	11.136.473,51	8.487.732,71	2.033.920,18	57,95%
jul-23	9.988.909,13	8.832.149,10	1.384.721,15	74,56%
ago-23	8.197.873,04	10.391.034,88	1.295.060,69	110,96%
set-23	8.954.188,03	9.754.300,66	1.410.197,20	93,19%
out-23	9.214.903,09	8.998.797,66	1.437.511,52	82,05%
nov-23	8.718.291,30	8.652.246,80	1.323.371,82	84,06%
dez-23	9.999.503,08	5.463.243,85	1.421.477,71	40,42%
jan-24	9.992.048,05	10.533.366,23	1.323.275,88	92,17%
fev-24	8.455.036,84	13.018.345,85	612.670,85	146,73%
mar-24	8.651.546,30	9.795.803,02	1.598.398,49	94,75%
abr-24	9.413.300,97	8.894.935,73	1.461.665,23	78,97%
mai-24	9.617.200,82	8.558.519,53	1.409.576,00	74,33%
jun-24	9.690.998,27	9.097.883,13	1.468.769,04	78,72%
jul-24	10.653.305,19	8.428.626,04	1.506.551,31	64,98%
ago-24	8.980.630,02	10.188.787,97	1.395.009,93	97,92%
set-24	9.801.003,77	10.220.403,69	1.512.699,47	88,85%
out-24	10.023.295,07	9.652.367,23	1.563.617,83	80,70%
nov-24	9.535.508,85	10.626.424,32	1.508.944,99	95,62%
dez-24	13.420.522,09	5.512.304,40	2.570.359,36	21,92%
Últimos 12 meses	118.234.396,24	114.527.767,14	17.931.538,38	81,70%
Total	575.792.166,05	547.577.690,17	82.829.393,73	80,71%

Nos **últimos 12 meses**, as despesas assistenciais totalizaram **R\$ 114,5 milhões**, representando crescimento de **12,32%** em relação ao período anterior. A receita com contribuições, por sua vez, atingiu **R\$ 118,2 milhões**, avanço de **17,7%**, o que possibilitou **alívio parcial da sinistralidade**, que ficou em **81,70%** no período.

Vale destacar que a **coparticipação dos beneficiários** desempenhou papel relevante na mitigação das despesas, representando **R\$ 17,9 milhões** no último ano. Esse montante corresponde a aproximadamente **15,6%** da despesa líquida de saúde, contribuindo para a estabilidade do indicador.

Tabela 20. Sinistralidade anual

MÊS	RECEITA COM CONTRIBUIÇÃO	DESPESA DA SAÚDE	COPART.	SINISTRALIDADE
2019	78.854.057,99	76.679.196,15	11.785.280,49	82,30%
2020	85.193.536,93	71.955.062,57	10.884.440,99	71,68%
2021	91.123.995,74	91.026.316,43	12.789.980,92	85,86%
2022	101.964.291,78	91.420.037,94	14.395.319,40	75,54%
2023	100.421.887,37	101.969.309,94	15.042.833,55	86,56%
2024	118.234.396,24	114.527.767,14	17.931.538,38	81,70%
TOTAL	575.792.166,05	547.577.690,17	82.829.393,73	80,71%

O resultado acumulado dos últimos **cinco anos foi de 80,71%**, o que representa um **nível geral compatível com a meta atuarial do Fundo**, embora em alguns exercícios tenha havido necessidade de maior esforço das reservas para equilíbrio.

Gráfico 11. Fluxo regressivo das receitas e despesas de saúde

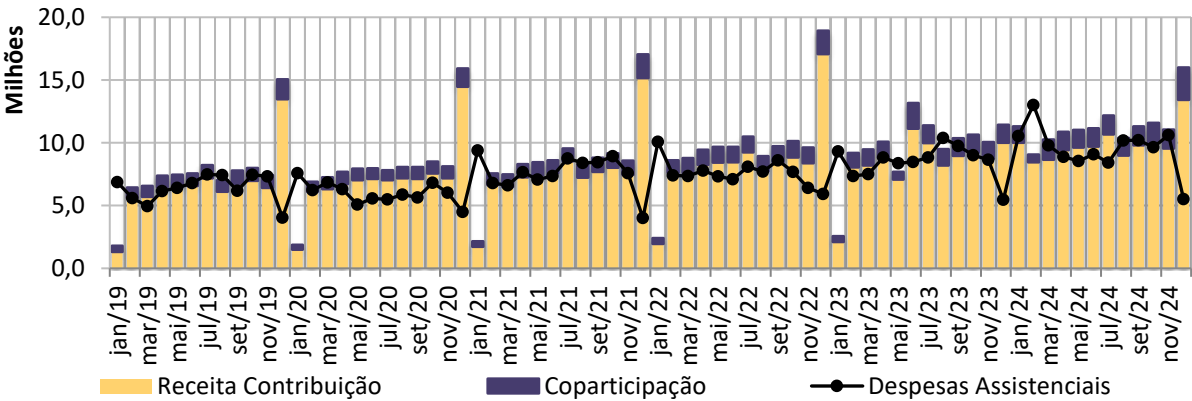
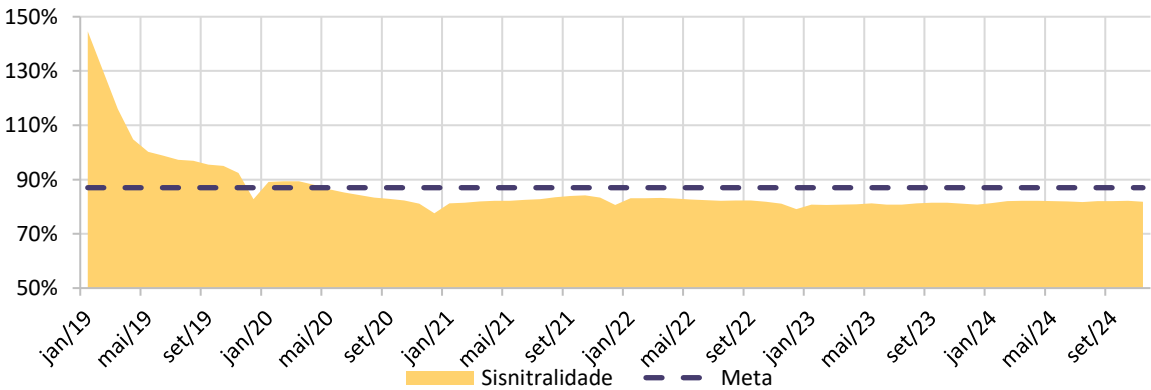


Gráfico 12. Sinistralidade vs. Meta



A partir dos gráficos e tabelas apresentados, observa-se que a sinistralidade do Fundo atingiu um patamar próximo à meta estabelecida nos anos anteriores, com variações entre períodos de maior e menor sinistralidade. De maneira acumulada, a sinistralidade dos últimos **cinco anos se situa em 80,71%, indicando um alinhamento geral com os objetivos do Fundo.**

Contudo, apesar de a sinistralidade acumulada do IPAM situar-se dentro da meta, este indicador demanda monitoramento contínuo, especialmente porque o nível atual está no limite do aceitável. Este fato sugere que, mantendo-se o padrão observado em 2024 para os próximos anos, o IPAM poderá necessitar acessar suas reservas financeiras para sustentar a operação nos próximos anos.

Embora variações anuais na sinistralidade sejam comuns e esperadas, dada a natureza de risco inerente à operação de saúde, a repetição deste padrão por períodos mais extensos indicará a necessidade de realizar ajustes atuariais no custeio do plano. **Assim, apesar de não sugerirmos nenhuma ação imediata, é essencial que a gestão continue a analisar as tendências de sinistralidade e ajustar as estratégias conforme necessário para garantir a sustentabilidade financeira e a eficácia operacional do plano.**

5.2.3. EVOLUÇÃO DO PATRIMÔNIO FINANCEIRO DO FUNDO

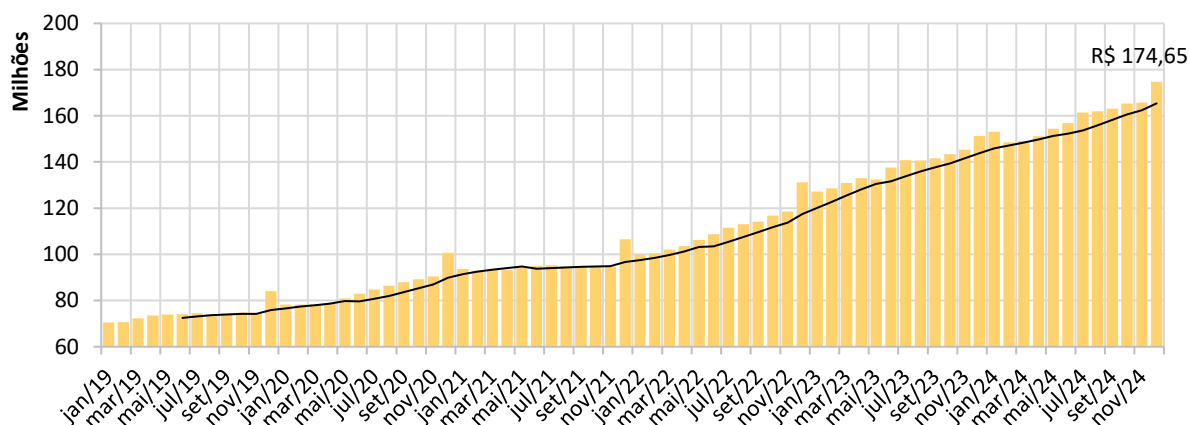
A evolução do **Ativo Líquido do IPAM-Saúde** entre 2019 e 2024 demonstra trajetória de **crescimento contínuo e consistente**, resultado tanto de superávits operacionais quanto do cenário econômico favorável às aplicações financeiras.

Partindo de **R\$ 84,1 milhões em dezembro de 2019**, o patrimônio alcançou **R\$ 174,6 milhões em dezembro de 2024**, representando um crescimento acumulado de aproximadamente **107%** e um **crescimento médio de 15,73%a.a.**, índice bastante expressivo quando comparado a padrões de mercado. Esse desempenho combina dois fatores principais:

1. **Superávits operacionais recorrentes** – apesar de oscilações na sinistralidade, a estrutura de custeio permitiu geração de caixa positiva na maior parte dos exercícios;
2. **Rentabilidade das aplicações financeiras** – em um cenário de taxas de juros elevadas no Brasil, a política de investimentos do IPAM conseguiu capturar ganhos relevantes, potencializados pelo efeito dos juros compostos ao longo do tempo.

Contudo, deve-se ponderar que parte desse resultado deriva de um ambiente conjuntural de juros altos. Em cenários futuros de queda da taxa Selic, a tendência de crescimento patrimonial pode se reduzir, aumentando a dependência do equilíbrio operacional entre custeio e despesas assistenciais.

Gráfico 13. Evolução do Patrimônio do Fundo



Mesmo em anos de maior pressão assistencial (como 2021 e 2023, com sinistralidade mais elevada), o Fundo preservou tendência de crescimento, reforçando a **resiliência financeira** do IPAM.

Na **data focal da avaliação (dezembro/2024)**, o saldo de **R\$ 174,6 milhões** equivale a **mais de um ano de despesas assistenciais**, evidenciando robustez financeira e capacidade de enfrentar oscilações no padrão de utilização da saúde sem comprometer a solvência do plano.

Tabela 21. Evolução do Ativo Financeiro por ano

ANO	ATIVO FINANCEIRO	VARIAÇÃO
2019	84.121.751,65	---
2020	100.719.956,21	19,7%
2021	106.500.985,48	5,7%
2022	131.138.362,81	23,1%
2023	151.224.102,37	15,3%
2024	174.651.819,46	15,5%

Sob a ótica atuarial, o atual nível patrimonial cria condições favoráveis para a **instituição de reservas de finalidade específica**, como um **Fundo de Alto Custo**, citado no item 5.1.2. Essa medida reforçaria a governança do plano e aumentaria a previsibilidade orçamentária frente a eventos de grande impacto financeiro.

Dado a segurança que tal valor acumulado proporciona ao IPAM, entendemos ser um momento mais que oportuno para criação de *reservas financeiras de finalidade específica*, tal como o **Fundo de alto custo**, conforme mencionado no item 5.1.2.

5.2.4. REAJUSTE PELA SINISTRALIDADE

Tabela 22. Análise da Necessidade de Elevação das Receitas

DESCRIÇÃO	2023	2024	Total
% de Desp. Administrativas	13,00%	13,00%	13,00%
Sinistralidade Meta	87,00%	87,00%	87,00%
Sinistralidade Atual	86,56%	81,70%	80,71%
Reajuste Necessário	0,00%	0,00%	0,00%

A **Tabela 21** demonstra que, em **2024**, a sinistralidade do Fundo atingiu **86,56%**, permanecendo muito próxima da meta de **87%**. Já em **2024**, mesmo com o crescimento absoluto das despesas assistenciais, o índice caiu para **81,70%**, resultado favorecido pelo aumento da receita com contribuições acima do crescimento da despesa.

Dessa forma, a análise indica que **não há necessidade de recomposição das receitas via reajuste atuarial**, visto que ambos os exercícios apresentaram resultados **dentro ou abaixo da meta estabelecida**. Assim, a recomendação desta consultoria é de **não realizar ajustes adicionais na estrutura de custeio para 2025**, uma vez que oscilações na sinistralidade são naturais em operações de saúde e podem ser absorvidas pela **robustez do fundo de reservas do IPAM**.

Contudo, é essencial **manter o monitoramento contínuo** dos próximos períodos, pois a persistência de níveis próximos ao limite da meta pode comprometer o equilíbrio técnico do plano. Nesse caso, será necessário reavaliar a política de receitas, assegurando que eventuais reajustes sejam aplicados de forma **estratégica e sustentável**, em benefício da continuidade do equilíbrio financeiro e da proteção dos beneficiários.

6. PROJEÇÕES E SOLVÊNCIA

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

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

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

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

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

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

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

6.1. HIPÓTESES ATUARIAIS ADOTADAS

a) Tábua de Sobrevivência: AT 2000

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

Em virtude da inexistência de histórico de óbitos dos referidos segurados, não foi possível a realização de testes estatísticos de aderência de tais hipóteses. Assim, apesar de grande parte dos municípios do Rio Grande do Sul adotar a tábua do IBGE para avaliação atuarial de seus regimes previdenciários, optou-se por utilizar tábua com longevidade superior. Tal opção se deu pela constatação da região sul possuir a maior expectativa de vida do Brasil.

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

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

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

c) Crescimento Salarial: 2,45%;

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

d) Crescimento do Custo Médico-Assistencial: Estatísticas ANS

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

Tabela 23. Incremento dos Custos com Saúde

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

6.2. CONTEXTUALIZAÇÃO

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

Atualmente, o IPAM possui ativos financeiros robustos, capazes de cobrir as operações por até doze meses sem receitas adicionais. Essa solidez é um indicativo de que as medidas de controle de custos e a gestão eficiente têm dado frutos. Contudo, é fundamental discernir se a melhora observada decorre de variações temporárias ou de mudanças duradouras nas práticas de saúde dos beneficiários e na gestão de riscos.

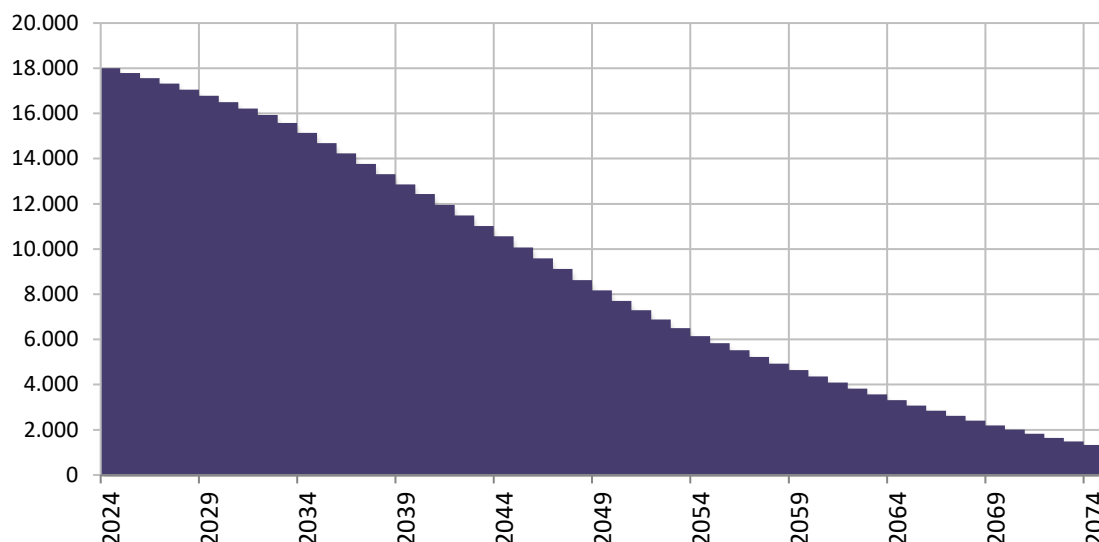
Diante deste contexto, este capítulo visa expandir a análise para uma perspectiva prospectiva, apresentando cenários futuros que explorem tanto a continuidade das tendências atuais quanto os impactos de possíveis ajustes estratégicos. **As projeções aqui delineadas têm como objetivo fornecer aos gestores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

6.3. PROJEÇÃO POPULACIONAL

Conforme demonstrado, atualmente o IPAM-SAÚDE garante cobertura a aproximadamente 21.000 beneficiários expostos com uma idade média de 45 anos. Assim, conforme a Tábua biométrica AT-2000-Básica-M, nessa idade, a expectativa de sobrevida é de aproximadamente 43 anos.

Para analisar a fluxo de despesas e receitas ao longo dos anos, primeiramente foi necessário elaborar uma projeção da atual população de segurados do Fundo, conforme gráfico a seguir:

Gráfico 14. Projeção da atual população de segurados do Fundo



Analisando separadamente cada beneficiário, espera-se que em 2050 da atual população de segurados do IPAM-SAÚDE reste em torno de 8037 pessoas, indicando que, até lá, 59% da atual população deixou de ser beneficiário do fundo.

Elaborada a projeção populacional, foram realizadas as estimativas de receitas e despesas, considerando diferentes cenários, conforme mais bem explicado a seguir.

6.4. CENÁRIO I: PLANO DE CUSTEIO ATUAL

Este cenário tem o intuito de esclarecer sobre a atual condição do plano, bem como, servir de base comparativa para os demais cenários.

Os parâmetros utilizados foram os seguintes:

Tabela 24. Parâmetros do Cenário I

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

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

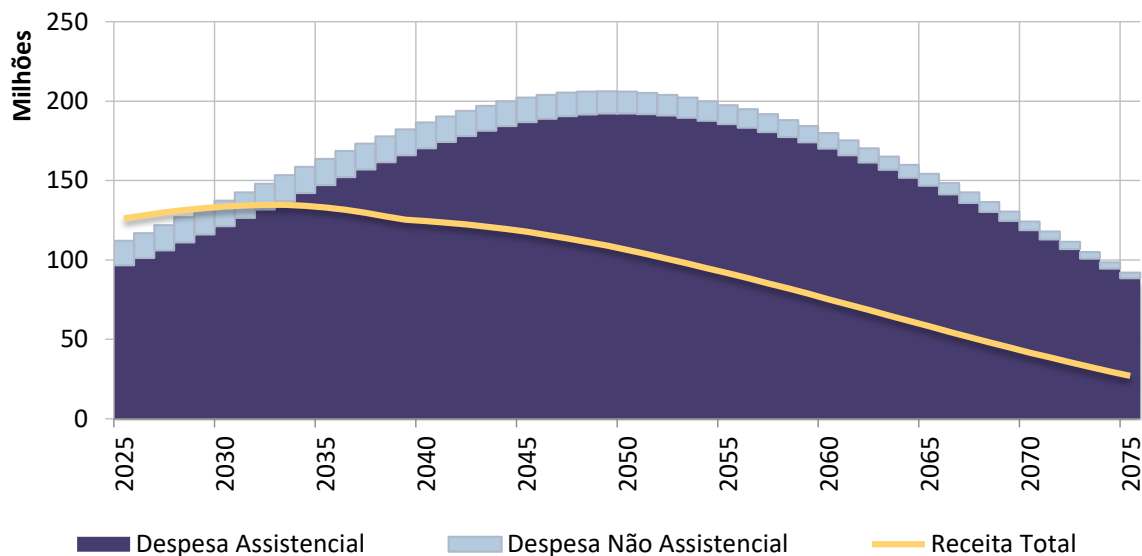


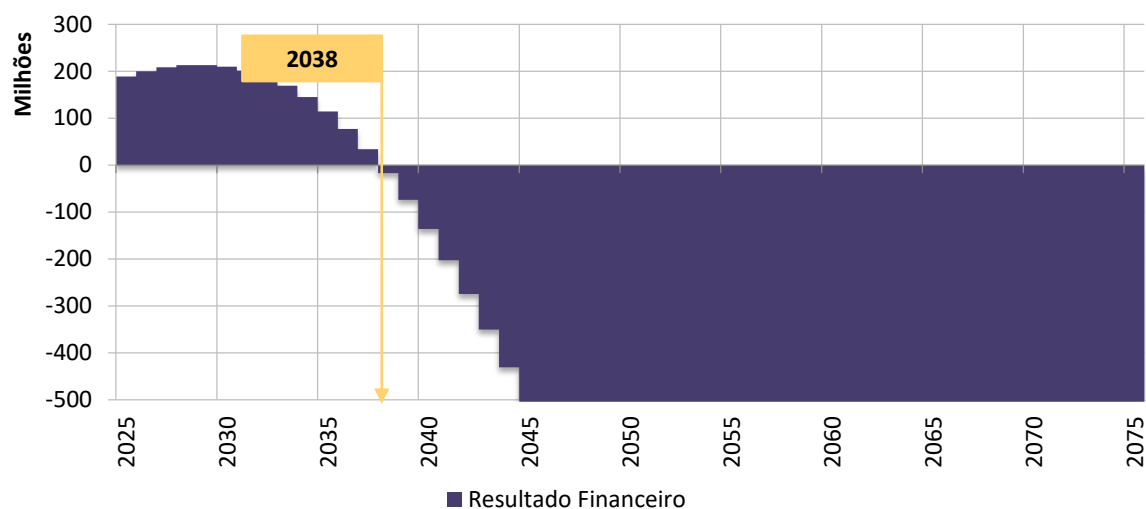
Tabela 25. Estimativa do Fluxo de caixa projetado – cenário I

Ano	Receita Total	Despesa			Resultado de Caixa	Ativos Financeiro
		Assistencial	Não Assistencial	Total		
2025	126,14	96,60	15,38	111,97	14,16	188,82
2026	128,12	101,27	15,55	116,82	11,31	200,12
2027	129,90	106,10	15,72	121,81	8,08	208,20
2028	131,39	111,02	15,86	126,88	4,51	212,71
2029	132,65	116,06	16,00	132,07	0,59	213,30
2030	133,62	121,19	16,12	137,31	-3,69	209,62
2031	134,32	126,40	16,24	142,63	-8,31	201,30
2032	134,70	131,69	16,33	148,02	-13,32	187,98
2033	134,71	137,00	16,41	153,41	-18,71	169,27
2034	134,19	142,19	16,45	158,64	-24,45	144,82
2035	133,16	147,22	16,46	163,68	-30,53	114,30

O Gráfico demonstra que o atual plano de custeio, apesar de superavitário no curto prazo, tende a apresentar resultados negativos daqui a 5 anos, pois como o atual plano de custeio é baseado na folha salarial, o incremento da receita depende do crescimento da folha, que por sua vez é inferior ao crescimento dos custos médicos (inflação médica), assim a despesa tende a crescer mais que a receita, solidificando o padrão crescente da sinistralidade e piorando o resultado do IPAM a cada ano da projeção.

Ainda, em relação a despesa, verifica-se um crescimento acentuado ocasionado pela elevação da idade da população coberta, uma vez que os custos com saúde são diretamente proporcionais à idade do segurado.

Gráfico 16. Fluxo anual Patrimônio do Fundo - Cenário I



Nota-se que, a partir do momento em que as receitas se demonstraram insuficiente para suprir as despesas de cada período não há mais reversão desse quadro, demonstrando ser uma questão estrutural, implicando em um consumo progressivo do patrimônio do fundo até ser totalmente consumido em 2038, levando o plano a um estado que conhecemos na literatura como ruína.

Este cenário demonstra que o IPAM-SAÚDE necessita de uma reestruturação no longo prazo, porém que há bastante folego financeiro para executá-la de maneira gradual, principalmente por conta do ativo financeiro que atualmente o fundo possui, trazendo a guarida necessária para momentos de transição.

Tal reestruturação pode, de maneira geral, se dar de três formas distintas, porém não excludentes, quais sejam: pela alteração do plano de custeio, pela alteração das coberturas ou ainda, pela elevação das coparticipações.

6.5. CENÁRIO II: MENSALIDADE POR FAIXA ETÁRIA

Nesse cenário se avaliou qual o impacto de longo prazo da alteração da forma de contribuição dos beneficiários, passando de percentual da base de contribuição para um valor fixo por faixa etária.

Desta forma, essa sugestão e plano de custeio foi elaborada para que aqueles titulares que possuem contrapartida patronal, contribuam com **70% do valor da tabela** e os demais, incluindo dependentes, **com 100% do valor da tabela**, já a **contribuição patronal permanecerá 7,70% da folha salarial**.

Tabela 26. Parâmetros do Cenário II

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

Tabela 27. Tabela de contribuição por Faixa Etária

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

Essa forma de custeio se mostra como a mais justa existente no mercado, pois cada beneficiário arcará com os custos proporcionais à sua faixa etária e à quantidade de dependentes inscritos.

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

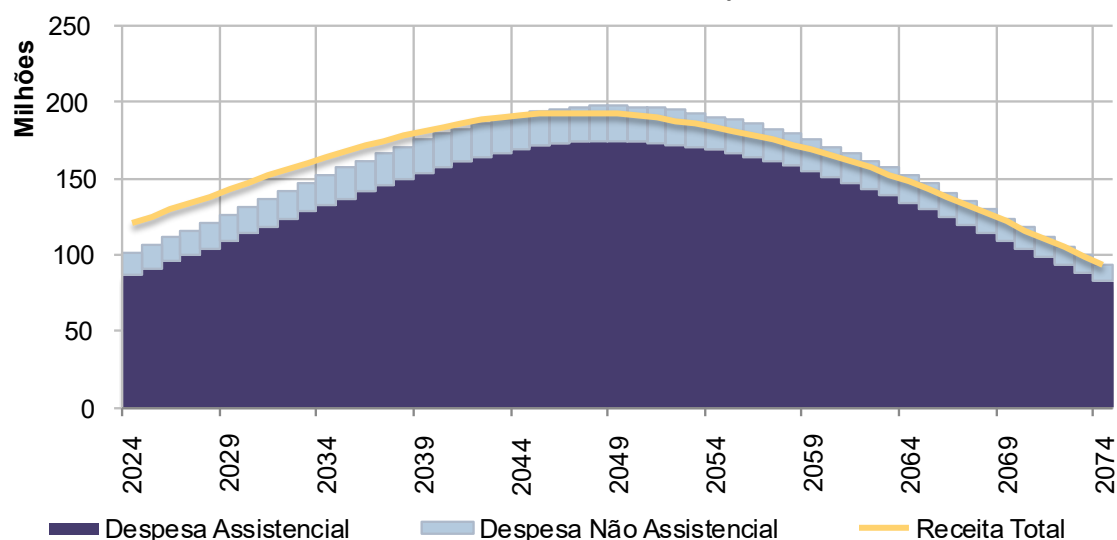


Tabela 28. Estimativa do Fluxo de caixa projetado – cenário II

Ano	Receita Total	Despesa			Resultado de Caixa	Ativos Financeiro
		Assistencial	Não Assistencial	Total		
2025	126,14	96,60	15,38	111,97	14,16	188,82
2026	130,36	101,27	15,84	117,11	13,26	202,07
2027	134,58	106,10	16,31	122,41	12,17	214,24
2028	138,73	111,02	16,78	127,80	10,93	225,17
2029	142,87	116,06	17,26	133,32	9,55	234,71
2030	146,93	121,19	17,73	138,92	8,01	242,73
2031	150,93	126,40	18,20	144,60	6,33	249,06
2032	154,91	131,69	18,68	150,37	4,54	253,60
2033	158,76	137,00	19,16	156,16	2,61	256,21
2034	162,30	142,19	19,60	161,79	0,51	256,72
2035	165,48	147,22	20,01	167,23	-1,75	254,97

O gráfico anterior demonstra que ao combinar a alteração da forma de contribuição para um valor monetário por **Faixa Etária** e uma alíquota de **7,7% da folha para o Ente**, o IPAM-SAÚDE passaria a apresentar receitas maiores que as despesas no curto e no longo prazo, pois a receita passa a se comportar com a mesma dinâmica da despesa.

Ainda, o gráfico demonstra que as receitas acompanham a curva de crescimento das despesas, indicando a sustentabilidade do modelo. Com isso, dado o fluxo de caixa positivo, as reservas financeiras do IPAM-SAÚDE tendem a atingir patamares de consolidação.

Este cenário se mostra muito interessante se analisado pela ótica da seleção adequada dos participantes do plano, pois cria uma relação de causa e efeito entre as receitas e despesas baseadas em dois importantes fatores, **a quantidade de indivíduos expostos ao risco e a sua respectiva idade**.

Isso permite que o plano possa recepcionar em seu quadro de beneficiários qualquer grupo de servidores ou trabalhadores vinculados ao serviço público, pois, com um custeio adequado, quando mais pessoas associadas ao plano melhor a diluição dos riscos que envolvem as operações de saúde.

Permite também, que a cobrança das mensalidades seja realizada por indivíduo e não por família, uma vez que, o fato de o beneficiário possuir mais dependentes interfere diretamente no custo do plano.

Não obstante, ressalta-se a necessidade de combiná-lo com um acompanhamento periódico dos níveis de receitas e despesas, **uma vez que a tabela de preços deve ser reajustada anualmente**, pois possui relação com os custos de saúde e com os níveis de sinistralidade.

7. PARECER CONCLUSIVO

A análise detalhada deste exercício demonstra que a **sinistralidade consolidada do IPAM-Saúde atingiu 80,71%**, patamar **inferior à meta atuarial de 87%** e em linha com os limites de aceitação do plano. O resultado foi favorecido pelo crescimento das receitas de contribuição, impulsionadas pelo reajuste salarial da base de segurados, que superou proporcionalmente o avanço das despesas assistenciais. Esse desempenho contribuiu para aliviar a pressão sobre o fluxo de caixa e sustentar o equilíbrio operacional.

Entretanto, permanece evidente uma **necessidade de ajuste estrutural na lógica de custeio**, uma vez que a arrecadação em percentual do salário, independentemente da idade do indivíduo, além do fato dos dependentes possuírem alíquota reduzida. Essa configuração gera desequilíbrio, pois famílias com maior quantidade de dependentes apresentam custos consideravelmente superiores à receita que aportam.

Ainda que a **relação entre receitas e despesas esteja atualmente equilibrada**, tal equilíbrio depende de forma relevante da **rentabilidade dos investimentos**. Essa fonte, embora tenha sido positiva e relevante nos últimos anos, não deve ser considerada como base estrutural de custeio, pois está sujeita a condições externas e conjunturais da economia. Nesse sentido, o uso recorrente da rentabilidade para cobrir a operação corrente desloca a finalidade principal das reservas, que é prover cobertura em situações excepcionais, como eventos de alto custo ou picos anômalos de utilização.

Combinando a estrutura de custeio atual e a rentabilidade financeira, as projeções indicam que o **IPAM deve se manter em superávit nos próximos quatro exercícios**, mas que, a partir do quinto ano, **caso a base salarial não acompanhe o crescimento das despesas**, o modelo vigente tenderá a se tornar **deficitário**, obrigando o Fundo a recorrer às reservas acumuladas para financiar despesas ordinárias. Essa situação não é sustentável no longo prazo, pois compromete a função prudencial das reservas.

Assim, sob a ótica de médio e longo prazo, torna-se necessário adequar a atual estrutura de arrecadação. O estudo apontou como mais adequada a implementação de um **modelo de contribuição por faixas etárias**, que estabelece uma relação de causa e efeito entre receitas e despesas, corrige distorções de custeio familiar e amplia a justiça contributiva entre os participantes. Essa forma de custeio também traz vantagens adicionais, como a possibilidade de cobrança individualizada, maior equidade na arrecadação e manutenção do equilíbrio técnico ao longo do tempo.

Não obstante, considerando a **robustez financeira atual do IPAM**, há espaço para implementar **planos de transição mais graduais**, como ajustes progressivos nas alíquotas, de modo a evitar impacto abrupto sobre os beneficiários. Ainda assim, os resultados das projeções reforçam que a **migração para um modelo de cobrança baseado em valores monetários por faixas etárias e/ou salariais** é mais vantajosa do que a simples elevação linear das alíquotas.

Diante de todo o exposto, conclui-se que o **IPAM-Saúde encontra-se em superávit financeiro e em equilíbrio operacional**, mas com **tendência de reversão desse quadro no médio prazo** caso não sejam feitas adequações na política de custeio. Recomenda-se, portanto, que a entidade considere as medidas apresentadas neste relatório para assegurar a **sustentabilidade financeira e atuarial no longo prazo**, garantindo a proteção dos beneficiários e a continuidade do equilíbrio do plano.

Florianópolis, 27 de agosto de 2025.



Lucas Azevedo Fonseca
Atuário MIBA nº 2.461

ANEXO I – TABELA DA EVOLUÇÃO DO CUSTO POR ÓRGÃO

ÓRGÃO / ANO	QUANTIDADE DE USUÁRIOS	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS	VALOR DOS PROCEDIMENTOS	VALOR PAGO SEM COPART	CUSTO POR PROCEDIMENTO	Nº PROCEDIMENTOS POR PESSOA	CUSTO POR PESSOA	VAR. CUSTO PROCEDIMENTO	VAR. Nº PROCEDIMENTOS	VAR. CUSTO POR PESSOA
CAMARA	354	23.035	898.265,09	690.509,68	39,00	65,07	2.537,47			
2020	59	4.106	130.701,30	95.075,99	31,83	69,59	2.215,28	11,23%	20,09%	33,58%
2021	59	3.584	122.430,54	92.019,49	34,16	60,75	2.075,09	7,32%	-12,71%	-6,33%
2022	59	3.125	190.868,93	155.978,04	61,08	52,97	3.235,07	78,80%	-12,81%	55,90%
2023	59	4.301	198.492,29	159.928,02	46,15	72,90	3.364,28	-24,44%	37,63%	3,99%
2024	59	4.500	157.929,80	119.801,36	35,10	76,27	2.676,78	-23,95%	4,63%	-20,44%
FAPS	39.192	12.596.073	302.709.579,80	261.124.052,99	24,03	321,39	7.723,76			
2020	6.532	1.747.667	42.902.580,35	37.104.697,99	24,55	267,55	6.568,06	7,53%	-12,15%	-5,53%
2021	6.532	2.074.649	50.743.012,90	44.255.959,86	24,46	317,61	7.768,37	-0,37%	18,71%	18,27%
2022	6.532	1.679.578	47.604.963,53	40.308.609,67	28,34	257,13	7.287,96	15,88%	-19,04%	-6,18%
2023	6.532	2.599.514	59.843.650,55	52.284.561,69	23,02	397,97	9.161,61	-18,78%	54,77%	25,71%
2024	6.532	2.505.315	56.199.132,11	48.367.452,40	22,43	383,54	8.603,66	-2,56%	-3,62%	-6,09%
FAS	3.276	344.124	8.691.194,73	6.782.626,48	25,26	105,04	2.652,99			
2020	546	34.160	1.200.925,31	954.500,02	35,16	62,56	2.199,50	25,47%	-39,11%	-23,60%
2021	546	83.354	1.496.115,69	1.188.466,95	17,95	152,66	2.740,14	-48,94%	144,01%	24,58%
2022	546	75.851	1.327.797,83	985.906,01	17,51	138,92	2.431,86	-2,47%	-9,00%	-11,25%
2023	546	42.588	1.456.261,97	1.090.784,03	34,19	78,00	2.667,15	95,34%	-43,85%	9,67%
2024	546	52.072	1.638.290,59	1.235.547,71	31,46	95,37	3.000,53	-7,99%	22,27%	12,50%
IPAM	588	56.245	1.666.522,09	1.372.333,96	29,63	95,65	2.834,22			
2020	98	13.856	460.904,40	424.041,59	33,26	141,39	4.703,11	-7,56%	10,64%	2,27%
2021	98	7.757	148.235,31	107.286,35	19,11	79,15	1.512,61	-42,55%	-44,02%	-67,84%
2022	98	8.947	212.507,23	157.286,77	23,75	91,30	2.168,44	24,29%	15,34%	43,36%
2023	98	5.901	186.018,71	127.097,40	31,52	60,21	1.898,15	32,72%	-34,04%	-12,46%
2024	98	7.260	208.195,25	147.234,75	28,68	74,08	2.124,44	-9,03%	23,03%	11,92%
PREFEITURA	82.926	8.016.128	213.984.079,75	169.919.137,27	26,69	96,67	2.580,42			
2020	13.821	1.031.822	26.743.199,12	21.184.606,96	25,92	74,66	1.934,97	-1,55%	-1,34%	-2,87%
2021	13.821	1.525.775	35.398.328,25	28.822.991,71	23,20	110,40	2.561,20	-10,49%	47,87%	32,36%
2022	13.821	1.524.563	36.181.977,18	28.502.482,54	23,73	110,31	2.617,90	2,30%	-0,08%	2,21%
2023	13.821	1.361.603	39.981.805,66	31.387.129,38	29,36	98,52	2.892,83	23,73%	-10,69%	10,50%
2024	13.821	1.526.517	48.146.221,97	38.300.036,05	31,54	110,45	3.483,56	7,41%	12,11%	20,42%
SAMAE	5.784	505.566	16.370.147,34	13.200.806,95	32,38	87,41	2.830,25			
2020	964	57.486	1.908.026,83	1.505.533,04	33,19	59,63	1.979,28	10,48%	-22,74%	-14,64%
2021	964	117.286	2.816.725,27	2.322.430,61	24,02	121,67	2.921,91	-27,64%	104,03%	47,63%
2022	964	118.092	3.351.949,41	2.779.397,38	28,38	122,50	3.477,13	18,19%	0,69%	19,00%
2023	964	69.182	3.246.667,17	2.612.902,92	46,93	71,77	3.367,91	65,34%	-41,42%	-3,14%
2024	964	69.117	2.811.547,51	2.184.733,18	40,68	71,70	2.916,54	-13,32%	-0,09%	-13,40%
Total Geral	132.120	21.541.171	544.319.788,80	453.089.467,33	25,27	163,04	4.119,89			