



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

São Bernardo do Campo, 18 de Dezembro de 2020.

Aos Senhores Membros do Conselho Gestor

ASSUNTO: Resumo e notas técnicas em relação ao Atuarial Situacional dos Planos IMASF com base nos dados de 2019 - apresentados aos Senhores Membros do Conselho ADM

Com os nossos cordiais cumprimentos aos membros dos atuais Conselhos Gestores, apresento este material em complemento às informações prestadas por esta Superintendência ao Conselho Administrativo na Reunião Ordinária do dia 16.12.2019 em esclarecimento às informações distorcidas que estão sendo veiculadas. Nunca foi mencionado, nem na apresentação do Atuarial feita dia 03.12 e nem em outro momento, que a Autarquia está encerrando suas atividades. **E como mencionado inclusive pelos senhores, e por mim também reiterado em reunião, quem veiculou tais notícias (ou ainda o faz) age de forma leviana e por interesses próprios, desestabilizando o grupo e preocupando pacientes que estejam em fase importante de tratamento.**

O diagnóstico situacional objeto da contratação atuarial prevista em lei, visa anualmente retratar a realidade da carteira de vidas assistidas nos planos Intermediário, Especial I e II, além de garantir a preservação do equilíbrio financeiro e orçamentário desta Autarquia pelos
RUA DOM LUIZ, 201 – B. NOVA PETRÓPOLIS – S.B.CAMPO – SP – CEP 09770-290 – PABX 3737-7000 CX POSTAL 89



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

índices de reajustes que aponta como necessários. Há anos é sabido e notório que a carteira de vidas está com sinistralidade acima do valor referenciado no mercado de saúde suplementar. Transcrevemos aos senhores para este quesito, conforme leitura da *página 06 do Estudo* no qual fica evidenciado a evolução da inflação médica de mercado de saúde privada, em especial nas autogestões. Veja-se: *“ o custo médio anual per capita saiu de R\$ 2.913,00 em 2012 para R\$ 5.167,00 em 2016 (77,3% de aumento), com destaque na região Sudeste em função do incremento tecnológico ser mais expressivo na realidade da Saúde desta região”. E segue na mesma página: “de 2013 a 2017 o índice do custo hospitalar foi de 89,4%”.*

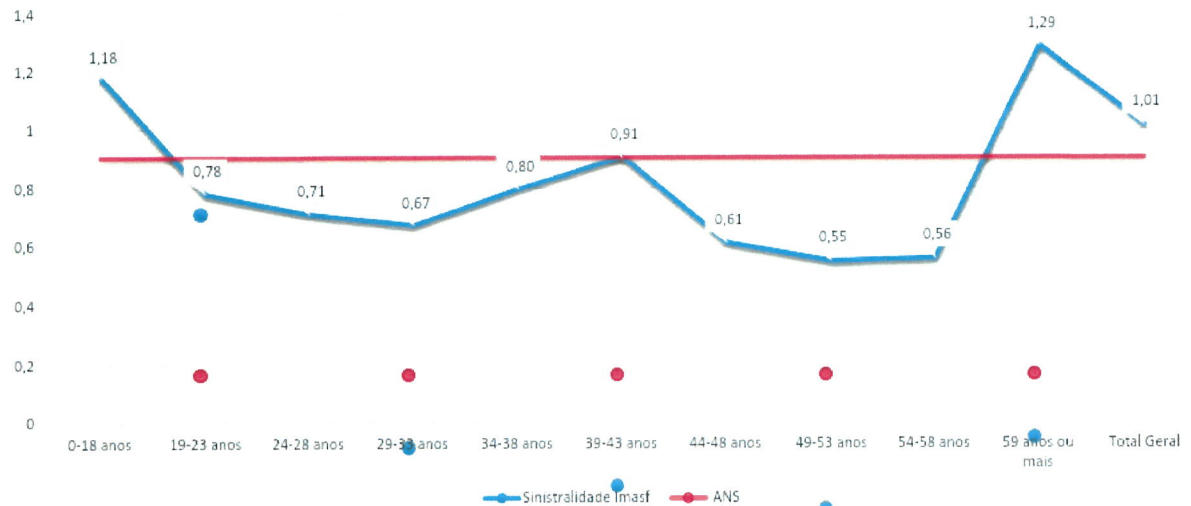
O conceito básico de sinistralidade (usado como indicador de avaliação administrativa em qualquer empresa) pressupõe as despesas de utilização dos beneficiários em relação ao prêmio acumulado pela carteira, ou seja, a composição total das receitas da empresa. Via de regra, uma operadora de plano de saúde considera viável uma carteira quando tem índice de sinistralidade abaixo de até 90% (leia-se 80-90% como indicador limite para passagem à classificação de inviável) - *melhor detalhado nas páginas 17 a 32 do Estudo Atuarial*. Em relação à carteira total do IMASF, temos a faixa etária 0-18 anos com índice de sinistralidade de 118%, seguida da faixa etária dos acima de 59 anos com índice de sinistralidade de 129% (com base na utilização de 2019). Vide print abaixo da *página 32 do Estudo*:



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL



Índice Sinistralidade

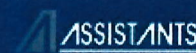


Dos custos que compõem o sinistro, as internações equivalem a 64,42% do todo, apesar dele representar apenas 0,40% da utilização – ou seja, a utilização em quantidade comparativa ao todo tem baixa representatividade, mas, o valor pago aos prestadores é altíssimo frente à receita que a mesma faixa analisada incorpora na empresa. *Vide página 34 do Estudo*



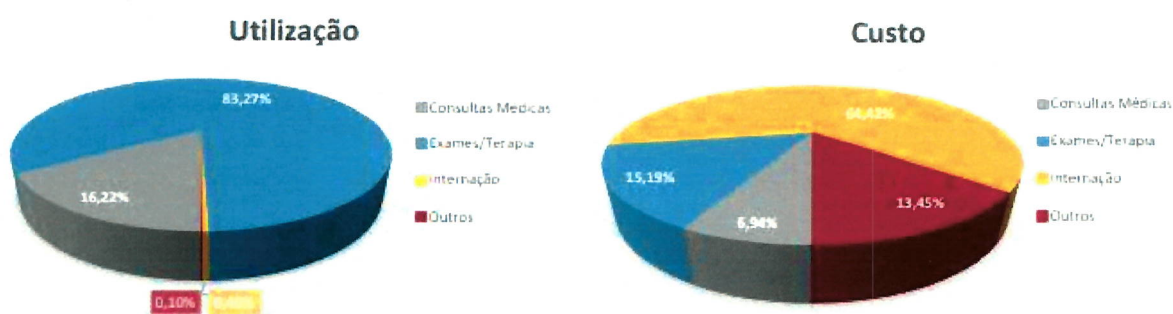
INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

Atuarial:



Procedimentos	Utilização	Utilização Per Capita	Custo Total	Custo médio por Utilização
Consultas Médicas	9.839	0,61	R\$ 630.380,81	R\$ 64,07
Exames	50.514	3,12	R\$ 1.379.486,34	R\$ 27,31
Internação	244	0,02	R\$ 5.850.209,66	R\$ 23.951,73
Outros	63	0,00	R\$ 1.221.375,28	R\$ 19.335,76
Total Geral	60.661	3,13	R\$ 9.081.452,09	R\$ 149,71

*Outros: Remoção com ambulância. Procedimentos sem cobertura do MUI-AMB, entre outros.



Por isso que ao assumir a gestão em abril de 2019 esta Diretoria Executiva de imediato tomou providências na equalização de um novo modelo de pagamento junto aos credenciados nos serviços de assistência médica: publicamos um novo edital de credenciamento no qual mudamos a forma de remuneração – antes o prestador era remunerado numa tabela “aberta” que listava procedimentos x coeficiente para base de cálculo chamado no mercado de “fee for service” (no caso era usada como referência a Tabela AMB – para quem quiser pesquisar mais sobre o assunto). Alteramos para a remuneração praticada cada dia mais no mercado que é o “pacote” – ou seja, após uma análise detalhada pela Auditoria Médica, identificamos quais são os procedimentos mais usados pelos nossos pacientes e qual o custo médio das diárias, cirurgias, etc. Comparamos com alguns editais públicos do mercado de autogestões



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

e propusemos a nossa referência aos prestadores já existentes. Isso resultou numa redução de gastos de 2018 para 2019.

Outra ação feita neste tocante em 2019, *foi a judicialização do contrato junto à Rede D'OR*, pois esta bandeira, em especial, representa 30% do custo total das despesas hospitalares do todo – fato este que tem motivado estresse comercial entre as partes e negociação agressiva quanto à sua continuidade, culminando no pedido de Resilição por parte do prestador - em especial por eles não aceitarem as glosas técnicas e administrativas da Autarquia que se posiciona indignada com o valor em especial de materiais cirúrgicos (OPME) e medicamentos cobrados dos pacientes. Fato é que o atendimento nesta rede é pautado por decisão judicial proferida a favor do IMASF, por meio da atuação conjunta da Procuradoria Geral do Município.

O Conselho Gestor desta Autarquia foi devidamente cientificado de tais fatos em seus detalhes em reuniões anteriores, lembrando que essa questão consta também dos Relatórios de Gestão Mensal, os quais também estão disponíveis, inclusive, aos beneficiários no Portal da Transparência do site da Autarquia.

(<https://www.saobernardo.sp.gov.br/web/imasf/transparencia-imasf>)



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

No item 6.4 do Atuarial, *página 35*:



6.4. Comparativos

Tipos	Imasf	Metrus	Geap	Prevent Senior
Beneficiários do plano de assistência médica	16.211	23.728	381.357	468.019
Despesa Assistencial	108.977.425,12	160.911.776,00	2.819.419.268,00	1.805.648.192,00
Receita	107.843.166,81	195.041.864,00	3.157.037.335,00	2.537.086.683,00
Percentual de idosos	33%	23,8%	51,2%	78,5%
Sinistralidade	101%	82,5%	83,0%	71,2%
Idade Média	46	45	54	68
Índice de envelhecimento	261,3%	255,1%	617,6%	13276,1%

Fonte Metrus, Geap e Prevent Sênior: Sala Situação, do site da ANS no ano de 2019.

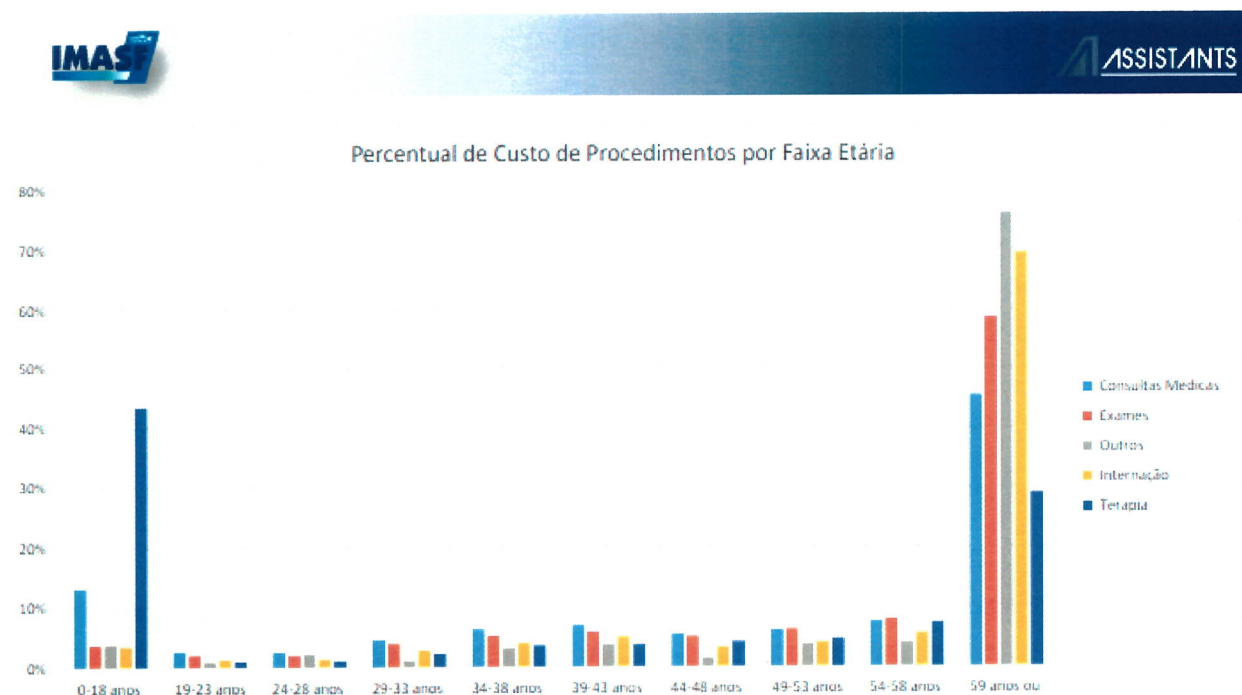
Fonte Imasf: Base de dados fornecida, com data base de 2019.

Pedimos atenção à tabela em que consta a **carteira do IMASF comparada a de outras Autogestões**, a fim de evidenciar-se o **peso do fator deficitário no incremento da Receita pela falta de entrada de novas vidas ao plano pela limitação natural do mesmo o qual permite inclusões apenas à concursados como titulares**. E a **não aplicação dos reajustes apontados pelos atuariais elaborados anualmente, em função do seu alto valor em relação ao salário do colaborador (Atuariais de anos anteriores apontavam já a necessidade de reajuste em torno de 55%)**.



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

Em relação ao peso do fator “número de utilização” em detalhamento por faixa etária, chamamos atenção para apreciação do gráfico da página 46:



(Percentual de Custo de Procedimentos por Faixa Etária), onde em 2019 são muito expressivos os fatos abaixo:

1. O custo com terapias na faixa 0-18 anos: temos sofrido judicialização para cobertura total de terapias relacionadas ao método ABA, em que somos obrigados a fornecer integralmente sessões de psicoterapias, fonoterapias, psicopedagogia, terapia ocupacional, educação física adaptada, psicomotricidade, neuropsicologia, hidroterapia, musicoterapia, equoterapia, medicamentos, além de outras para crianças e adolescentes portadores de TEA(Transtorno do Espectro Autista). Em 2020 temos 12 (doze) processos em cumprimento, com custo médio mensal de R\$ 100.000,00 (cem mil reais). Para a questão da judicialização, a situação de mercado *pode ser melhor estudada na página 07:*



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO AUTARQUIA MUNICIPAL



mercado de saúde suplementar como um todo compreende mais de R\$ 130 bilhões por ano, valor esse superior ao sistema público (SUS), segundo a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde.

Além do aumento dos custos, a carteira está bastante envelhecida. A Pesquisa UNIDAS 2018 aponta que o índice de envelhecimento (proporção idosos X jovens até 14 anos) é de 191,9%, resultado bem superior aos demais segmentos do mercado, vez que as autogestões concentram historicamente o maior número de idosos e, como essa carteira não se renova, esse índice tem aumentado ano a ano.

Atualmente 25,9% dos beneficiários tem 60 anos de idade ou mais, enquanto o mercado de saúde com fins lucrativos apresenta cerca de 12%. Portanto, as autogestões já trabalham com um perfil etário e epidemiológico com o qual o Brasil só deverá conviver efetivamente em 2030. São hoje 1.027.233 idosos (eram 850 mil no último levantamento de 2016), sendo 1.588 centenários. Embora o percentual tenha reduzido um pouco em relação à última pesquisa (2016 = 28,2%), o número de centenários cresceu 10% (1.429, 83% mulheres).

A taxa de internação da última faixa da ANS (Agência Nacional de Saúde), considerada de 59 anos ou mais, é atualmente de 19,9%. Isso representa mais que o dobro da taxa em beneficiários com até 18 anos (8,6%). Também o um índice muito superior ao das outras faixas de beneficiários que seguem uma variação média de 1% a cada mudança de perfil etário.

A Pesquisa UNIDAS é feita anualmente desde o ano 2000 e visa conhecer o perfil das instituições de autogestão em saúde. A publicação se consagrou como um importante referencial para identificar tendências e orientar a tomada de decisões das autogestões, sendo utilizada por diversas entidades do segmento privado da saúde, inclusive pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A pesquisa traz dados desde inflação médica até ranking das causas mais comuns em internações. Este ano contou com 44 filiações participantes, contabilizando quase 4 milhões de beneficiários. Os dados foram coletados em 2016 e primeiro semestre de 2017.

4. Judicialização

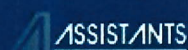
É um direito fundamental de todo brasileiro o acesso à Justiça. No âmbito da saúde essa questão é delicada, pois tem muitos abusos, de casos que a pessoa não tem o direito, mas o consegue por meio da Justiça.

Não é possível oferecer tudo, o tempo todo, para todo mundo. Se um indivíduo entra na justiça para pleitear algo que não está no seu contrato, seja algo não coberto pelo Rol de Procedimentos da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ou, por exemplo, a realização de cirurgia bariátrica com urgência por risco de vida – o que já alertamos que não existe –, está forçando o plano de saúde a arcar com uma conta que não deveria.

O gasto adicional, certamente, entraria na conta da Operadora de Plano de Saúde (OPS) para o reajuste da contraprestação do ano seguinte. Movimento que gera um círculo vicioso. Descontentes com o reajuste, mais pessoas vão acessar a Justiça para contestar o que consideram um abuso; outros beneficiários irão deixar o plano por não poder arcar com o aumento de custos, e o sistema se torna mais caro para todo mundo. O



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO AUTARQUIA MUNICIPAL



que não é bom para ninguém. Nem mesmo para o SUS. Afinal, sem o plano, a população volta a "engrossar" as já superlotadas filas da saúde pública – que também tem recursos finitos.

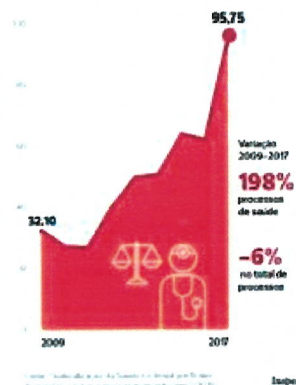
Nos últimos anos ocorreu um grande aumento nos processos de saúde em primeira instância. De 2009 a 2017 a quantidade de casos cresceu 198%, enquanto o total de processos entrando na Justiça nacional diminuiu 6%. Em 2017, 95,7 mil demandas acerca de saúde começaram a tramitar no Judiciário brasileiro. Na esfera privada, a judicialização afeta direta ou indiretamente as relações contratuais entre cerca de 50 milhões de beneficiários de planos de saúde, operadoras e prestadores de serviços de assistência à saúde. O recorte do levantamento, considerando as expressões regulares no conteúdo das decisões de antecipação de tutela, permite identificar que temas como fornecimento de medicamentos são mais frequentes no sistema público. Na saúde suplementar, a incidência maior envolve questões como dietas, insumos ou materiais, leitos e procedimentos.

Porém, o caso de maior relevo é o que envolve orteses e próteses, citados em mais de 108 mil decisões de tutela antecipada em uma amostra de 188 mil. O tema é mais frequente em decisões liminares do que em decisões finais, como se observa na comparação desses dados com as análises precedentes. Segundo a pesquisa, o valor unitário de orteses e próteses e o caráter de urgência muitas vezes associado à sua utilização é uma provável explicação para a elevada participação nas decisões de tutela antecipada. Em grande medida, a origem dessa crescente demanda judicial na saúde está na falta de informação, tanto por parte do usuário do plano de saúde quanto ao que se refere aos magistrados que julgam os casos. Na mesa das divergências, não é raro situações em que os juízes desconhecem a dinâmica da Saúde Suplementar. Eis o xis da questão: afinal não se pode desprezar as regras estabelecidas pelo órgão regulador, a ANS, nem tão pouco pode-se ignorar as cláusulas dos contratos assinados entre as partes.

O desconhecimento da Justiça sobre a dinâmica da Saúde Suplementar, inclusive, gera insegurança jurídica para as operadoras. Por isso, a FenaSaúde defende a expansão dos Núcleos de Apoio Técnico ao Judiciário (NAT-Jus) – que visam dar respaldo aos magistrados para melhor embasar a tomada de decisão – e outras iniciativas que tragam conhecimento baseado em evidências científicas, como os enunciados/recomendações e pareceres. Segundo o Conselho Nacional de Justiça (CNJ), essa série de instrumentos permite auxiliar os magistrados para que sejam mais rígidos com os critérios probatórios para comprovar a necessidade do fornecimento de remédios, tratamentos, procedimentos, orteses e próteses.

Um estudo do Insuper mostra que apenas 20% das decisões sobre saúde citam os protocolos de apoio do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Ou seja, apesar do aumento de mecanismos técnicos à disposição sobre o setor de saúde, os juízes e desembargadores brasileiros continuam a decidir questões sobre saúde com pouco embasamento técnico.

Processos de saúde em primeira instância
(Em milhares)



e na página 47 o estudo detalhado sobre TEA (Transtorno do Espectro Autista) no IMASF para entendimento da base atual:



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL



6.5. Judicialização TEA (Transtorno do Espectro Autista)

Estima-se que, apenas no Brasil, tenhamos 300 mil crianças que apresentem sinais do espectro autista. A maior dificuldade delas e de todas as pessoas envolvidas é conseguir tratamento multidisciplinar.

São várias as terapias: Terapia Ocupacional, Integração Sensorial, Fonoterapia, Psicoterapia, natação funcional, etc. Os custos podem ser bastante elevados. No IMASF, chegando em média R\$5.902,65 por mês por capita. Tendo hoje 9 processos judiciais para reembolso, presentes na faixa etária de 0-18 anos. Resultando em um total de despesas no ano de 2016 de R\$554.221,94.

Apesar desses 9 beneficiários representarem apenas 0,4% da população dessa faixa etária, sua despesa representa um percentual de 12%, com sua maior concentração em terapia.

Terapia na Faixa Etária 0-18 anos			
Planos	Utilização Total	Custo médio Mensal	Custo médio Mensal Por Procedimento
Plano Especial I	226	30.611,44	135,35
Plano Especial II	8	263,50	34,75
Plano Intermediário	181	14.488,94	80,16
Total	415	45.341,92	109,39

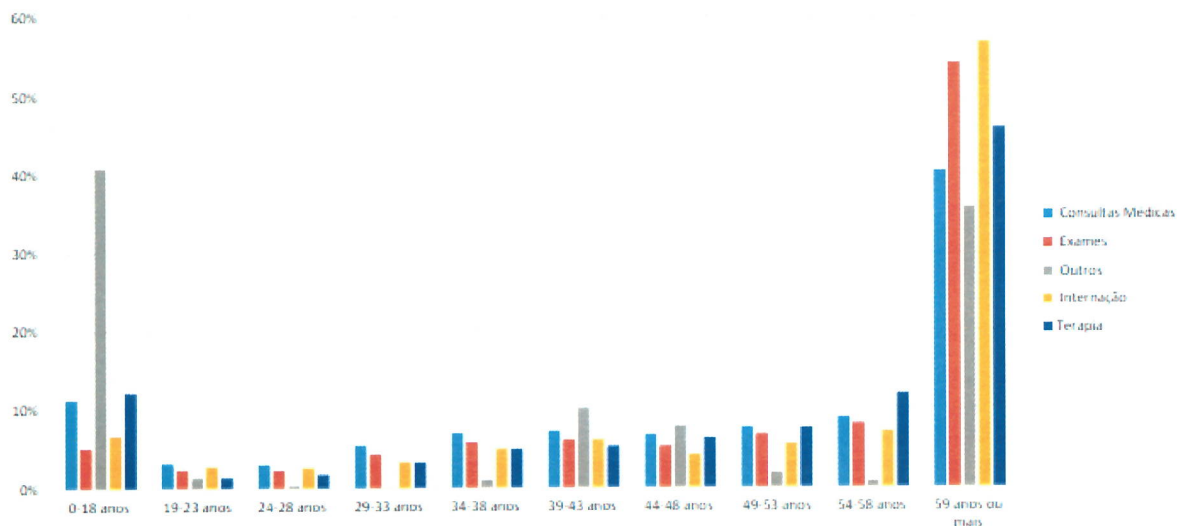
2. A faixa dos 59 anos em diante (em qualquer um dos planos) é disparado o *maior impacto de custo* em relação à utilização das demais faixas etárias, inclusive por também termos aproximadamente 10 (dez) casos judicializados para fornecimento de medicamentos oncológicos, **não previsto como cobertura mínima obrigatória pela ANS (vide página 45 do Estudo)**:



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL



Percentual de Utilização de Procedimentos por Faixa Etária





INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

Na análise da conclusão do estudo (vide página 49):



7. Observações Assistants

7.1. Conclusões

O custo mais alto acontece na última faixa, que é a única que apresenta um custo per capita mensal maior que 1000 reais, um outro ponto de atenção é a faixa etária de 39-43 anos que é a segunda maior custo per capita mensal e destoa das faixas etárias próximas.

O índice de sinistralidade geral (1,01) além de ficar acima da média de autogestões da ANS (0,90) está acima do 1,0 o que mostra que o plano está deficitário. As faixas de 0-18 anos e 59 anos ou mais são as que ultrapassam o 1,0 no índice de sinistralidade demonstrando que são as faixas que estão com deficit. As faixas de 44-48 anos, 49-53 anos e 54-58 anos são as que possuem um índice mais baixo.

O deficit encontrado possui vários fatores como a inflação médica, o aumento nos custos medicos, envelhecimento da carteira, judicialização, entre outros.

Ações já estão sendo tomadas para que os planos deixem de ser deficitários e passem a ser superavitários. A exemplo o Edital de Credenciamento para Serviços Hospitalares realizado pelo IMASF e que contempla preços fixados/pacotes em diversos itens tais como Diárias e Procedimentos Cirurgicos.

Outra atitude foi a adoção da coparticipação, que garante que uma parte dos procedimentos medicos sejam pago pelo beneficiário, assim há uma divisão do custo, também serve para a conscientização dos beneficiários para a utilização modelada dos procedimentos medicos. Apesar disso não teve o efeito esperado, pois a utilização continua alta, um dos fatores que contribuiu para o fracasso da ação é o fato de o pagamento ser feito direto da folha de pagamento do beneficiário, em função de terem um teto de desconto mensal. (Obs.: O valor que não foi possível descontar em um mês ficando pendente para o próximo e assim sucessivamente).

7.1.1. Especial I

O plano tem uma alta utilização de consultas sendo acima da média das autogestões, chegando a ficar 167% maior na faixa de 39-43 anos. Na utilização anual per capita de exames é visto uma oscilação entre as faixas ficando abaixo e acima das médias das autogestões, com o seu ponto mais alto na última faixa ficando 77% acima das médias das autogestões. Com relação a utilização anual per capita de internação três faixas se destacaram com relação a da média das autogestões, que são de 19-23 anos, 39-43 anos e 59 anos e mais. Ressalto que a faixa de 39-43 anos ficou com uma alta utilização em todos os procedimentos.

O custo por consulta é menor que a média das autogestões, sendo no plano o custo por consulta de 65,56 reais e a média das autogestões é 77,15 reais. No custo médio de consulta esse plano também é menor que a média das

Destacamos para nortear a discussão dos senhores conselheiros em relação ao reajuste indicado pelo Atuarial, o resumo abaixo:

- Sinistralidade do IMASF é em **média 20% maior que o indicado pela ANS** - isto significa que uma empresa privada com este sinistro não consegue sobreviver sem por exemplo solicitar empréstimo bancário. **No caso desta Autarquia, a viabilidade dela está garantida atualmente pelo aporte feito pela Administração Direta desde 2018, incluindo a indenização feita ao IMASF quando este não concluiu a obra do prédio destinado ao então Complexo Ambulatorial (o recurso oriundo da Administração Direta possibilitou, à época**



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

(ano de 2019), o pagamento das dívidas que vários prestadores reclamavam) e ao aumento autorizado da contribuição patronal de 4,3% para 6% a partir de 2019 (ano em que não foi aplicado reajuste para nenhuma categoria de plano);

- A utilização maior está identificada nos usuários do plano Especial I, e o maior custo agregado também;
- O plano intermediário aponta uma utilização com peso maior com Exames, e a tendência de aumento nos custos com internações é observada mais nas faixas etárias entre 19-23 anos, 24-28 anos e 59 anos ou mais.



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

“Tudo isso mostra que as utilizações no IMASF contêm uma demanda maior que as outras autogestões, mostrando que há um alto uso da parte dos beneficiários, conforme apontado na página 50 do Estudo:



autogestões, enquanto nesse plano a média de custo por consulta é 27,29 reais a média das autogestões é 41,16 reais. Mostrando que o plano tem um custo baixo comparado com as outras autogestões.

7.1.2. Especial II

A utilização de consultas do plano é alta em comparação com a média de utilização de consultas per capita anual das autogestões, com destaque para a faixa de 29-33 anos que a média é 100% mais alta do que a média das autogestões. Na utilização per capita anual de exames também mostra que o plano tem uma grande utilização se compararmos com a média das autogestões, as faixas que mais se distanciaram da média das autogestões foram de 29-33 anos que ficou 43% maior, 34-38 que ficou 42% maior e a de 59 e mais anos que ficou 28% maior.

Na utilização de internação o plano uma grande variação com relação a média das autogestões, com destaque para as faixas de 34-38 anos, 39-43 anos e 59 ou mais anos.

O custo por consulta é maior que a média das autogestões, sendo que no plano em média uma consulta custa 102,44 reais a média das autogestões é de 77,15 reais, sendo a consulta do plano 25,29 reais mais cara. O custo médio por exame também fica acima das autogestões, o plano tem um custo médio de 64,09 reais enquanto a média das outras autogestões são de 41,16 reais, assim o custo do plano é 22,93 reais mais caro. Esse custo elevado pode ser relacionado ao fato desse plano ser um plano com rede de 1ª linha e abrangência nacional.

7.1.3. Intermediário

Assim como em todos outros planos, o plano Intermediário demonstrou que a utilização anual per capita de consulta está acima da média das autogestões, chegando a ter uma média 56% maior que a média das autogestões na faixa de 0-18 anos. Com relação aos exames o estado crítico é a última faixa aonde está 32% maior que o padrão de autogestões. As internações as faixas que se destacam são as de 19-23 anos, 24-28 anos e 59 ou mais. Tudo isso mostra que as utilizações no IMASF contêm uma demanda maior que as outras autogestões, mostrando que há um alto uso da parte dos beneficiários.

O custo por consulta é menor que os praticados pelas autogestões, enquanto o plano tem um custo médio por consulta de 48,24 reais a média das autogestões é 77,15 reais. Isso se repete no custo médio por exame que pelo plano é pago 24,41 reais e a média das autogestões é 41,16 reais.

Diante destes cenários, e entendendo que a recomendação final em relação ao reajuste recomendado é o exposto na página 56 do Estudo:

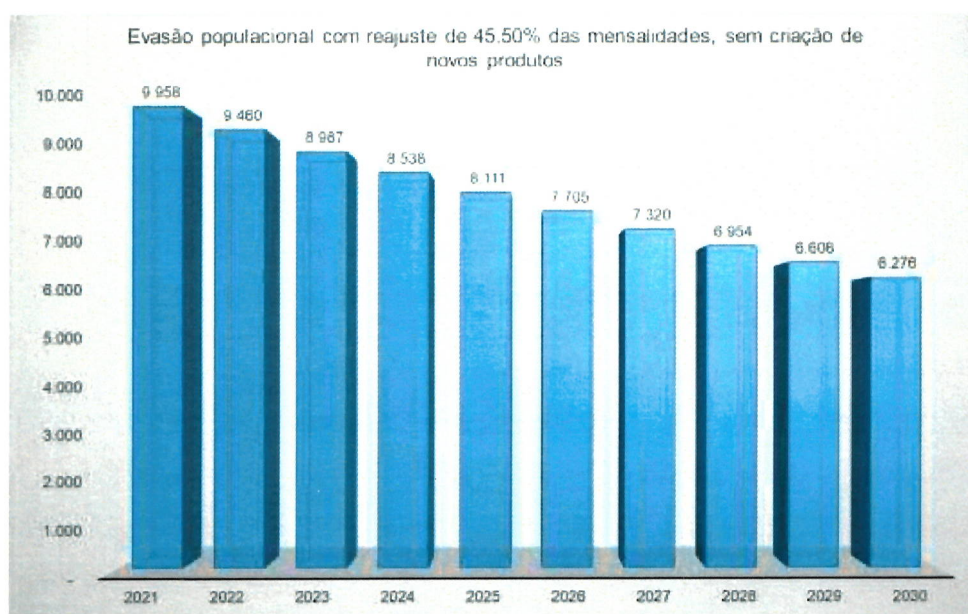


INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL



8.3. Projeção da evasão populacional com reajuste paulatino de mensalidades, sem lançamento de novos produtos

Caso o Instituto opte pelo reajuste paulatino das mensalidades, sem a criação de novos produtos, estimamos que haverá uma evasão de 35% da massa populacional a partir dos 54 anos de idade no primeiro ano, seguido de 5%aa para os próximos 10 anos, conforme demonstrado no gráfico a seguir.



Como critérios para análise e decisões futuras da Gestão da Autarquia temos os seguintes cenários pautados no Estudo da base de 2019 (** Ressaltamos que o reajuste para compensar o déficit do ano de 2020 será apurado em 2021, mas não está diferente da conclusão abaixo pois a Administração Direta aportou conforme aprovado nas Audiências Públicas para a LOA, o montante de R\$ 26.000.000,00, fora a patronal de 6% - isso significa que está previsto já pelas análises gerenciais que o reajuste chegará a ser de 45% na receita em virtude da evasão de vidas que não irão suportar pelo pagamento):



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

A conclusão exposta pela Diretoria Executiva para avaliação conjunta com os senhores, é a de que **caso não seja revisto o modelo de gestão usado até hoje** e frente a incapacidade financeira de arcar com investimentos - seja na verticalização dos serviços e na melhoria da infraestrutura administrativa - é conclusivo no estudo diagnóstico que o número de beneficiários irá reduzir a cada ano por não suportar mais reajustes e em até 10 anos será inviável a existência do plano.

Abaixo transcrevemos um trecho do texto publicado no site UNIDAS ocorrido no 23º Congresso Internacional Unidas – Novas Perspectivas da Saúde, ocorrido de 11 a 13 de Novembro de 2020, em SP. Ele resume o olhar que esta Diretoria Executiva entende tecnicamente e sugere aos senhores conselheiros como norte nas decisões futuras, visto que a medicina privada está sendo adquirida pelas grandes empresas, cada vez mais monopolizando o mercado e regrido seus valores.

"De acordo com Vecina, é preciso um olhar atento para a assistência médica que está sendo feita no setor privado. Nós temos um modelo de acesso livre que está se tornando impagável. Consumir serviços de saúde não significa ter saúde. A integralidade é o grande problema do setor privado, que focou assistência médica diagnóstica e curativa e não se preocupou com o antes da doença. A saída para isso é a adoção de um Sistema de Atenção Primária".

"Precisamos de uma porta de entrada que seja resolutiva, de boas práticas médicas que sejam baseadas em evidências, uma equipe que esteja focada no padrão de adoecimento dessa população, não só no médico, mas na enfermeira, na psicóloga, no nutricionista", finalizou o palestrante, afirmando que uma boa integração é o melhor caminho."

Sendo estas as considerações compartilhadas com o Conselho Gestor até o momento, e no intuito da manutenção da Transparência, seguiremos nas análises mais aprofundadas dos



INSTITUTO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO FUNCIONALISMO
AUTARQUIA MUNICIPAL

cenários para evoluirmos juntos numa proposta que traga garantia da existência por mais anos do plano de assistência médica, porém com opções de novos produtos que atendam às expectativas e necessidades dos usuários com índices de reajustes menores.

Gabinete da Superintendência e Diretoria Executiva