

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

2012

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA AO PESSOAL

TRIBUNAL REGIONAL DO TRABALHO DA 10ª REGIÃO

RELATÓRIO DE PRESTAÇÃO DE CONTAS

2012

COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA AO PESSOAL

O presente documento apresenta dados da distribuição demográfica dos beneficiários e evolução das receitas e despesas Programa de Assistência à Saúde.

I - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE - TRT SAÚDE 10

Esforços contínuos têm sido envidados para o aperfeiçoamento da assistência à Saúde oferecida pelo Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região aos magistrados e servidores.

Quando sabemos que inúmeros planos de saúde, por diversos motivos, atravessam dificuldades econômico-financeiras, o resultado de 2012 precisa ser analisado com cautela. Levando em consideração apenas os recursos próprios do Programa, ele se mostrou superavitário, porém os valores que representam a despesa majoraram em mais de 53,3% em relação ao exercício anterior. Por isso é necessário manter um elevado nível de acompanhamento das regras que disciplinam o Programa de Assistência à Saúde e dos recursos financeiros para o bem daquilo que é mais importante para cada um de nós: a saúde, nossa e dos nossos familiares. E esse é o trabalho diário realizado pela gestão da assistência à saúde.

É importante ressaltar a excelente parceria com o Núcleo de Saúde deste Décimo Regional Trabalhista, que propiciou mais integração na busca de soluções e rigor nas autorizações solicitadas.

Comemoramos, ainda, a postura da Administração desta Casa que envidou esforços permanentes para a obtenção de recursos financeiros. Isso permitiu que, desde 1º de janeiro de 2005, não houvesse aumento nos valores da tabela de mensalidade do Programa de Assistência à Saúde.

Outro ponto a destacar foi a criação do Termo de Compromisso com outros órgãos que também possuem um plano de saúde na modalidade de autogestão, como o STJ, TST, TRE-DF, STM, TRF 1ª Região, Senado Federal e Ministério Público. Com reuniões periódicas, fortalecemos o grupo para obtermos negociações mais vantajosas para o Programa de Assistência à Saúde.

Finalmente, celebramos as medidas constantes que estão sendo tomadas para fazer do TRT SAÚDE 10 um melhor plano de saúde para os seus beneficiários. As iniciativas ocorrem na forma que se administra o Programa, na gestão das reservas financeiras e no esforço para aperfeiçoar as regras que disciplinam o plano de saúde. Foram incorporados novos mecanismos de controles internos, de qualificação e de capacitação específica para os servidores que trabalham na área, de revisão permanente dos processos operacionais, de critérios de controle de receitas e despesas e de controle contábil. São melhorias que se projetam para o futuro.

Dedicamos esforços para melhorar a gestão e conferimos maior qualidade e segurança aos processos de trabalho internos. Questões de interesse dos beneficiários, como a amplitude e qualidade da rede médico-hospitalar credenciada, receberam e continuarão recebendo a nossa máxima atenção.

Por isso, não queremos, nesta mensagem inicial, falar de todos os fatos acontecidos de 2012. As próximas páginas deste Relatório reportam de forma detalhada os dados

da distribuição demográfica dos beneficiários e evolução das receitas e despesas do Programa de Assistência à Saúde.

Temos, ainda, que relatar fatos que nos geram preocupações constantes, como a falta de reposição de servidores que deixaram esta Coordenadoria de Assistência à Saúde. Há poucos anos, nossa equipe era formada por 18 servidores, proporcionando uma divisão equânime dos serviços e rotinas executadas. Atualmente, contamos apenas com 10 servidores, acarretando uma sobrecarga em todos os que aqui estão lotados. Para amenizar a rotina de trabalho, contamos com 4 estagiários de nível superior em enfermagem e 1 estagiário de nível superior em secretariado executivo que, sob supervisão direta, auxiliam nos serviços burocráticos dos setores. Esperamos que, com a realização de concurso público, nossa equipe volte a ter o número de servidores adequado para a execução com a qualidade que sempre acompanhou os serviços prestados por nossa área.

I.I - PERFIL DOS BENEFICIÁRIOS

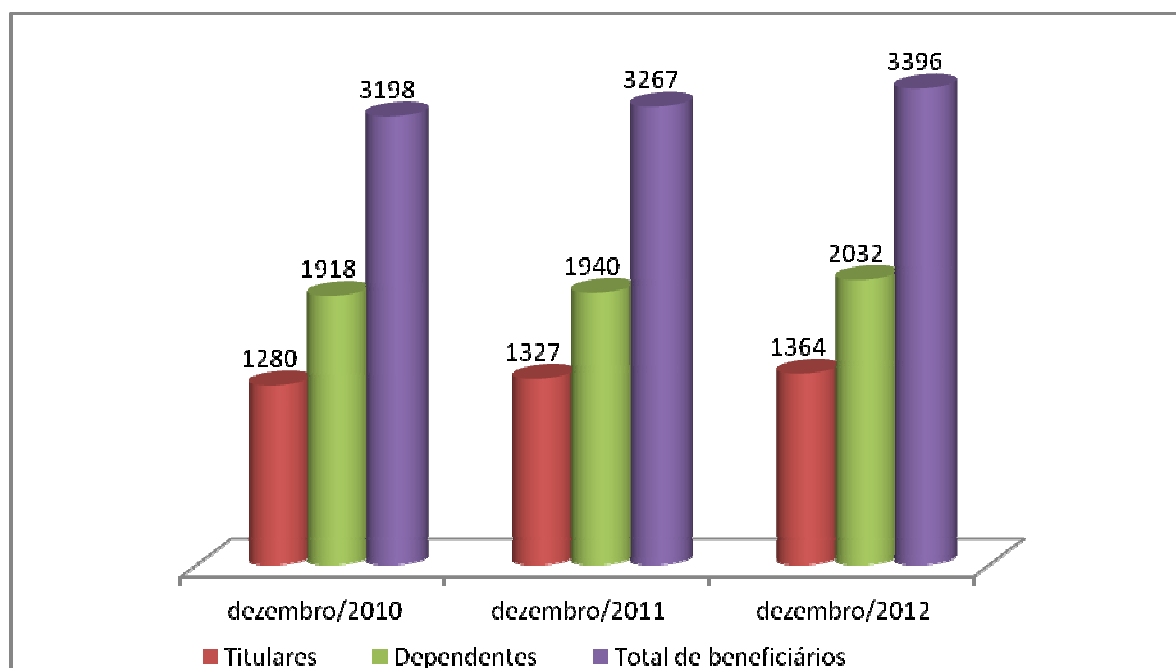
I.I.1 - EVOLUÇÃO ANUAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS – 2010/2012

A evolução do quantitativo de beneficiários titulares e dependentes inscritos no Programa de Assistência à Saúde no mês de dezembro dos últimos três anos está representada no gráfico abaixo.

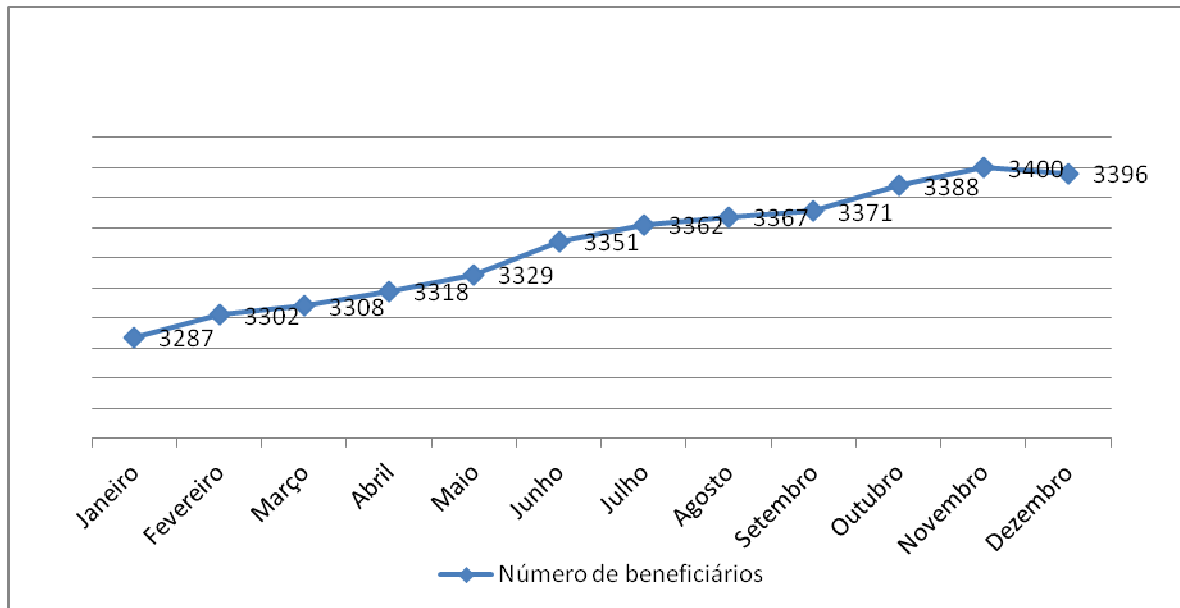
Do total de beneficiários, observa-se um contínuo acréscimo tanto no número de beneficiários titulares quanto de dependentes. Se comparado ao exercício anterior, houve um acréscimo de 2,78% no total de titulares inscritos em 2012 e de 4,74% no total de dependentes beneficiários.

O crescimento da população assistida decorreu da inclusão dos novos servidores que tomaram posse no exercício de 2012, assim como das novas inscrições de beneficiários da categoria denominada “dependentes autorizados”, que corresponde aos filhos ou enteados maiores de 21 anos que não atendem as condições regulamentares para inclusão como dependentes presumidos, com idade máxima observada de 29 anos. Outro motivo de aumento na quantidade de beneficiários foi a mudança das regras trazidas pela Portaria PRE-DIGER nº 36/2012, que retirou os descontos de mensalidade e custeio de despesas da margem consignável dos magistrados e servidores.

Quadro de evolução do número de beneficiários 2010/2012

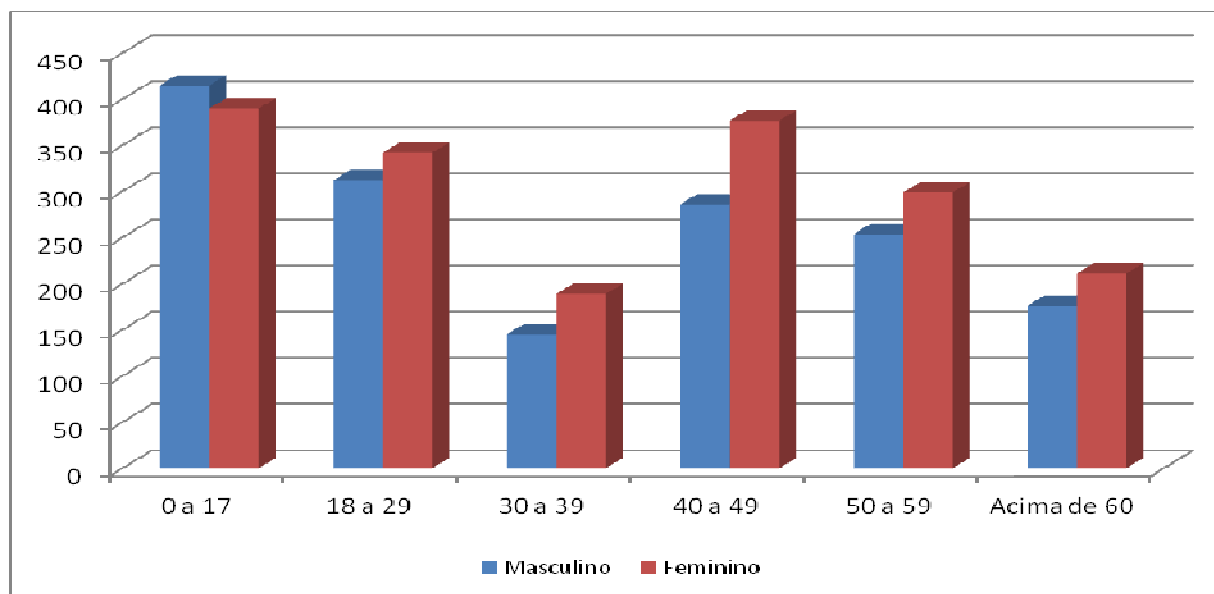


I.I.2 - EVOLUÇÃO MENSAL DO NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS - 2012



Observou-se um acréscimo de 3,31% no total de beneficiários do mês de dezembro, quando comparado ao início do ano. Contudo, quando comparamos esse total de beneficiários em relação ao mesmo período do ano anterior, chega-se a um acréscimo da população assistida da ordem 3,94%.

I.I.3 - QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS / SEXO / FAIXA ETÁRIA - 2012



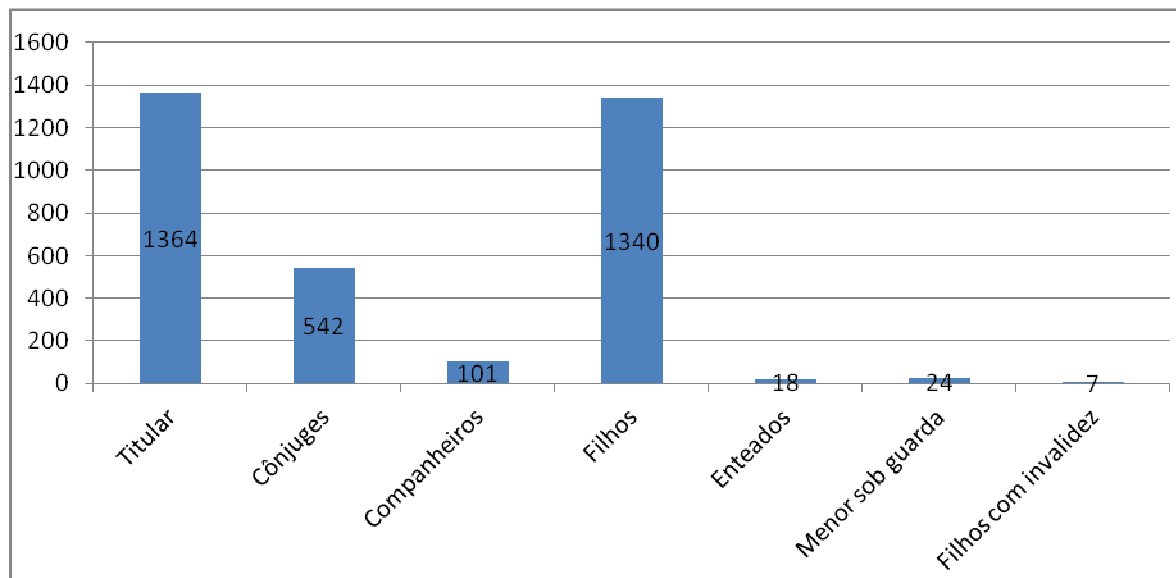
A distribuição por gênero e idade dos beneficiários do Programa de Assistência à Saúde pode ser observada no gráfico acima, sendo que merece destaque a prevalência do universo de usuários abaixo dos 40 anos: 52,7% (cinquenta vírgula sete por cento).

Como observado no ano anterior, o segmento etário de maior concentração de beneficiários, de 0 a 17 anos (23,7%), é o único onde há predominância do sexo masculino. A segunda maior concentração de beneficiários encontra-se na faixa etária de 40 a 49 anos e representa 19,52% do total de beneficiários.

Os beneficiários idosos, acima de 60 anos, correspondem a 11,39% (onze vírgula trinta e nove por cento) do universo de assistidos, um acréscimo de aproximadamente 0,56% quando comparado ao exercício anterior (10,83% em 2011). Quando se compara essa faixa de beneficiários com o percentual de idosos dos planos de saúde privados, 11,11% em março de 2012¹, verifica-se que se encontra acima da média observada no país, o que reflete precauções para o Programa de Assistência à Saúde, uma vez que o aumento dos custos com assistência à saúde é diretamente proporcional ao aumento da faixa etária.

¹ Caderno de Informação da Saúde Suplementar: beneficiários, operadoras e planos. Agência Nacional de Saúde Suplementar Ministério da Saúde – Março/2012 – Tabela 6 - pág. 23.

I.I.4 - QUANTIDADE DE BENEFICIÁRIOS / CATEGORIA -2012



Considerando a posição cadastral em 10.12.2012, dos 3.396 indivíduos que constituem a população do Programa de Assistência à Saúde, 1.364 são titulares e 2.032 dependentes.

São titulares todos os beneficiários vinculados diretamente ao Programa: magistrados e servidores, ativos e inativos, servidores requisitados ou em exercício provisório, juízes classistas aposentados e pensionistas.

A categoria de beneficiários dependentes de maior representatividade são os filhos (1.340), seguida pelos cônjuges (542), companheiros (101) e menores sob guarda ou tutela (24).

I.I.5 - DISTRIBUIÇÃO DE BENEFICIÁRIOS: FAIXA ETÁRIA / FAIXA REMUNERAÇÃO

Categoria	até 2000,00	de 2000,01 a 3000,00	de 3000,01 a 4000,00	de 4000,01 a 5000,00	de 5000,01 a 6000,00	de 6000,01 a 7000,00
até 17 anos	2	3	2	14	33	48
de 18 a 29 anos	1	0	2	18	33	31
de 30 a 39 anos	0	3	1	7	34	55
de 40 a 49 anos	0	0	2	20	9	26
de 50 a 59 anos	2	0	7	9	7	10
mais de 60 anos	0	0	11	35	9	14
TOTAL	5	6	25	103	125	184

Categoria	de 7000,01 a 8000,00	de 8000,01 a 9000,00	de 9000,01 a 10.000,00	de 10.000,01 a 11.000,00	de 11.000,01 a 12.000,00
até 17 anos	27	43	81	121	48
de 18 a 29 anos	22	49	63	104	38
de 30 a 39 anos	23	28	36	42	20
de 40 a 49 anos	15	36	60	100	48
de 50 a 59 anos	9	41	63	100	27
mais de 60 anos	10	30	36	40	7
TOTAL	106	227	339	507	189

Categoria	12.000,01 a 13.000,00	13.000,01 a 14.000,00	14.000,01 a 15.000,00	15.000,01 a 16.000,00	mais de 16.000,00
até 17 anos	40	32	60	45	187
de 18 a 29 anos	19	22	35	40	177
de 30 a 39 anos	14	2	11	13	45
de 40 a 49 anos	29	37	43	43	195
de 50 a 59 anos	15	22	36	48	156
mais de 60 anos	18	21	23	21	112
TOTAL	135	136	208	210	872

A maior distribuição de beneficiários concentra-se no intervalo de remuneração acima de R\$ 16.000,00 (872 usuários), cujo valor *per capita* médio de mensalidade é de R\$ 145,97 seguida de 507 beneficiários na faixa de remuneração de cujos titulares ganham entre R\$ 10.000,01 a R\$ 11.000,00, com mensalidade média *per capita* de R\$ 116,34.

Na base de dezembro/2012, existem 19 beneficiários que estão isentos de cobrança de mensalidade de acordo com o art. 78, § 2º. São grupos familiares grandes com mais de 3 filhos ou enteados, situação em que os dependentes mais novos não contribuem para a rubrica de mensalidades.

I.II – RECEITAS

I.II.1 – DEMONSTRATIVO 1

FONTES	2009 (R\$)	2010 (R\$)	2011 (R\$)	2012 (R\$)
Orçamento-Geral da União	5.680.320,00	5.346.193,00	5.346.193,00	4.727.520,00
Suplementação	568.032,00	2.739.335,00	1.005.743,00	2.311.873,00
Mensalidades	4.411.857,32	4.492.755,97	4.626.678,73	4.849.974,53
Custeio sobre despesas	2.221.133,27	2.319.256,48	2.480.407,27	2.892.553,36
Rendimento bruto aplicações	1.696.531,37	1.947.569,81	2.789.791,44	3.326.466,19
TOTAL	14.577.873,96	16.845.110,26	16.248.813,44	18.108.387,08

O quadro acima discrimina somente as receitas provenientes dos recursos do Orçamento-Geral da União, das mensalidades, da participação do beneficiário no custeio das despesas e do Rendimento do Fundo Financeiro Privado, excetuando-se o montante acumulado no Fundo Financeiro Privado até o final do exercício anterior.

No total de receitas arrecadadas durante o exercício de 2012, observou-se um acréscimo de 11,44% (onze vírgula quarenta e quatro por cento) em relação ao ano anterior.

I.III – DESPESAS

As despesas totais do Programa de Assistência à Saúde totalizaram, em 2012, R\$ 17.606.750,69 (dezesete milhões seiscentos e seis mil setecentos e cinquenta reais e sessenta e nove centavos). Em comparação ao exercício anterior, observamos uma majoração de 53,30% (cinquenta e três vírgula trinta por cento).

Esse aumento substancial nos valores de despesa pode ser explicado por vários fatores:

- a) Aumento da tabela de honorários médicos;
- b) Aumento da tabela de serviços odontológicos;
- c) Aumento da tabela de taxas e diárias hospitalares;
- d) Aumento da faixa etária da população assistida;
- e) Aumento de procedimentos cirúrgicos autorizados pelo Núcleo de Saúde;
- f) Incremento de novas tecnologias na área médica;
- g) Eventos de internação de alto custo;
- h) Pagamento de Home Care por decisão liminar judicial;
- i) Despesa total de 2011 com valores atípicos, sem ocorrência de grandes eventos.

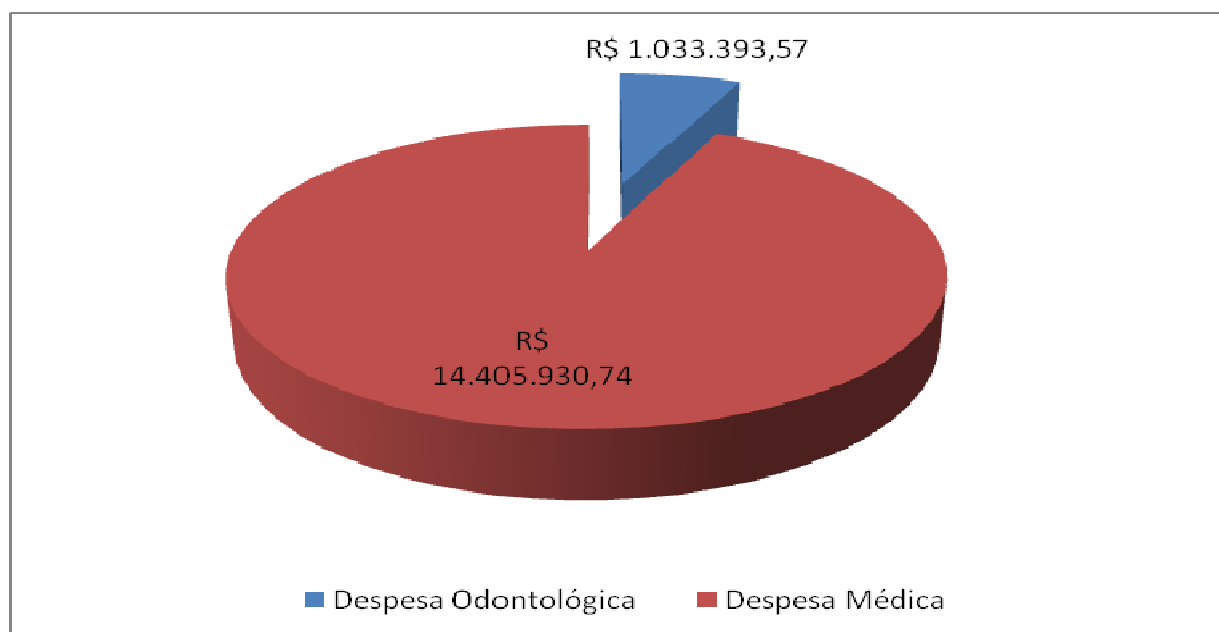
Ressaltamos que as negociações com a rede credenciada médico-hospitalar e odontológicas são conduzidas, atualmente, por um grupo de gestores de vários órgãos públicos, conforme Termo de Compromisso firmado pelos Diretores-Gerais. Dessa forma, esse grupo adquire força maior em busca de uma melhor negociação de valores praticados nas tabelas referenciais.

O quadro a seguir detalha a despesa total observada no exercício de 2012, com distinção entre recursos públicos e privados despendidos. Tem como parâmetro a data de pagamento, uma vez que essa variável determina o consumo de recursos orçamentários e privados e é compatível com a planilha de execução orçamentária da Secretaria de Orçamento e Finanças.

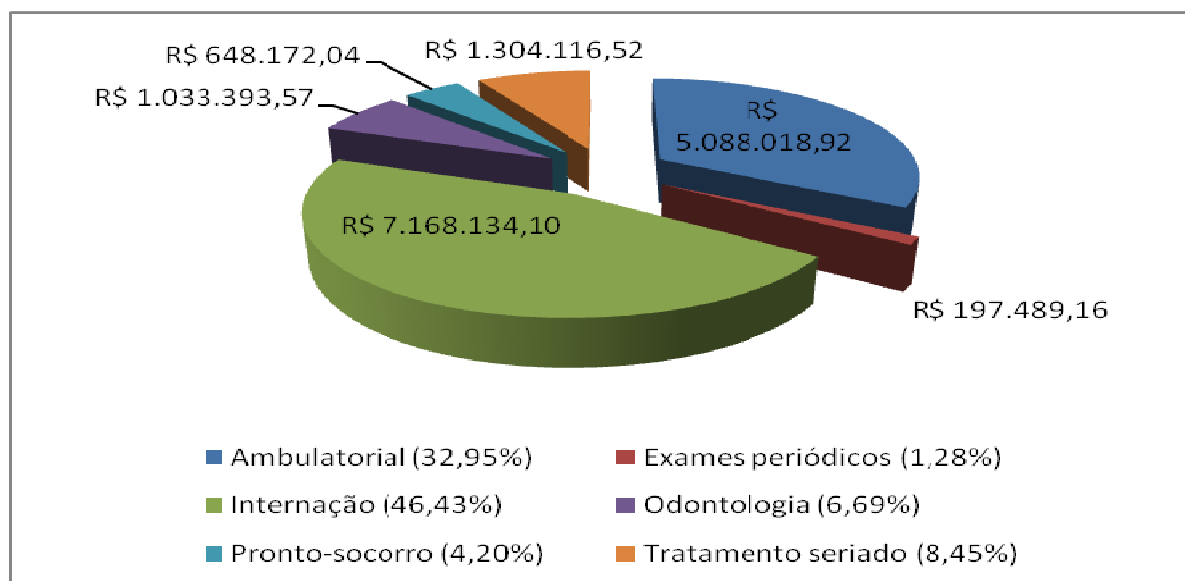
ÁREA	DESPESA TOTAL 2012 (R\$)		
	Pagas c/ Recursos Públicos	Pagas c/ Recursos Privados	Subtotal
Médica e Odont. (PF)	126,00	0,00	126,00
Médica e Odont. (PJ)	6.425.562,11	9.967.292,39	16.392.854,50
Reembolso	561.874,36	369.870,34	931.744,70
Empresa Contabilidade	0,00	16.350,00	16.350,00
Empresa Auditoria Médica	0,00	213.844,96	213.844,96
Previdência Social PF	27.198,74	0,00	27.198,74
Assistência Funeral	0,00	0,00	0,00
Exercícios anteriores	24.631,79	0,00	24.631,79
TOTAL	7.039.393,00	10.568.602,69	17.606.750,69

Para se estabelecer as despesas por grupo de atendimento (ambulatorial, internação, odontologia, pronto-socorro, tratamento seriado e exames periódicos) é necessária a parametrização pela data de lançamento no Sistema de Gerenciamento do TRT SAÚDE 10, uma vez que somente dessa forma é possível mensurar as despesas nesse particular.

Considerando essa variável, as despesas médicas - que registram os gastos com exames, contas hospitalares, consultas e tratamentos seriados - corresponderam, em 2012, a 93,31% das despesas com assistência à saúde. Já as despesas com odontologia corresponderam a 6,69% do total dessas despesas.



I.III.1 – DESPESA POR GRUPO DE PROCEDIMENTOS



O gráfico anterior, com dados extraídos do Sistema de Gerenciamento do TRT SAÚDE 10, permite visualizar a divisão da despesa por grupo dos seguintes procedimentos: internação hospitalar, procedimentos ambulatoriais, tratamentos seriados, pronto-socorro, odontologia e exames periódicos.

Em 2012, o grupo que representou a maior despesa desembolsada pelo Programa de Assistência refere-se à internação e equivaleu a 46,43% do total de gastos com assistência. Um aumento de 5,03% se comparado ao ano anterior.

Já os gastos com procedimentos ambulatoriais (consultas, exames complementares e procedimentos que não necessitam de internação), apesar do baixo custo individual, corresponderam, em 2012, a 32,95% de todo o gasto com a assistência à saúde prestada pelo Programa TRT SAÚDE 10.

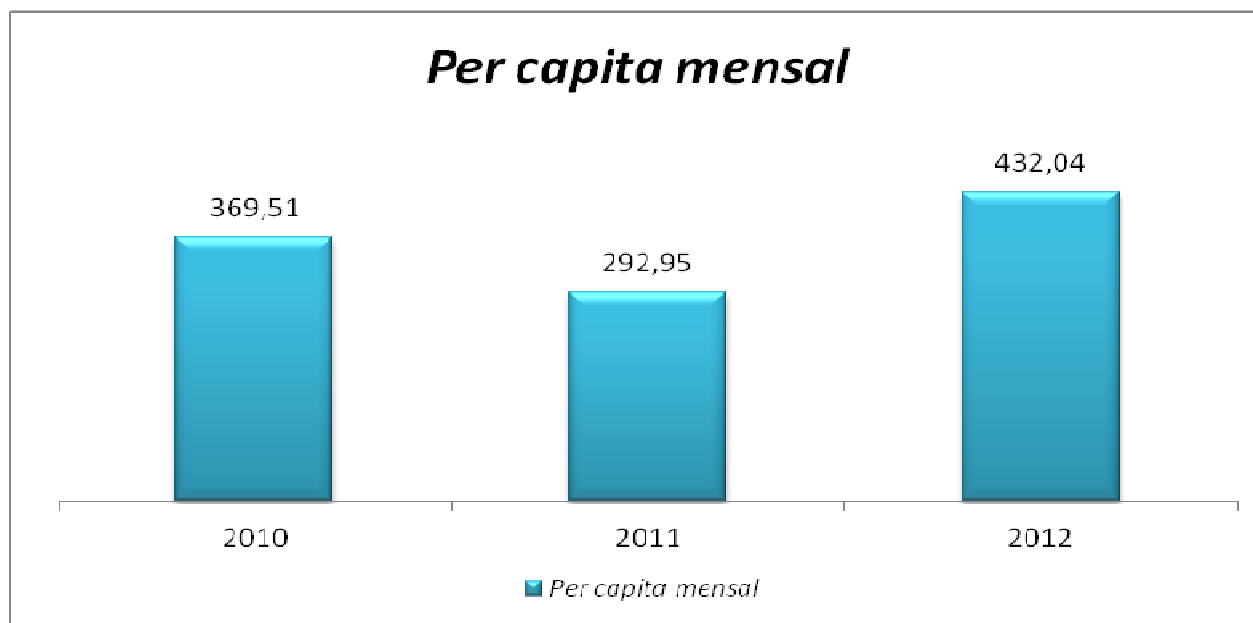
Durante o exercício de 2012, ocorreram 16.400 consultas (10,19% a mais que no ano anterior) que equivaleram a 6% do total das despesas com assistência à saúde. As especialidades mais procuradas pelos beneficiários foram:

Especialidade		Quantidade Consultas/ano
1º	Oftalmologia	1.573
2º	Ginecologia	1.294
3º	Cardiologia	1.250
4º	Ortopedia	1.053
5º	Dermatologia	1.026
6º	Otorrinolaringologia	986
7º	Nutrição	524
8º	Urologia	472

I.III.2 – DESPESA PER CAPITA

A despesa mensal per capita é obtida da divisão das despesas totais do Programa (incluindo-se as efetuadas com empresa de contabilidade, empresa de auditoria médico-hospitalar, PSS Patronal e reembolso) pelo total de beneficiários.

Em 2012 o valor *per capita* cresceu 47,49% em relação ao exercício anterior, passando de R\$ 292,95 em 2011 para R\$ 432,04 no exercício de 2012. Ressaltamos que o exercício de 2011 foi considerado atípico devido aos valores de despesas médico-hospitalares e odontológicas terem sido muito aquém do previsto.



I.III.3 – CUSTEIO DAS DESPESAS

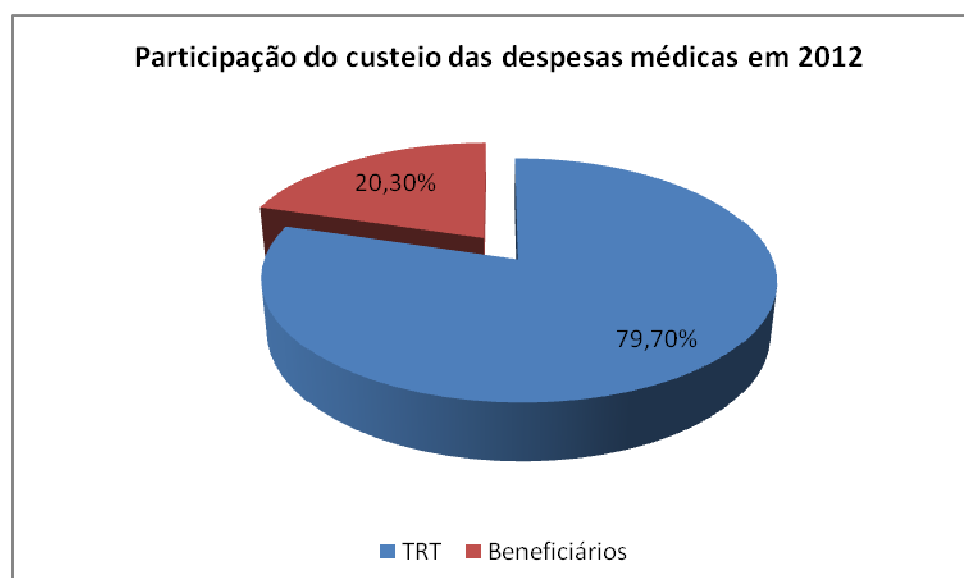
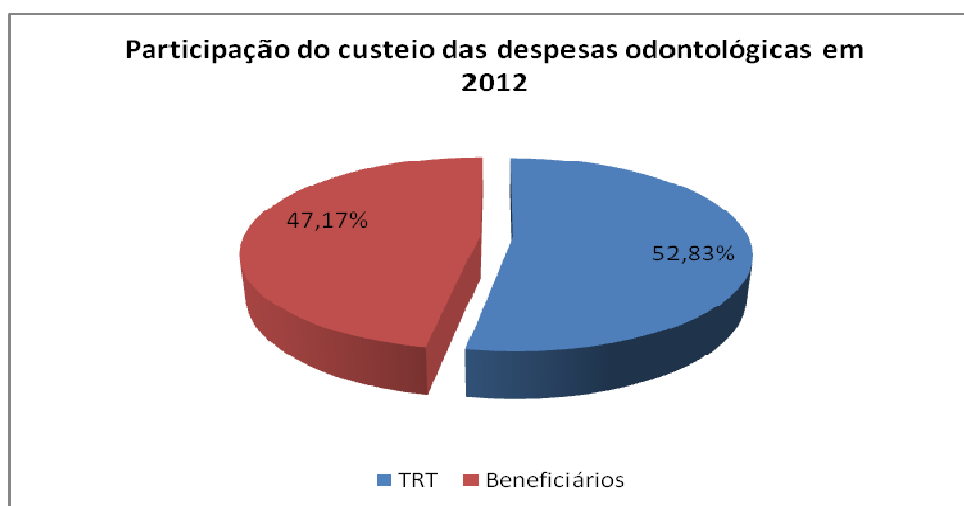
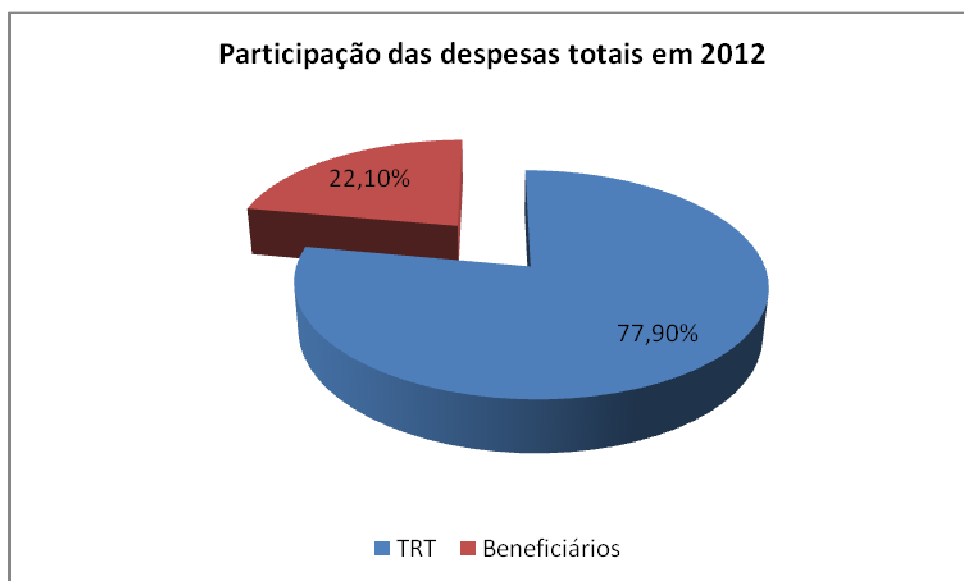
Grande parte dos planos de saúde no país, e todos os programas de autogestão dos órgãos do Poder Judiciário, estabelece a co-participação em eventos como mecanismo de regulação, que tem a finalidade precípua de racionalizar a utilização indiscriminada de procedimentos, responsabilizando solidariamente o beneficiário pela utilização dos serviços assistenciais, de forma que a eles recorra quando realmente precise.

O Programa de Assistência à Saúde do Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região também prevê a regulação dos serviços assistenciais por intermédio da co-responsabilidade dos beneficiários.

O quadro a seguir apresenta os parâmetros de participação estabelecidos pela norma regulamentar interna que disciplina o Programa de Assistência à Saúde do TRT 10ª Região:

PROCEDIMENTO	PARTICIPAÇÃO	
	TRT SAÚDE 10	BENEFICIÁRIO
Internações hospitalares	90%	10%
Radioterapia e/ou quimioterapia antineoplásica	90%	10%
Tratamentos odontológicos	50%	50%
Tratamentos odontológicos de prevenção	70%	30%
Internação tratamento dependência química	85% (1ª internação)	15% (1ª internação)
	50% (2ª internação)	50% (2ª internação)
Consultas médicas	50%	50%
RPG	50%	50%
Exames Laboratoriais	70%	30%
Psicoterapia	80%	20%
Demais procedimentos	70%	30%

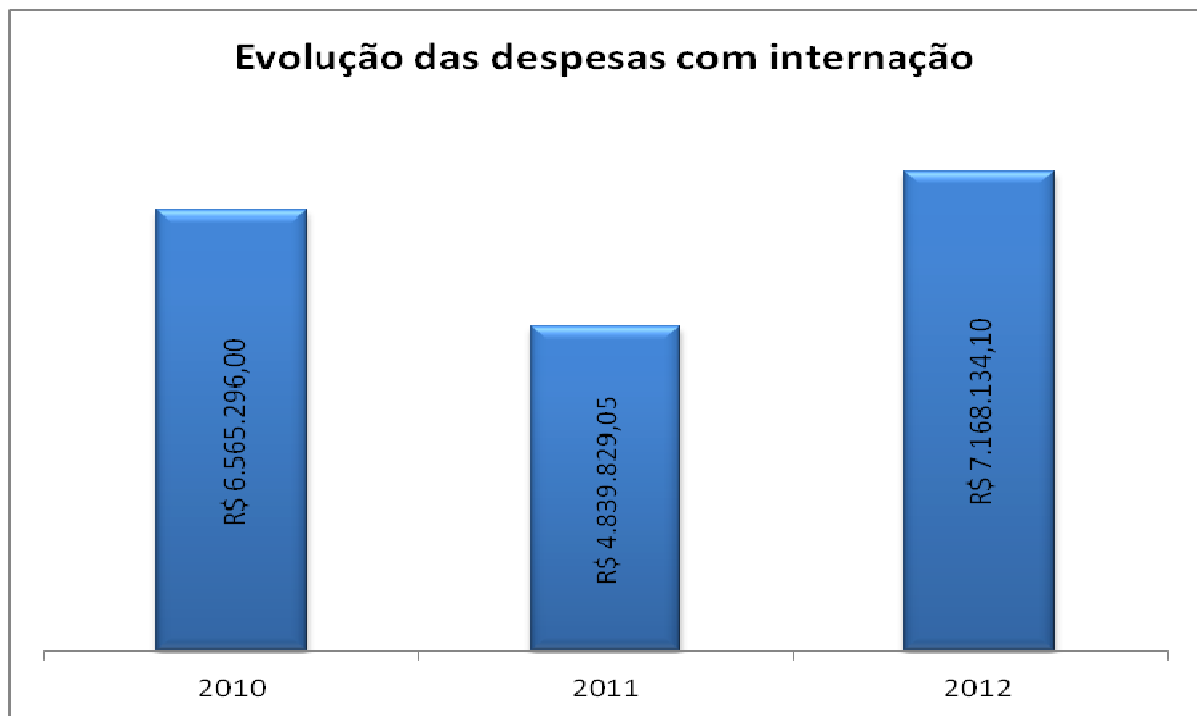
Em 2012, observaram-se as seguintes médias de proporcionalidade na participação do TRT SAÚDE 10 e dos beneficiários no custeio das despesas:



I.III.4 – CUSTEIO DAS DESPESAS COM INTERNAÇÕES HOSPITALARES

Em 2012, o grupo que representou a maior despesa desembolsada pelo Programa de Assistência refere-se à internação e correspondeu a 46,43% do total de gastos com assistência.

No gráfico a seguir, podemos observar a evolução dos gastos do Programa com internação hospitalar dos últimos três anos.



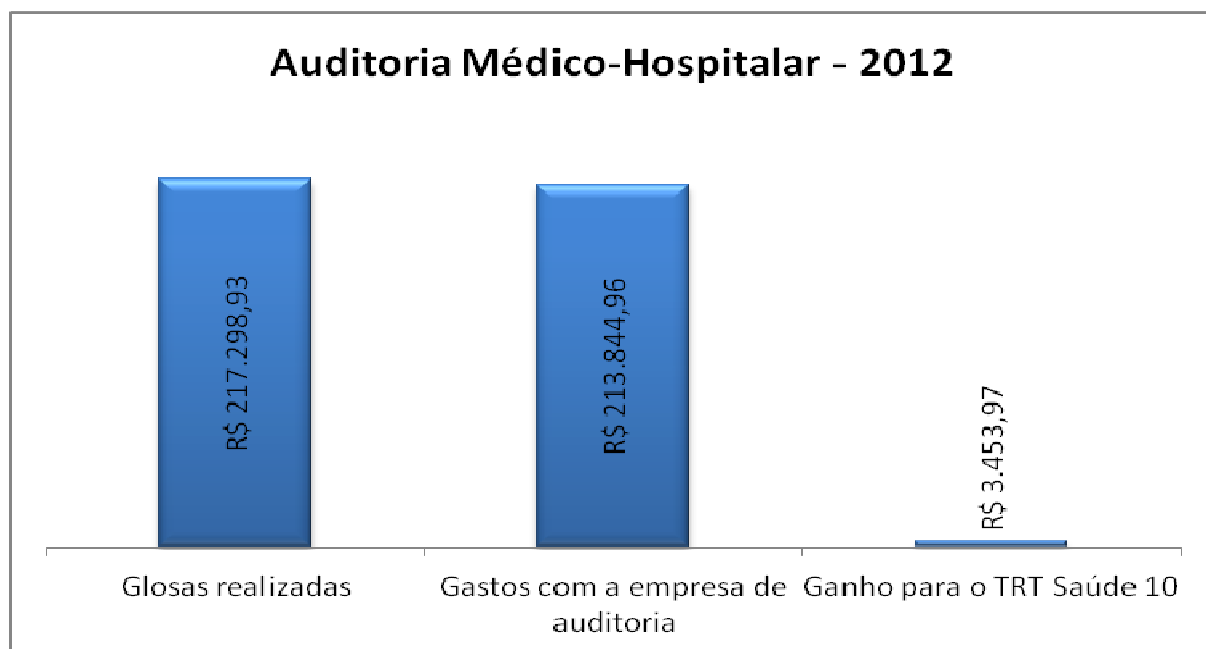
I.IV - AUDITORIA MÉDICO-HOSPITALAR

A empresa de Auditoria Médica, responsável pela realização das auditorias médico-hospitalares do Programa de Assistência à Saúde, efetuou no decorrer de 2012 um total de 217.298,93 (duzentos e dezessete mil duzentos e noventa e oito reais e noventa e três centavos) em glosas administrativas ao confrontar os valores cobrados pelos prestadores de serviços com os acordados contratualmente.

Essa empresa realiza um trabalho de relevância para o Programa de Assistência à Saúde. Além de auditar todo o faturamento apresentado quinzenalmente pela rede referenciada, realiza a auditoria médica dentro dos hospitais. Tal procedimento é fundamental para ajudar a equilibrar as contas de receitas e despesas, pois trata da identificação e atuação nos principais ofensores do custo da assistência à saúde ao inibir consideravelmente a cobrança indevida de materiais, medicamentos e procedimentos realizados pelos prestadores de serviço.

Contudo, o serviço de auditoria médica é de maior alcance, visto que, além da glosa administrativa, há ainda a glosa técnica realizada pela empresa de auditoria dentro dos hospitais credenciados, a qual refere-se à conferência e pertinência dos itens cobrados na conta hospitalar aos efetivamente utilizados e constantes no prontuário médico do paciente.

Em 2012, os gastos do Programa TRT SAÚDE 10 com o pagamento dos serviços prestados pela empresa de auditoria médica foram de R\$ 213.844,96 (duzentos e treze mil oitocentos e quarenta e quatro reais e noventa e seis centavos). Isso representou um ganho financeiro da ordem de R\$ 3.453,97 (três mil quatrocentos e cinquenta e três reais e noventa e sete centavos) para o Programa.



I.V – DEPENDENTES AUTORIZADOS

O Conselho de Saúde, reunido extraordinariamente em 27.08.2004, autorizou a realização de processo licitatório objetivando a contratação de empresa para a prestação de serviços técnico-profissionais especializados em consultoria atuarial, com a finalidade de realizar um diagnóstico da situação financeira do Programa de Assistência à Saúde.

Dentre as avaliações solicitadas à empresa vencedora do certame público, foi requerido um estudo técnico que verificasse a possibilidade de estender a assistência para os filhos ou enteados maiores de 21 anos que não atendessem as condições regulamentares para inclusão como dependentes presumidos, com idade máxima de 29 anos.

As projeções que resultaram da hipótese de inclusão dessa categoria de beneficiários demonstraram que, se fossem mantidas as mesmas condições do histórico analisado, as receitas seriam suficientes para a manutenção do Programa.

Dessa forma, a proposta de alteração regulamentar aprovada pelo Conselho de Saúde fundamentou-se no estudo atuarial prestado pela empresa GAMA CONSULTORES ASSOCIADOS e previu que as despesas provenientes desta nova categoria de beneficiários deveriam ser custeadas exclusivamente com recursos privados.

As alterações no Sistema de Gerenciamento do Programa TRT SAÚDE 10, necessárias para o lançamento e controle das despesas dessa nova categoria de beneficiários, foram finalizadas pela Secretaria de Tecnologia e Informação em junho de 2007.

Por conseguinte, somente em julho de 2007 foram publicadas as alterações disciplinares aprovadas pelo e. Tribunal Pleno que acresceram ao Regulamento do Programa de Assistência à Saúde as normas que permitiram a inscrição dos dependentes autorizados.

No final do exercício de 2012, foram observadas as inscrições de 265 beneficiários dessa categoria, cujas receitas (provenientes das mensalidades e participação no custeio dos procedimentos) e despesas estão resumidas no quadro a seguir.

DEPENDENTES AUTORIZADOS				
ANO	RECEITAS			DESPESAS (vlr TRT lançado)
	Mensalidade	Custeio (vlr lançado)	Total	
2010	202.155,97	118.870,70	321.026,67	419.946,94
2011	223.772,64	150.493,59	374.266,23	399.647,06
2012	270.205,33	172.565,08	442.770,41	507.194,24

I.VI – EXAMES PERIÓDICOS

O Programa de Exames Periódicos (PEP), instituído pela Portaria PRE-DGA n.º 005/2011, tem como objetivo a visualização do perfil epidemiológico do Tribunal e a identificação de riscos relacionados ou não com a atividade laborativa e com o ambiente de trabalho. O PEP possibilitará à Administração deste Regional estruturar e dinamizar a política de saúde no âmbito deste Décimo Regional Trabalhista, implementando as ações necessárias à promoção e proteção da saúde dos magistrados e servidores.

O PEP é constituído de avaliação clínica e exames complementares, custeados integralmente pelo TRT da 10ª Região, de acordo com a periodicidade e com os protocolos estabelecidos pelo Núcleo de Saúde. Essa definição leva em conta critérios de gênero, idade, risco familiar, risco pessoal e natureza das atividades desenvolvidas.

Na hipótese em que o Núcleo de Saúde sugerir exames clínicos adicionais, que não estejam previstos no protocolo previamente estabelecido, a realização desses ficará a critério do magistrado ou servidor, que acarará com o respectivo custeio das despesas.

Durante os dois primeiros anos de implementação do PEP, os convites aos magistrados e servidores ocorreram em meses alternados. No ano de 2011, foram convidados os aniversariantes dos meses ímpares e, em 2012, serão convocados os dos meses pares. A partir de 2013, todos os magistrados e servidores serão convidados a participar o PEP no mês do aniversário.

Essa regra, contudo, não se aplica aos servidores ocupantes do cargo de Técnico Judiciário, especialidade Segurança, que são convocados em época compatível com a avaliação da capacidade física, pré-requisito para o recebimento da Gratificação de Atividade de Segurança – GAS.

A participação no PEP é voluntária. Contudo, após a realização da consulta clínica é obrigatória a apresentação dos resultados dos exames solicitados ao Núcleo de Saúde, no prazo de 60 dias após a avaliação clínica, sob pena de pagamento integral dos custos das consultas e exames eventualmente realizados.

Para o quadro funcional do estado de Tocantins, o PEP será realizado na própria lotação, sendo que uma equipe de saúde se deslocará para a localidade para a realização da consulta inicial e das solicitações de exames complementares.

O quadro a seguir mostra o número de magistrados e servidores que foram convocados para realizarem o PEP em 2011/2012, assim como o quantitativo daqueles que não entregaram o resultado dos exames solicitados, daqueles que

o entregaram parcialmente e daqueles que retornaram à consulta clínica com o resultado de todos os exames.

Programa de Exames Periódicos – 2011/2012				
Nº de convocados	Nº de participantes da consulta clínica	Resultado dos exames		
		Não entregaram	Entregaram parcialmente	Entregaram
1.130	613	181	133	299

I.VII – FUNDO DE RESERVA

Desde a implementação do Programa de Assistência à Saúde , em setembro de 2001, o principal desafio enfrentado pelo Conselho de Saúde é manter um investimento permanente que permita a consolidação do fundo de reserva, única maneira de se garantir a manutenção da assistência à saúde nos padrões atuais.

A meta de se constituir um fundo capaz de honrar as despesas médico-hospitalares e odontológicas para um período de dois anos foi cumprida no final do exercício passado, quando as despesas de 2011 totalizaram R\$ 11.484.806,22 (onze milhões quatrocentos e oitenta e quatro mil oitocentos e seis reais e vinte e dois centavos) e o total na conta corrente e aplicações do Programa somaram R\$ 28.227.109,64 (vinte o oito milhões duzentos e vinte e sete mil cento e nove reais e sessenta e quatro centavos).

O atual exercício de 2012 foi superavitário se levarmos em conta apenas os recursos próprios do Programa, fechando o exercício com o saldo de R\$ 28.735.276,00 (vinte e oito milhões setecentos e trinta e cinco mil duzentos e setenta e seis reais). Como a meta a ser mantida é baseada no total de despesas do exercício, que atingiu o valor de R\$ 17.606.750,69 (dezessete milhões seiscentos e seis mil setecentos e cinquenta reais e sessenta e nove centavos), a meta terá que ser implementada nos próximos exercícios, pois iremos fechar 2012 com um déficit de aproximadamente 6,5 milhões de reais.

Essa nova meta poderá ser alcançada de formas diversas, seja realizando programas para reduzir despesas por meio de contratação de empresa de gerenciamento de crônicos, seja em busca de melhores aportes orçamentários. Neste sentido, o Conselho Superior da Justiça do Trabalho está buscando uma uniformidade dos valores *per capita* para os beneficiários dos programas de saúde dos órgãos do poder judiciário trabalhista. Assim, existe grande possibilidade que até 2015 o valor orçamentário destinado à rubrica de assistência à saúde praticamente dobre se comparado ao valor aprovado para o exercício de 2012.

Se a meta aprovada do Conselho de Saúde tiver como base a média de despesas dos três últimos anos, o Programa de Assistência à Saúde – TRT Saúde 10 já possui, ao fim do exercício de 2012, valores em caixa suficientes para a cobertura de dois anos de despesas. Em 2010, R\$ 14.180.217,37, em 2011, R\$ 11.484.806,22 e em 2012, R\$ 17.606.750,69, sendo a média de R\$ 21.635.887,14.

O quadro abaixo exhibe a evolução dos valores referentes ao fundo de reserva do Programa.

