



PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24

NOTA TÉCNICA Nº 32/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO

Interessado: GERÊNCIA ECONÔMICO-FINANCEIRO E ATUARIAL DOS PRODUTOS, GERÊNCIA GERAL REGULATÓRIA DA ESTRUTURA DOS PRODUTOS, ASSESSORIA NORMATIVA DA DIPRO, DIRETORIA ADJUNTA DA DIPRO, DIRETORIA DE NORMAS E HABILITAÇÃO DOS PRODUTOS

ASSUNTO: METODOLOGIA DE CÁLCULO DA VARIAÇÃO DA DESPESA ASSISTENCIAL (VDA)

Sr(a). Gerente,

Esta nota técnica substitui a nota técnica nº 29/2018/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO (SEI nº 9467072), alterando o tratamento dado aos eventos de início de operação de operadora, cancelamento de registro de operadora e às incorporações entre operadoras em consonância com as sugestões recebidas através da Audiência Pública número 13 de 13 de novembro de 2018. O conteúdo integral da audiência pública está disponibilizado em <http://www.ans.gov.br/participacao-da-sociedade/audiencias-publicas/audiencias-publicas-realizadas>.

Esta Nota Técnica, portanto, encaminha proposta de metodologia de apuração da Variação da Despesa Assistencial (VDA), desde o método de extração das informações, incluindo os critérios de tratamento da base e finalmente propondo uma medida de tendência central que represente da melhor maneira o comportamento da despesa assistencial médico-hospitalar observado do setor. Trata-se de um indicador decisivo para o acompanhamento da evolução de despesas do mercado de planos privados de assistência à saúde em sua totalidade, assim como nas diferentes modalidades de contratação atualmente ofertadas.

Note-se que a VDA – Variação da Despesa Assistencial pode ser calculada considerando-se a operadora como um todo ou apenas uma determinada parte de sua carteira, segregando por tipo de contratação (individuais, coletivos por adesão ou coletivos empresariais) e época de contratação (antes ou depois da Lei 9.656/1998), a depender do uso pretendido, como por exemplo, cálculo da VDA de planos individuais, cálculo da VDA de planos coletivos regulamentados, ou qualquer combinação desses atributos.

ORIGEM DOS DADOS – DIOPS E SIB

A VDA é a Variação da Despesa Assistencial calculada por beneficiário. As informações da despesa incorrida na prestação de assistência médico-hospitalar (despesa assistencial médico-

hospitalar) são extraídas a partir do sistema *Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde* (DIOPS), preenchido com dados dos balancetes auditados das operadoras de planos privados de assistência à saúde, enquanto a fonte da contagem dos vínculos ativos de beneficiários é o banco de dados cadastrais de beneficiários informados no *Sistema de Informação de Beneficiários* (SIB).

As operadoras são responsáveis por todas as informações enviadas, que são submetidas a critérios iniciais de verificação do preenchimento pelo sistema de recepção de arquivos da ANS antes de serem aceitos para incorporação à base de dados do DIOPS. Esse procedimento padrão adotado pelos sistemas da ANS impede a entrada de dados com erros básicos de preenchimento na base. Dados que estejam fora de conformidade com as críticas iniciais são rejeitados e não são incorporados à base de dados até o reenvio das informações corrigidas, caso ocorra.

Além deste controle da qualidade das informações no momento do envio dos dados à agência, as áreas responsáveis pelas normas que regem o envio destas informações – a Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE), no caso do DIOPS, e a Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES), no caso do cadastro de beneficiários – monitoram regularmente o envio das informações e a qualidade dos dados enviados. Importa ressaltar também que os dados enviados ao DIOPS refletem os balancetes financeiros das operadoras, que são objeto de auditoria por auditor independente em consonância com a norma[1] vigente.

Outrossim, faz-se necessário dar tratamento estatístico à base, a fim de expurgar flutuações estatísticas consideradas extremas. Para a retirada dos valores atípicos, foi aplicada a ferramenta estatística *Box Plot* (diagrama de caixa) no cálculo da VDA. A construção do *Box Plot* estabelece os limites para a exclusão das observações que contenham valores considerados atípicos. Os limites para exclusão dos valores atípicos foram calculados utilizando-se o *Box Plot* de 1,5 vezes o intervalo interquartil (amplitude entre o 1º quartil e o 3º quartil). O limite inferior será o 1º quartil (Q1) diminuído de 1,5 vezes o intervalo interquartil, ao passo que o limite superior será o 3º quartil (Q3) acrescido do mesmo intervalo.

DAS DESPESAS ASSISTENCIAIS (DIOPS)

Os dados dos balancetes relativos aos trimestres findos, respectivamente, em março, junho, setembro e dezembro de cada ano são informados no DIOPS Financeiro pelas operadoras, a cada trimestre, de acordo com os prazos estabelecidos pela Resolução Normativa – RN nº 173, de 10 de julho de 2010. Assim sendo, o prazo limite para envio do DIOPS dos três primeiros trimestres de cada ano é até o 15º dia do segundo mês posterior ao fim do trimestre e o do quarto trimestre é até o dia 31 de março do exercício subsequente.

A versão mais atualizada dos dados do DIOPS contendo as informações contábeis está sempre disponível no sítio da ANS na Internet: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>.

A base da despesa assistencial por operadora para os cálculos reproduzidos nesta nota técnica foi extraída do DIOPS em 19 de novembro de 2018, utilizando-se o pacote estatístico *SAS Enterprise Guide*[2], a partir da tabela “VW_BALANCETE_OPERADORA”, no *schema* “DIOPE” do banco de dados “ANSORA01”, incluindo todos os dados protocolados na ANS até a data de extração. O código fonte do SAS® elaborado para a preparação desta base encontra-se reproduzido no Anexo 1. Cabe ressaltar que, conforme documentado neste anexo, foram aplicados os seguintes critérios na extração dos dados do DIOPS:

- Na totalização da despesa assistencial foram consideradas as seguintes contas contábeis da subconta 41111 que corresponde a “Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde Médico-

Hospitalar”:

- 411111X1 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares antes da Lei
 - 411111X2 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares depois da Lei
 - 411111X3- Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão antes da Lei
 - 411111X4 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão depois da Lei
 - 411111X5 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais antes da Lei
 - 411111X6 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais depois da Lei
 - 411111X7 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Sistema Único de Saúde - SUS
 - 411111X9 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Eventos - outras formas de pagamento
 - 411112X3 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão antes da Lei
 - 411112X4 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão depois da Lei
 - 411112X5 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais antes da Lei
 - 411112X6 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais depois da Lei
 - 411112X7 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Sistema Único de Saúde - SUS
 - 411112X9 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Eventos - outras formas de pagamento
- As despesas foram segmentadas pelos tipos de planos relevantes para os cálculos da VDA: (1) planos individuais posteriores à lei, (2) planos coletivos empresariais posteriores à lei com formação de preço pré-estabelecida, e (3) planos coletivos por adesão posteriores à lei com formação de preço pré-estabelecida. Os outros tipos de plano (e.g. planos posteriores à lei com formação de preço pós-estabelecida e planos anteriores à lei) foram apurados para fins de rateio e para compor o cálculo da VDA total da operadora;
 - Os valores referentes às contas contábeis de “Eventos - outras formas de pagamento” e “Sistema Único de Saúde - SUS” que não apresentavam detalhamento do tipo de plano foram rateados proporcionalmente entre os tipos de plano assumindo: (1) a proporção por tipo de plano dos dados identificados da própria operadora, quando houver, ou (2) a proporção calculada do total de todas as outras operadoras.
 - Foram excluídas as operadoras classificadas nas modalidades 'Cooperativa odontológica', 'Odontologia de Grupo', 'Administradora' e 'Administradora de Benefícios', uma vez que se busca calcular a VDA de operadoras do segmento médico-hospitalar;

- Foram excluídas as operadoras que tiveram seu registro cancelado junto à ANS desde 12 meses antes da data de cancelamento, dado que as informações destas operadoras não são passíveis de monitoramento ou verificação.
- Foram excluídas as operadoras durante os 12 meses iniciais de operação contados a partir da data de registro junto à ANS.
- Nos casos de incorporações, para fins de cálculo da DMH anual e da VDA da incorporadora, os valores de despesa assistencial e beneficiários dos 4 trimestres até o trimestre da incorporação foram recalculados para incluir as informações das operadoras incorporadas.;
- No cálculo da despesa acumulada em 12 meses, assumiu-se o saldo final do quarto trimestre de cada ano calendário como sendo o valor acumulado dos 4 trimestres. Para os outros trimestres, foram considerados apenas dados de operadoras com sequência ininterrupta de 4 trimestres de despesa reportados no DIOPS para totalizar a despesa acumulada em 12 meses.
- Foram consideradas apenas as operadoras em que a despesa assistencial acumulada em 12 meses apresentasse valor positivo.
- Valores lançados em planos individuais posteriores à lei em operadoras da modalidade autogestão foram desconsiderados.

DOS VÍNCULOS ATIVOS DE BENEFICIÁRIOS (SIB)

Os dados cadastrais de beneficiários são atualizados mensalmente pelas operadoras, de acordo com os prazos estabelecidos pela Resolução Normativa – RN nº 295, de 9 de maio de 2012. Estes dados estão disponíveis no sítio da ANS na Internet: http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def.

A base de dados utilizada nas análises ora apresentadas, que contém a quantidade de vínculos ativos de beneficiários por mês foi gerada utilizando-se o pacote estatístico *SAS Enterprise Guide*, a partir da tabela “TB_BENE_ADESAO_IDADE_PLANO”, no *schema* “ANS_CONSOLIDADO” do banco de dados “ANSORA01”, em 27 de novembro de 2018, com dados atualizados até outubro de 2018 (i.e. data da competência ou versão da atualização dos bancos de dados consolidados do SIB). O código fonte do SAS® elaborado para a extração desta base encontra-se reproduzido no Anexo 2. Cabe ressaltar que, conforme documentado neste anexo, foram aplicados os seguintes critérios na extração dos dados do SIB:

- Os vínculos ativos de beneficiários foram segmentados pelos tipos de planos relevantes para os cálculos da VDA: (1) planos individuais posteriores à lei, (2) planos coletivos empresariais posteriores à lei com formação de preço pré-estabelecida, e (3) planos coletivos por adesão posteriores à lei com formação de preço pré-estabelecida. Os outros tipos de plano (e.g. planos posteriores à lei com formação de preço pós-estabelecida e planos anteriores à lei) foram apurados para fins de rateio e para compor o cálculo da VDA total da operadora;
- Os vínculos em planos que não apresentavam detalhamento do tipo de plano foram rateados proporcionalmente entre os tipos de plano assumindo: (1) a proporção por tipo de plano dos dados identificados da própria operadora, quando houver, ou (2) a proporção calculada do total de todas as outras operadoras.
- Foram excluídas as operadoras classificadas nas modalidades 'Cooperativa odontológica', 'Odontologia de Grupo', 'Administradora' e 'Administradora de Benefícios', uma vez que se busca calcular a VDA de operadoras do segmento médico-hospitalar;

- Foram excluídas as operadoras durante os 12 meses iniciais de operação contados a partir da data de registro junto à ANS.
- Foram excluídos os vínculos ativos de beneficiários informados em planos exclusivamente odontológicos;
- Foram excluídas as operadoras que tiveram seu registro cancelado junto à ANS desde 12 meses antes da data de cancelamento, dado que as informações destas operadoras não são passíveis de monitoramento ou verificação.
- Nos casos de incorporações, para fins de cálculo da DMH anual e da VDA da incorporadora, os valores de despesa assistencial e beneficiários dos 4 trimestres até o trimestre da incorporação foram recalculados para incluir as informações das operadoras incorporadas.;
- Vínculos informados no SIB em planos sem identificação do tipo de plano ou em vínculos informados com códigos de plano que não foram identificados no sistema de Registro de Produtos (RPS) foram desconsiderados.
- Para o cálculo da média dos 12 meses terminando no último mês de cada trimestre, foram consideradas apenas as operadoras que apresentaram uma sequência ininterrupta de pelo menos 1 vínculo ativo de beneficiário;
- Para o cálculo da DMH por beneficiário, foram considerados apenas os casos em que a operadora apresenta média de 12 meses maior que 1 vínculo ativo para cada trimestre analisado.

CRUZAMENTO DAS BASES DE DESPESA E VÍNCULOS DE BENEFICIÁRIOS

Para efeito deste cálculo foram consideradas apenas operadoras que figurassem tanto na base de quantidade de beneficiários quanto na base de despesas. A tabela 1 abaixo apresenta os resultados das extrações dos dados de cada sistema, antes e depois do cruzamento das duas bases, por operadora e tipo de plano. Nota-se que o resultado do cruzamento das duas bases para a despesa assistencial atinge entre 94,9% no 4º trimestre de 2013 e 97,0% no 3º trimestre 2018 e, no caso de beneficiários, atinge entre 91,3% no 1º trimestre de 2014 e 94,7% no 4º trimestre de 2017 dos beneficiários no período. A tabela 2 abaixo apresenta a mesma análise para a carteira de planos individuais novos.

Tabela 1. Resultados da extração e cruzamento das bases de dados do SIB e DIOPS (todos os tipos de planos)

Trimestre	Contagem de operadoras			Beneficiários ¹ (milhares)			Despesa assistencial ² (R\$ milhões)		
	SIB	DIOPS	SIB x DIOPS	SIB	SIB x DIOPS	%	DIOPS	SIB x DIOPS	%
2018-1	740	689	670	46.880	44.312	94,5%	149.259	144.433	96,8%
2018-2	738	687	665	46.903	44.292	94,4%	152.482	147.739	96,9%
2018-3	739	684	661	46.979	44.349	94,4%	155.388	150.767	97,0%

Fonte: ANS, dados obtidos dos sistemas DIOPS (extraído em 19 de novembro de 2018) e SIB (competência outubro de 2018)

Notas:

(1) Beneficiários corresponde à soma da média mensal de beneficiários dos últimos 12 meses das operadoras por tipo de plano

(2) Despesa assistencial acumulada em 4 trimestres

Tabela 2. Resultados da extração e cruzamento das bases de dados do SIB e DIOPS (planos individuais novos)

Trimestre	Contagem de operadoras			Beneficiários ¹ (milhares)			Despesa assistencial ² (R\$ milhões)		
	SIB	DIOPS	SIB x DIOPS	SIB	SIB x DIOPS	%	DIOPS	SIB x DIOPS	%
2018-1	526	508	506	8.052	7.971	99,0%	27.117	27.116	100,0%
2018-2	525	506	503	8.038	7.941	98,8%	27.767	27.752	99,9%
2018-3	525	507	501	8.044	7.940	98,7%	28.431	28.417	100,0%

Fonte: ANS, dados obtidos dos sistemas DIOPS (extraído em 19 de novembro de 2018) e SIB (competência outubro de 2018)

Notas:

(1) Beneficiários corresponde à soma da média mensal de beneficiários dos últimos 12 meses das operadoras por tipo de plano

(2) Despesa assistencial acumulada em 4 trimestres

CONSIDERAÇÕES SOBRE CONTRIBUIÇÕES DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

A seguir, são tecidos comentários sobre as considerações feitas à apuração das despesas assistenciais e beneficiários para cálculo da Variação da Despesa Assistencial apresentadas pelo setor em reuniões públicas realizadas em dezembro de 2017 e fevereiro e julho de 2018:

DA PEONA

A PEONA, atualmente regida pela Resolução Normativa – RN nº 393/2015, é uma provisão destinada a refletir o montante de sinistros/eventos já ocorridos mas que ainda não sejam de conhecimento da operadora. Ela deve ser estimada atuarialmente e registrada na contabilidade no Passivo, dentro do grupo “Provisões Técnicas de Operações de Assistência Médico-Hospitalar”.

Esta provisão deve ser recalculada mensalmente e registrada na contabilidade. A variação da PEONA de um mês para o outro deve ser registrada nas Despesas, dentro do grupo “*Variação da Provisão de Eventos/Sinistros Ocorridos e Não Avisados*”. É esta a conta aventada a ser incluída no cálculo do indicador, sendo argumentado que se trataria de despesa a ser incorrida pela operadora, mesmo que ainda não conhecida no momento do encerramento do trimestre e que uma variação positiva desta rubrica representaria um aumento das despesas assistenciais da operadora, devendo ser considerada para fins de cálculo do reajuste.

Entretanto, a despeito desses argumentos, entende-se que a variação da PEONA não deve ser considerada no cálculo pelos motivos expostos a seguir:

No plano de contas padrão da ANS, a PEONA não está discriminada por forma de contratação (individuais, coletivo por adesão ou coletivo empresarial), tampouco por época de contratação (pré e pós Lei 9.656/1998). A eventual imposição da coleta desse detalhamento por meio de quadro auxiliar, à parte do Plano de Contas Padrão da ANS, conforme sugerido em audiência pública, além de criar uma nova obrigação para o mercado, demandaria tempo para que as novas informações ganhassem consistência a ponto de serem levadas em consideração no cálculo.

Outra questão em relação à PEONA se refere ao fato de que, quando de sua criação, a ANS não exigiu que a mesma fosse constituída de forma integral. O órgão regulador concedeu um prazo para que o mercado a constituísse de forma escalonada, mensalmente. O prazo final desse escalonamento se encerrou em 2014. Assim sendo, uma análise histórica mais aprofundada da PEONA ficaria prejudicada, uma vez que o aumento da provisão neste período se daria devido não somente ao aumento das despesas assistenciais, mas também devido ao escalonamento programado.

Adicionalmente, está em discussão na Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos – DIOPE, proposta de constituição de PEONA para despesas assistenciais ocorridas no Sistema Único de Saúde – SUS. A proposta conta com escalonamento de 48 meses, de forma que a PEONA SUS será constituída de forma linear com início em janeiro de 2019 e fim em dezembro de 2022. Desta forma, a rubrica PEONA apresentará, mensalmente, um acréscimo que não representa um aumento da PEONA SUS em si, mas apenas a constituição gradual da Provisão, o que novamente inflaria artificialmente o índice.

Outra questão importante reside na metodologia de cálculo dessa provisão, que pode variar de operadora para operadora. A PEONA, como informado, se refere a eventos ocorridos mas que ainda não são de conhecimento da operadora, de forma que ela ainda não sabe o valor exato daqueles eventos. Portanto, esses valores devem ser estimados pelas operadoras. Para essa estimativa, cada operadora deve avaliar quais são os critérios mais adequados, considerando as características de sua operação e de sua

rede médico-hospitalar, além do histórico de avisos dos eventos assistenciais. Essa discricionariedade pode afetar o índice de reajuste, permitindo ao mercado influir no cálculo por meio de critérios subjetivos.

Note-se ainda que, para algumas operadoras (pequeno e médio portes), é permitida a adoção de metodologia definida pela ANS por meio da RN nº 393/2015, o que significa adotar percentual fixo da receita ou da despesa, de modo que a PEONA acompanharia a variação da despesa de um ano para outro, se definida como percentual da despesa, o que não faria diferença para o cálculo no que diz respeito à variação da despesa.

Por fim, deve-se lembrar que o índice a ser calculado busca recompor despesas efetivamente realizadas pela operadora junto à sua rede prestadora, ao passo que a variação da PEONA representa uma variação da previsão de custos futuros e não despesas efetivamente realizadas.

DA COPARTICIPAÇÃO

Durante as discussões sobre a nova metodologia do índice de reajuste, surgiu a possibilidade de considerar as despesas assistenciais brutas – ou seja, sem deduzir a recuperação advinda dos beneficiários em contratos com fator moderador.

Esclarece-se que a coparticipação é uma ferramenta de precificação do plano, e, portanto, não deveria influenciar o reajuste.

Em contratos coletivos, o índice de reajuste pode ser negociado com alterações nas cláusulas de coparticipação. A alteração do valor/percentual de coparticipação altera o valor da mensalidade do plano pois ao esperar uma redução da despesa a operadora pode aceitar uma redução nas receitas.

No caso dos planos individuais, a operadora não tem a liberdade para alterar o valor/percentual da coparticipação contratada. Assim, a operadora precifica seu produto de acordo com o nível de coparticipação. Em tese, a operadora pode negociar diferentes valores de contraprestação a partir de diferentes níveis de coparticipação, desde que respeite a banda de variação registrada na NTRP. Quanto maior a coparticipação, menor a contraprestação. Assim, a operadora espera, através de mecanismos de conscientização dos beneficiários, uma redução nas despesas. Caso esteja certa, pode reduzir seus preços e criar uma maior demanda. Assim, o objetivo da coparticipação é conscientizar o beneficiário do uso responsável e sem desperdício da rede da operadora e incrementar as vendas. Não é objetivo da coparticipação reduzir/aumentar o índice de reajuste.

Por fim, deve-se ressaltar que o objetivo do índice é recompor a parcela das despesas efetivamente percebida pelas operadoras, de modo que, para fins de cálculo do índice de reajuste, as despesas assistenciais devem já estar líquidas da parcela que é recuperada dos beneficiários.

DOS BENEFICIÁRIOS EXPOSTOS

Quanto à apuração da variação do número de beneficiários para cálculo da variação da despesa assistencial per capita, foi argumentado por algumas entidades que a apuração deveria se dar pelo número de beneficiários que estão sujeitos a gerar a despesa assistencial, ou seja, pelos beneficiários expostos, que são aqueles que já cumpriram a carência.

Pela sugestão, e de forma exemplificativa, um beneficiário que entrou na operadora dia 01/07/2018 e permanece na operadora em 31/12/2018, não poderia ser contado como 1 (um) beneficiário no cálculo, mas sim, como uma proporção, no caso, 6/12 (seis doze avos), dado que o beneficiário somente poderia gerar seis meses de despesa.

No que se refere à forma de cálculo sugerida para o cálculo da VDA, conforme detalhado no

item 4 (DOS DADOS DOS BENEFICIÁRIOS), é calculada a média de beneficiários nos 12 meses, apurada no último mês de cada trimestre. Assim sendo, o dado adotado pela ANS para cálculo da VDA per capita já contempla o número médio agregado de beneficiários ao longo dos 24 meses analisados (ano 1 e ano 0 do cálculo).

Ainda analisando a utilização da variação do número de expostos frente ao número de beneficiários, de forma mais conceitual, informamos que:

- O sistema da ANS que detém as informações de beneficiários expostos é o SIP – Sistema de Informação de Produtos, instituído para acompanhamento da assistência prestada aos beneficiários de planos privados de assistência à saúde, com periodicidade trimestral;
- As informações prestadas nesse sistema não são auditadas e não são individualizadas por beneficiário e sim, agregadas por grupo de despesa assistencial e tipo de plano, e a consideração dessas informações para o número de expostos, se daria de forma estimada, uma vez que não se conhece o prazo de carência para cada grupo de eventos de cada operadora. Por exemplo, uma operadora pode usar o prazo máximo de carência permitido por lei para consultas (180 dias), enquanto outra poderia utilizar 30, 60, 90 dias ou não ter prazo de carência para esse item de despesa assistencial.

A tabela a seguir representa a análise da base do SIP de 2015 a 2017, permite verificar que a evolução de expostos gira em torno de 94 a 96%, enquanto a de beneficiários gira de 97 a 99% se considerados todos os grupos de despesa assistencial, de modo que a variação seria em torno de 2 pontos percentuais, independentemente de se considerar variação de número de expostos ou de número de beneficiários:

Evolução de Expostos e de Beneficiários		2015-2017			
		Trim1	Trim2	Trim3	Trim4
Consultas médicas	Evolução Expostos	95,26%	94,02%	95,78%	95,62%
	Evolução Beneficiários	96,94%	96,81%	98,79%	98,95%
Exames complementares	Evolução Expostos	95,89%	94,48%	96,95%	99,66%
	Evolução Beneficiários	97,14%	96,83%	98,81%	102,07%
Internações	Evolução Expostos	96,24%	95,60%	96,67%	95,45%
	Evolução Beneficiários	97,31%	97,52%	99,21%	98,39%
Outros atendimentos ambulatoriais	Evolução Expostos	95,39%	94,69%	96,36%	96,12%
	Evolução Beneficiários	96,79%	96,74%	98,84%	98,99%
Terapias	Evolução Expostos	95,22%	94,59%	95,94%	95,41%
	Evolução Beneficiários	96,28%	96,62%	98,42%	98,57%
Total Geral	Evolução Expostos	95,60%	94,66%	96,33%	96,43%
	Evolução Beneficiários	96,89%	96,90%	98,81%	99,38%

Fonte: ANS, dados obtidos dos sistemas SIB e SIP, elaboração própria

Adicionalmente, não se observa no mercado atual um grande volume de comercialização de planos individuais, de modo que não se vislumbra um impacto relevante de beneficiários não expostos no cálculo do índice.

Por fim, tendo em vista a consolidação da TISS (Troca de Informação de Saúde Suplementar) como sistema de informação que permitirá avaliar a utilização individual do beneficiário, será possível formar uma série temporal fidedigna da variável “beneficiários expostos” para fins de cálculo da variação da despesa assistencial per capita, em momento de possível de revisão da metodologia de cálculo da VDA.

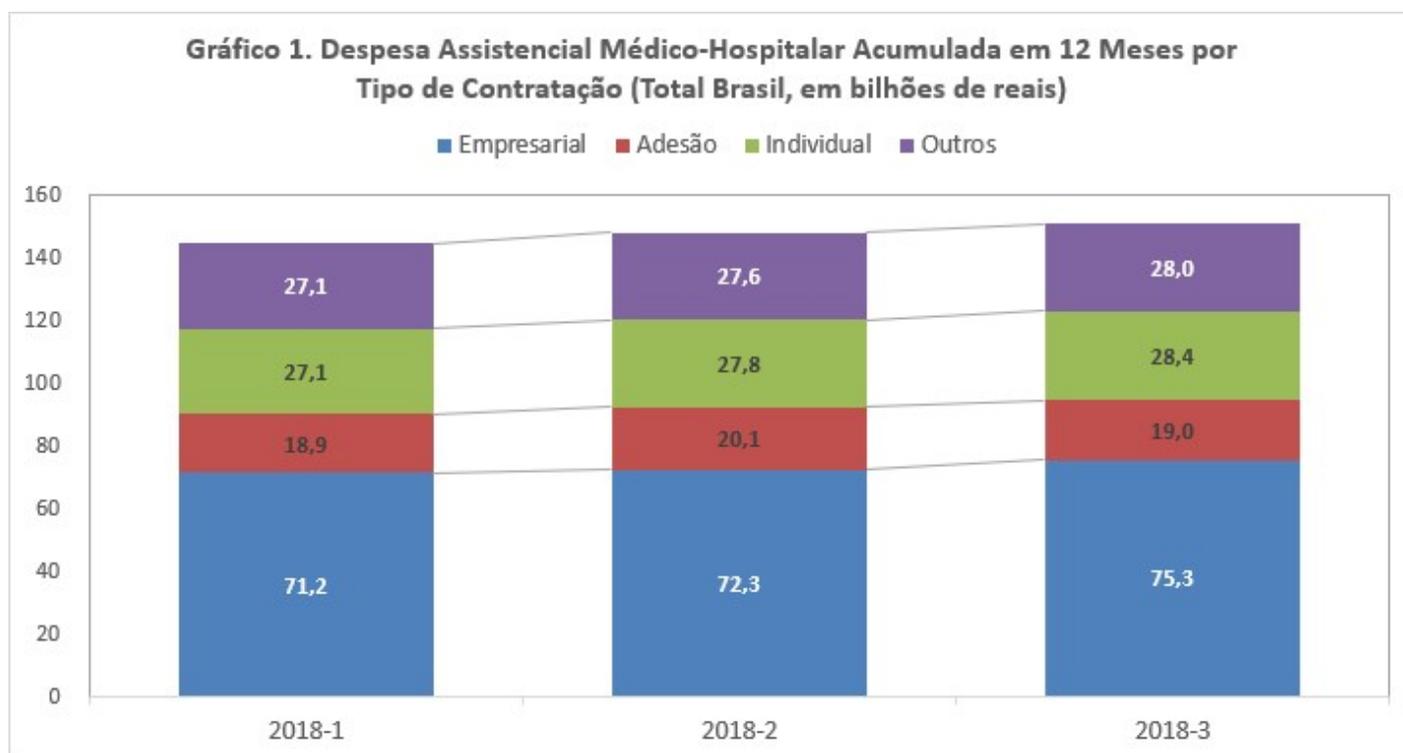
DESPESA MÉDICO-HOSPITALAR POR BENEFICIÁRIO (DMH)

O cálculo da Despesa Médico-Hospitalar (DMH) por beneficiário considera a despesa incorrida na prestação de assistência médico-hospitalar acumulada em 12 meses e a média mensal dos vínculos ativos de beneficiários no mesmo período, sendo calculada da seguinte maneira:

$$DMH = \frac{\text{Despesa médico – hospitalar}}{\text{Beneficiários}}$$

Onde: Despesa médico-hospitalar é o total da despesa assistencial médico-hospitalar acumulada em 12 meses de determinada operadora; e
Beneficiários é a média mensal dos vínculos ativos ao longo do mesmo período da mesma operadora

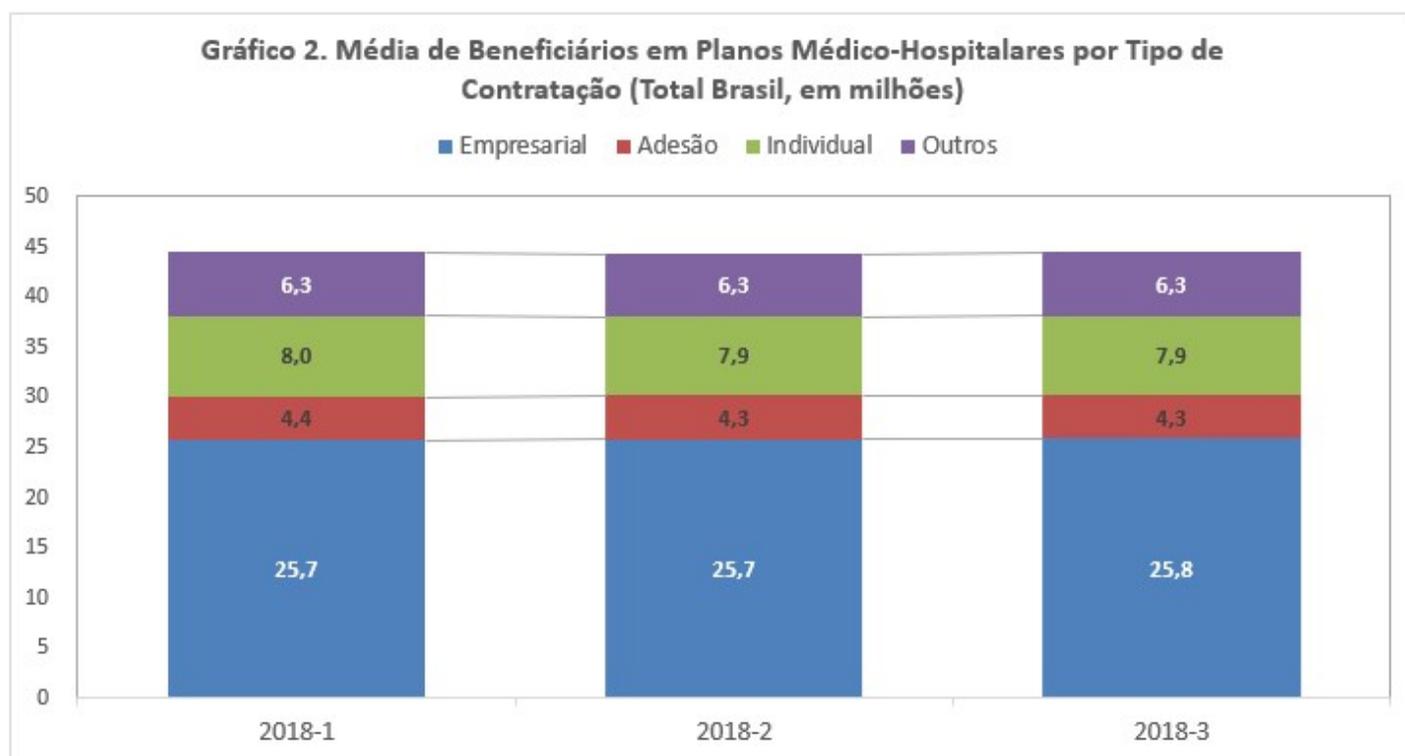
A despesa assistencial da base consolidada totalizou R\$ 150.766.636.557 (cento e cinquenta bilhões, setecentos e sessenta e seis milhões, seiscentos e trinta e seis mil, quinhentos e cinquenta e sete reais) nos 12 meses findos em setembro de 2018, sendo 50,0%, ou R\$ 75.323.993.336 (setenta e cinco bilhões, trezentos e vinte e três milhões, novecentos e noventa e três mil, trezentos e trinta e seis reais), em planos coletivos empresariais regulamentados em regime de pagamento pré-estabelecido, 12,6% ou R\$ 19.001.517.689 (dezenove bilhões, um milhão, quinhentos e dezessete mil seiscentos e oitenta e nove reais) em planos coletivos por adesão regulamentados em regime de pagamento pré-estabelecido, 18,8%, ou R\$ 28.417.192.508 (vinte e oito bilhões, quatrocentos e dezessete milhões, cento e noventa e dois mil, quinhentos e oito reais) , em planos individuais regulamentados e os 18,6% restantes em planos não regulamentados, anteriores à lei ou em regime de pagamento pós-estabelecido. O gráfico 1 abaixo apresenta a evolução da despesa assistencial acumulada de 12 meses, trimestre a trimestre.



Fonte: ANS, elaboração própria

Nota: Outros incluem planos não regulamentados e planos em modalidade de pagamento pós-estabelecido.

O gráfico 2 apresenta a evolução da média de 12 meses dos vínculos ativos de, beneficiários trimestre a trimestre. A base consolidada apresentou média de 44.349.180 (quarenta e quatro milhões, trezentos e quarenta e nove mil, cento e oitenta) beneficiários nos 12 meses findos em setembro de 2018, sendo 58,1% ou 25.777.465 (vinte e cinco milhões, setecentos e setenta e sete mil, quatrocentos e sessenta e cinco) beneficiários em planos coletivos empresariais regulamentados, em regime de pagamento pré-estabelecido, 9,8% ou 4.332.554 (quatro milhões, trezentos e trinta e dois mil, quinhentos e cinquenta e quatro) em planos coletivos por adesão regulamentados, em regime de pagamento pré-estabelecido, 17,9% ou 7.940.265 (sete milhões, novecentos e quarenta mil e duzentos e sessenta e cinco) em planos individuais regulamentados e os 14,2% restantes em planos não regulamentados ou em regime de pagamento pós-estabelecido.



Fonte: ANS, elaboração própria

Nota: Outros incluem planos não regulamentados e planos em modalidade de pagamento pós-estabelecido.

VARIAÇÃO DA DESPESA ASSISTENCIAL (VDA)

A Variação anual da Despesa Assistencial por beneficiário (VDA) foi calculada para todas as operadoras que apresentaram valores de DMH positivo nos dois períodos de comparação. Desta forma, evitou-se incluir no cálculo distorções oriundas dos casos de operadoras que entraram ou saíram do mercado durante o período de comparação, priorizando-se assim pela análise da VDA nas operadoras com operação continuada.

A Variação da Despesa Assistencial per capita de cada operadora é calculada medindo-se a variação anual da Despesa Médico-Hospitalar per capita dessa mesma operadora de um ano para o outro. A VDA referente ao ano T1 é calculada conforme a fórmula a seguir:

$$VDA = \frac{DMH_T}{DMH_{T-1}} - 1$$

Onde: DMH_T é a despesa médico-hospitalar per capita em um período de 12 meses do ano T de uma determinada operadora; e DMH_{T-1} é a despesa médico-hospitalar per capita em um período de 12 meses do ano anterior a T da mesma operadora;

A seguir serão avaliadas algumas estatísticas detalhando o comportamento da Variação da Despesa Assistencial, incluindo suas tendências centrais.

As medidas de tendência central indicam, em geral, um valor em torno do qual os dados estão distribuídos. As estatísticas descritivas da base de cálculo que indicam as medidas de tendência central da Variação da Despesa Assistencial (VDA), considerando todos os critérios e metodologia descritos nesta Nota Técnica estão detalhadas abaixo.

A Média Simples ou Média Aritmética Simples é obtida somando-se a VDA de cada operadora e dividindo-se o resultado pelo total de operadoras consideradas. Ou seja, a média da VDA de n operadoras é a soma das VDAs dividida por n . A Média Simples é uma medida de tendência central sensível aos valores atípicos e, portanto, faz-se necessária a aplicação de metodologia de tratamento de valores atípicos antes de sua utilização. Adicionalmente, nos cálculos envolvendo média aritmética simples, todas as operadoras têm exatamente a mesma importância ou o mesmo peso relativo, independentemente da quantidade de beneficiários vinculados a cada operadora.

$$\bar{x}_{simples} = \frac{\sum_i^N VDA_i}{N} - 1$$

Onde: VDA_i é a Variação da Despesa Assistencial da operadora i
 N é o total de operadoras consideradas

A Mediana é o valor (pertencente ou não ao conjunto de dados da base de cálculo) que divide a base em dois subconjuntos de mesmo tamanho. Para se encontrar a Mediana, primeiramente é preciso colocar as observações em ordem crescente ou decrescente para, em seguida, encontrar o centro. Quando o número de operadoras da base de cálculo for ímpar, a Mediana é o valor que divide a base de dados ao meio quando este se encontra ordenado em ordem crescente ou decrescente. Quando o número de operadoras da base for par, a Mediana é a média aritmética simples dos dois valores centrais. Note-se que a Mediana é afetada pela quantidade de operadoras e não pelos valores extremos. Esta medida de tendência central também não leva em consideração a quantidade de beneficiários. A Mediana é mais típica onde os valores centrais do conjunto de dados são intimamente agrupados. Quando as distribuições são muito assimétricas, a Mediana tende a ser o valor de tendência central mais representativo.

A Média Ponderada é similar à média simples. Entretanto, na média ponderada a VDA de cada operadora receberá um peso relativo à quantidade de seus beneficiários, de forma que, ao contrário da média simples, operadoras maiores terão maior influência no cálculo do índice.

$$\bar{x}_{ponderada} = \sum_i^N \left(VDA_{iT} \frac{Beneficiários_{iT}}{\sum_i^N Beneficiários_{iT}} \right)$$

Onde: VDA_{iT} é Variação da Despesa Assistencial da Operadora i no ano T em relação ao ano $T-1$

$Beneficiários_{iT}$ é a média de beneficiários da operadora i no ano T

N é o total de operadoras

No caso da Média Agregada as observações têm importância relativa diferente. A Média Agregada da VDA é obtida a partir da variação da DMH agregado calculado para dois períodos. Neste caso, o peso relativo de cada operadora se dá da seguinte forma: as despesas assistenciais de todas as operadoras são somadas e divididas pela soma do total de beneficiários, obtendo-se, ao final, uma VDA agregada em cada período. Especificamente, a Média Agregada da Variação da Despesa Assistencial por beneficiário (VDA) é calculada da seguinte maneira:

$$\bar{x}_{agregada} = \left(\frac{\sum_i^N Despesa\ Assistencial_{i\ t}}{\sum_i^N Beneficiários_{i\ t}} \div \frac{\sum_i^N Despesa\ Assistencial_{i\ t-1}}{\sum_i^N Beneficiários_{i\ t-1}} \right) - 1$$

Onde: N é a quantidade de operadoras na base de cálculo;

$Despesa\ Assistencial_i$ é o total de Despesa Assistencial da Operadora i

$Beneficiários_i$ é a média de beneficiários da operadora i

T é um período de 12 meses;

$T-1$ é o período de 12 meses imediatamente anterior.

Na linha dos esclarecimentos acima prestados, deve-se ter em mente que uma das medidas de tendência central apresentadas deverá ser adotada como a que melhor represente a VDA do mercado estudado.

A Média Agregada considera o mercado de uma forma conjunta, como se a variação de despesas tivesse ocorrido de forma homogênea entre as operadoras. A ponderação que ocorre nesta medida leva em consideração tanto o volume de despesas assistenciais e o quantitativo de beneficiários de cada operadora. Entretanto, estas variáveis são ponderadas de forma separada, uma vez que a Média Agregada é calculada por meio de um DMH (despesa per capita) agregado: soma das despesas assistenciais de todas as operadoras dividida pela soma dos beneficiários de todas as operadoras, como se o mercado fosse uma única operadora. A relação despesas/beneficiários de cada operadora não é preservada.

Assim, na Média Agregada, uma operadora com poucos beneficiários, mas que tenha um volume total de despesas assistenciais alto, aumentaria sua influência em relação a uma operadora muito grande (com muitos beneficiários) mas com despesa per capita (DMH) baixa.

No caso da Média Ponderada, primeiramente calcula-se a variação de despesa ocorrida em cada operadora, dando-lhes o peso relativo com base no número de beneficiários de cada uma delas em relação à amostra total. Dessa forma, o cálculo seria mais influenciado pelas operadoras com maior número de beneficiários e que, a princípio, teriam carteiras com melhor diluição de risco, além de serem mais representativas. Ademais, por manter em seu cálculo as VDAs individualizadas, a Média Ponderada consegue captar a variação de despesas ocorrida em operadoras com perfis distintos de operação, como porte, público-alvo, segmentação, região de atuação etc.

Em resumo, os resultados entre as medidas derivam do ponderador utilizado. Enquanto na Média Agregada tem-se a variação das despesas de uma "Operadora Média do Mercado", na Média Ponderada calcula-se a variação de despesas de um "Beneficiário Médio do Mercado". As outras medidas (Média Simples e Mediana) consideram a VDA de cada operadora individualmente, desconsiderando o quantitativo de beneficiários em cada uma delas. Neste caso, a representatividade de cada operadora no mercado é desprezada, seja em termos de DMH, seja em termos de beneficiários.

Diante disto, recomenda-se, dentre as medidas de tendência central analisadas, a adoção da Média Ponderada como aquela que melhor representa a base.

Além disso, estudo realizado por pesquisadoras da UFMG sobre a aplicabilidade da metodologia *Price Cap* na Saúde Suplementar aponta a utilização da média ponderada como estatística mais adequada, na comparação com outras medidas de tendência central:

“Vale mencionar que a média ponderada do VDMH pode ser considerada uma estatística mais adequada, pois permite corrigir de forma indireta para problemas na escala.” (TC 42 ANS OPAS /BR/CNT/1401056.003 -maio 2015)

TRANSPARÊNCIA

Os dados contábeis e de beneficiários utilizados para o cálculo da VDA – Variação da Despesa Assistencial estão disponíveis ao público através dos seguintes endereços eletrônicos:

Dado: Despesas Assistenciais

Fonte: Demonstrações Contábeis

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>>

Dado: Quantidade de Beneficiários – Informação Trimestral

Fonte: ANS TABNET

Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def>

Dado: Quantidade de Beneficiários – Informação Mensal últimos 12 meses

Fonte: SALA DE SITUAÇÃO

Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente metodologia de cálculo tem o intuito de conferir maior transparência, normatizar o tema e aprimorar a metodologia que determina a Variação da Despesa Assistencial – VDA. É esperado que esta metodologia seja atualizada de acordo com a evolução dos elementos que a compõem, porém preservando sempre o objetivo de monitorar a evolução das despesas assistenciais na saúde suplementar de maneira

clara e transparente, permitindo o diálogo sobre indicadores que formam uma linguagem comum do setor. A entrada em vigor em 2019 de novo plano de contas, por exemplo, provocará atualização dos grupos de contas considerados na apuração das despesas assistenciais por tipo de plano, suscitando naturalmente uma revisão da metodologia ora detalhada.

Sendo essas as considerações técnicas cabíveis, encaminha-se a presente Nota para a continuidade do cálculo do índice de reajuste da ANS a ser aplicado aos contratos individuais/familiares regulamentados ou adaptados à Lei 9.656/1998.

REFERÊNCIAS E DOCUMENTOS RELACIONADOS

[1] DIOPS: Regulamentado pela Resolução Normativa nº 173 de 10/07/2008, alterada pelas RNs nº 212/2010, 224/2010, 243/2010, 274/2011, 418/2016 e IN/DIOPE nº 45, de 15/12/2010. SIB: Regulamentado pela Resolução Normativa nº 295, de 09/05/2012, alterada pelas RNs nº 303/2012, 361/2014 e 376/2015.

[2] Statistical Analysis Software, Enterprise Guide, versão 7.15, Copyright © SAS Institute Incorporated.

OBS.: Atenção - Antes de assinar verifique se possui autoridade no Regimento interno da ANS para assinar este tipo de documento.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 11/12/2018, às 15:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **DANIELE RODRIGUES CAMPOS, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos**, em 11/12/2018, às 15:38, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Bruno Santoro Morestrello, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 11/12/2018, às 15:41, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RAFAEL PEDREIRA VINHAS, Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos**, em 11/12/2018, às 15:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://www.ans.gov.br/sei/autenticidade>, informando o código verificador **10657916** e o código CRC **95C66359**.