



PROCESSO Nº: 33910.012414/2017-24

NOTA TÉCNICA Nº 29/2018/GEFAP/GGREG/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 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.

1. 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). Os balancetes financeiros das operadoras são objeto de auditoria por auditor independente, em consonância com a norma [1] vigente.

As operadoras são responsáveis pelas 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 inicial da qualidade das informações no momento do envio, 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.

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 (distância entre o 1º quartil e o 3º quartil). O limite inferior será o 1º quartil diminuído de 1,5 vezes o intervalo interquartil, ao passo que o limite superior será o 3º quartil acrescido da mesma distância.

2. 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 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.

Os dados do DIOPS contendo as informações contábeis estão disponíveis no site da ANS na Internet: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/demonstracoes-contabeis>.

Cabe ressaltar que foram aplicados os seguintes critérios na extração dos dados do DIOPS:

- Foram excluídas as operadoras classificadas nas modalidades 'Cooperativa odontológica', 'Odontologia de Grupo', 'Administradora' e 'Administradora de Benefícios', uma vez que se busca calcular a variação das despesas de operadoras do segmento médico-hospitalar;
- Foram excluídas as operadoras que tiveram seu registro cancelado junto à ANS a partir do ano do cancelamento, dado que as informações destas operadoras não são passíveis de monitoramento ou verificação;
- Na totalização da despesa assistencial foram consideradas as seguintes contas contábeis da subconta 411111 que corresponde a "Eventos/Sinistros Conhecidos ou Avisados de Assistência à Saúde Médico-Hospitalar":
 - 41111101 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares antes da Lei
 - 41111102 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Individuais/Familiares depois da Lei
 - 41111103 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão antes da Lei
 - 41111104 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão depois da Lei
 - 41111105 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais antes da Lei
 - 41111106 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais depois da Lei
 - 41111107 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Sistema Único de Saúde - SUS
 - 41111109 - Cobertura Assistencial com Preço Pré-estabelecido: Eventos - outras formas de pagamento
 - 41111203 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão antes da Lei
 - 41111204 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos por Adesão depois da Lei
 - 41111205 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais antes da Lei
 - 41111206 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Planos Coletivos Empresariais depois da Lei
 - 41111207 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Sistema Único de Saúde - SUS
 - 41111209 - Cobertura Assistencial com Preço Pós-estabelecido: Eventos - outras formas de pagamento
- Os valores referentes a "Eventos - outras formas de pagamento" e "Sistema Único de Saúde – SUS" que não apresentavam detalhamento do tipo de contratação foram distribuídos proporcionalmente entre os agrupamentos de contas por tipo de contratação assumindo: (1) a proporção por tipo de contratação dos dados identificados da própria operadora, quando houver, ou (2) a proporção calculada do total de todas as outras operadoras. Os valores distribuídos representaram 0,82% da despesa assistencial do ano;
- Foram consideradas apenas as operadoras em que a despesa assistencial acumulada de 12 meses apresentasse valor positivo.

A seguir, são tecidos comentários sobre as considerações feitas à apuração das despesas assistenciais para cálculo final 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".

Mensalmente ela deve ser recalculada 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, a 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 ela 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 havia uma tendência de crescimento da provisão devido ao escalonamento.

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 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 realizados 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 operar 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 deduzidas da parcela que é recuperada dos beneficiários.

3. DOS DADOS DE BENEFICIÁRIOS (SIB)

Os dados cadastrais de beneficiários são atualizados mensalmente pelas operadoras.

Cabe ressaltar que foram aplicados os seguintes critérios na extração dos dados do SIB:

- Foram excluídas as operadoras classificadas nas modalidades 'Cooperativa odontológica', 'Odontologia de Grupo', 'Administradora' e 'Administradora de Benefícios';
- Foram excluídos os planos exclusivamente odontológicos;
- Foram excluídas as operadoras que tiveram seu registro cancelado junto à ANS a partir do ano de cancelamento, dado que as informações destas operadoras não são passíveis de monitoramento ou verificação;
- Para a contagem de beneficiários, houve o rateio dos beneficiários sem informação de tipo de contratação assumindo: (1) a proporção por tipo de contratação dos dados identificados da própria operadora, quando houver, ou (2) a proporção dos dados de todas as outras operadoras. Estes valores representavam entre o mínimo de 0,41% e o máximo de 1,01% dos totais de beneficiários entre os meses de janeiro de 2013 e dezembro de 2017;
- Para o cálculo da média de beneficiários dos 12 meses terminando no último mês de cada trimestre, este estudo considera apenas as operadoras que apresentaram uma sequência ininterrupta de pelo menos 1 beneficiário.

Adicionalmente, para efeito deste estudo foram consideradas apenas operadoras que figurassem tanto na base de quantidade de beneficiários extraída do SIB quanto na base de despesas extraída do DIOPS. 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 contratação. Nota-se que o resultado do cruzamento das duas bases corresponde à quase totalidade da Despesa Assistencial e, no caso de beneficiários, atinge entre 94,8% no último trimestre de 2013 e 96,5% no último trimestre de 2017 do total de beneficiários informados no período de análise.

Tabela 1. Resultados da Extração e Cruzamento das Bases 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	%
2013-4	973	796	751	49.044	43.109	87,9%	88.101	83.533	94,8%
2014-1	926	764	733	48.005	43.003	89,6%	90.611	86.090	95,0%
2014-2	923	767	731	48.589	44.296	91,2%	94.687	90.340	95,4%
2014-3	917	765	726	49.000	44.124	90,0%	98.216	93.914	95,6%
2014-4	913	765	718	49.856	44.996	90,3%	103.101	98.762	95,8%
2015-1	862	741	706	49.869	45.325	90,9%	106.265	102.237	96,2%
2015-2	861	742	710	50.264	46.320	92,2%	110.871	106.738	96,3%
2015-3	859	743	711	50.484	46.686	92,5%	115.374	111.020	96,2%
2015-4	848	743	705	50.353	45.200	89,8%	116.510	111.592	95,8%
2016-1	805	722	694	48.095	44.756	93,1%	120.384	115.438	95,9%
2016-2	800	723	694	48.061	44.901	93,4%	125.740	120.579	95,9%
2016-3	798	724	694	47.982	44.883	93,5%	129.855	124.773	96,1%
2016-4	796	725	692	47.833	45.340	94,8%	133.751	128.837	96,3%
2017-1	764	700	676	47.318	45.065	95,2%	136.965	131.986	96,4%
2017-2	763	702	676	47.175	44.946	95,3%	139.864	134.863	96,4%
2017-3	757	702	677	47.046	44.903	95,4%	143.693	138.696	96,5%
2017-4	755	709	680	46.979	44.397	94,5%	147.136	142.035	96,5%

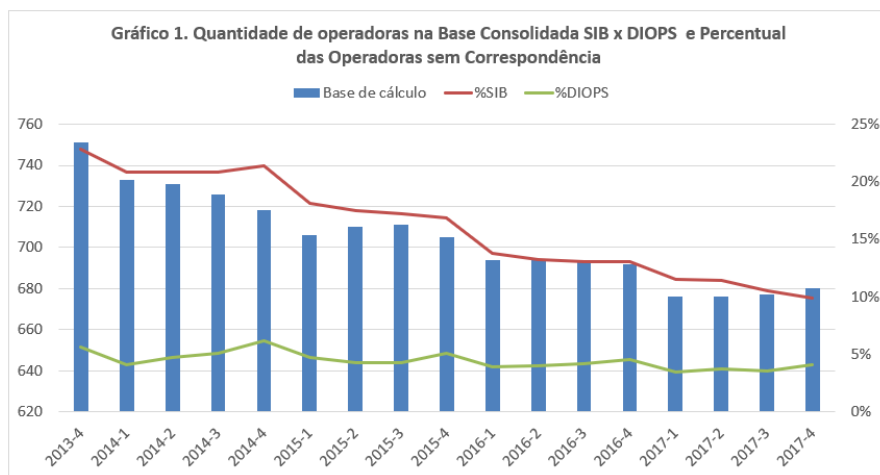
Fonte: ANS, dados obtidos dos sistemas DIOPS (extraído em 30/07/2018) e SIB (competência abril de 2018)

Notas:

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

⁽²⁾ Despesa assistencial acumulada em 12 meses

A base de cálculo resultante apresentava 680 operadoras que informaram vínculos ativos de beneficiários e despesas assistenciais no período de 12 meses, findos em dezembro de 2017, conforme ilustrado no gráfico 1 a seguir. Deste total, 555 operadoras gerenciavam carteiras de planos coletivos empresariais regulamentados na forma de financiamento pré-estabelecido, 434 gerenciavam carteiras de planos coletivos por adesão regulamentados com pagamento pré-estabelecido e 516 operadoras gerenciavam carteiras de planos individuais regulamentados. Observa-se que mais de 90% das operadoras que informaram dados de despesa assistencial no DIOPS também informaram vínculos ativos de beneficiários no SIB em todos os períodos analisados, enquanto o percentual das operadoras no SIB que não apresentaram os dados correspondentes de despesas no DIOPS variou entre 11,0% no quarto trimestre de 2017 e 22,2% no quarto trimestre de 2013.



Fonte: ANS, dados obtidos dos sistemas DIOPS (extraído em 30/07/2018) e SIB (competência abril de 2018)

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 contratação, 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 revisão da metodologia de cálculo da VDA.

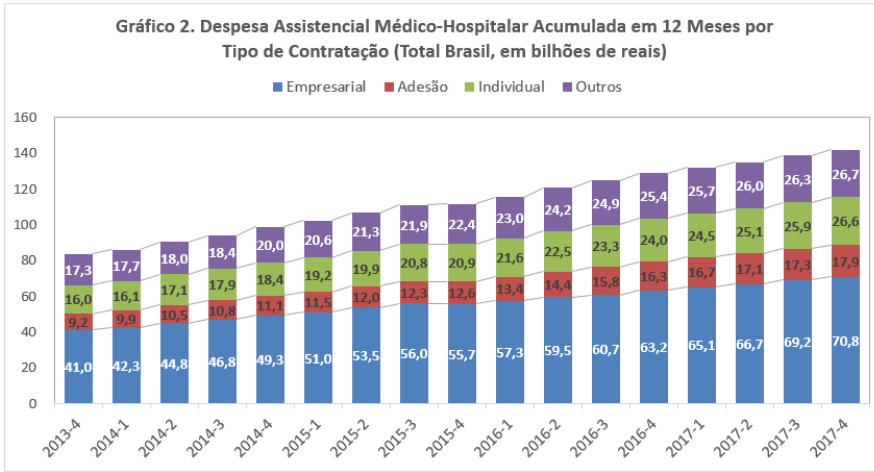
4. DESPESA MÉDICO-HOSPITALAR POR BENEFICIÁRIO (DMH)

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 calculado da seguinte maneira:

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

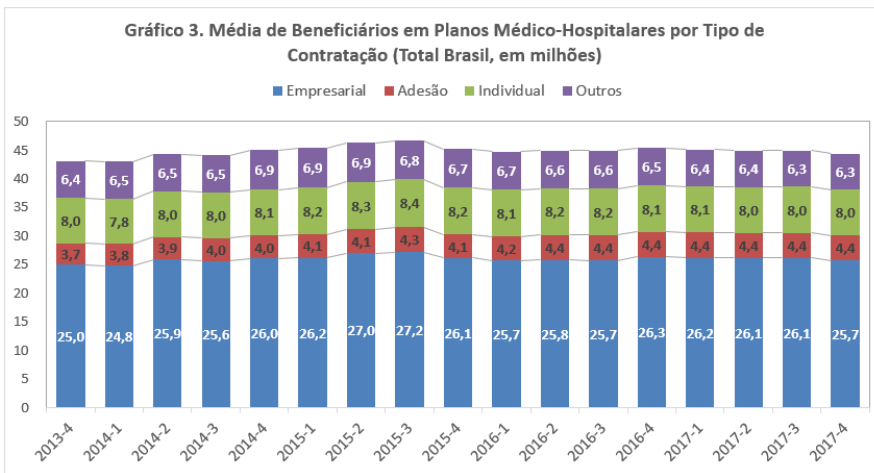
Onde: Despesa médico-hospitalar é o total da despesa assistencial médico-hospitalar acumulada em 12 meses de determinada operadora; e
Beneficiários é a média mensal dos vínculos ativos ao longo do mesmo período da mesma operadora

A despesa assistencial da base consolidada totalizou R\$ 142.034.770.610 (cento e quarenta e dois bilhões, trinta e quatro milhões, setecentos e setenta mil, seiscentos e dez reais) entre janeiro e dezembro de 2017, sendo 49,8%, ou R\$ 70.770.411.922 (setenta bilhões, setecentos e setenta milhões, quatrocentos e onze mil, novecentos e vinte e dois reais), em planos coletivos empresariais regulamentados em regime de pagamento pré-estabelecido, 12,6% ou R\$ 17.924.224.080 (dezessete bilhões, novecentos e vinte e quatro milhões, duzentos e vinte e quatro mil e oitenta reais) em planos coletivos por adesão regulamentados em regime de pagamento pré-estabelecido, 18,7%, ou R\$ 26.617.512.688 (vinte e seis bilhões, seiscentos e dezessete milhões, quinhentos e doze mil, seiscentos e oitenta e oito reais), em planos individuais regulamentados e os 18,8% restantes em planos não regulamentados ou em regime de pagamento pós-estabelecido. O gráfico 2 abaixo apresenta a evolução da despesa assistencial acumulada de 12 meses, trimestre a trimestre entre o primeiro trimestre de 2013 e o último trimestre de 2017 por tipo de contratação.



Fonte: ANS, elaboração própria
 Nota: Outros incluem planos não regulamentados e planos em modalidade de pagamento pós-estabelecido.

O gráfico 3 apresenta a evolução da média de beneficiários trimestre a trimestre entre o primeiro trimestre de 2013 e o último trimestre de 2017. A base consolidada apresentou média de 44.397.109 (quarenta e quatro milhões, trezentos e noventa e sete mil, cento e nove) beneficiários nos 12 meses findos em dezembro de 2017, sendo 57,9% ou 25.687.630 (vinte e cinco milhões, seiscentos e oitenta e sete mil, seiscentos e trinta) de beneficiários em planos coletivos empresariais regulamentados, em regime de pagamento pré-estabelecido, 9,8% ou 4.369.073 (quatro milhões, trezentos e sessenta e nove mil e setenta e três) em planos coletivos por adesão regulamentados, em regime de pagamento pré-estabelecido, 18,1%, ou 8.030.028 (oito milhões, trinta mil e vinte e oito), em planos individuais regulamentados e os 14,2% restantes em planos não regulamentados ou em regime de pagamento pós-estabelecido.



Fonte: ANS, elaboração própria

5. **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 calculado 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 apresentadas algumas estatísticas descritivas do mercado em relação à Variação da Despesa Assistencial por operadora e por tipo de contratação.

Os histogramas apresentados nos gráficos 4 a 7 a seguir ilustram a distribuição da VDA anual calculada por operadora após a exclusão dos valores extremos das carteiras de planos coletivos e individuais, respectivamente, tomando como exemplo os anos de 2016 e 2017.

6. **VDA (MEDIDAS CENTRAIS DO MERCADO)**

Nesta seção serão abordadas algumas estatísticas detalhando o comportamento da Variação da Despesa Assistencial ao longo dos últimos quatro anos, 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_T é Variação da Despesa Assistencial da Operadora *i* no ano *T* em relação ao ano *T-1*
Beneficiários_T 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 também leva em consideração 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.

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)

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.

7. TRANSPARÊNCIA DOS DADOS

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: Dados de Beneficiários por operadora + Produtos e Prestadores Hospitalares

Fonte: Portal Brasileiro de dados abertos

Disponível em: <<http://dados.gov.br/dataset/dados-gov-br-dataset-dados-de-beneficiarios-por-operadora>> e <<http://dados.gov.br/dataset/produtos-e-prestadores-hospitalares>>

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>>

8. 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.

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.



Documento assinado eletronicamente por **Claudia Akemi Ramos Tanaka, Especialista em Regulação de Saúde Suplementar**, em 26/10/2018, às 18:27, 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 26/10/2018, às 18:30, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **RODOLFO NOGUEIRA DA CUNHA, Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos (substituto)**, em 26/10/2018, às 18:32, 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 **9467072** e o código CRC **05B70CDA**.