

PROCESSO Nº: 33910.024114/2017-98

NOTA TÉCNICA Nº 3/2018/DIOPE

Assunto: Proposta de fórmula de cálculo para a PEONA SUS e a PIC a serem aplicadas se a operadora não adotar metodologia atuarial própria

Prezado Senhor Diretor-Adjunto,

I. Introdução

Na sexta reunião da Comissão Permanente de Solvência (CPS), a Diretoria de Normas e Habilitação de Operadoras (DIOPE) apresentou proposta de implementação da provisão para eventos ocorridos e não avisados referente a procedimentos realizados na rede pública de saúde em beneficiários de planos de saúde (PEONA SUS) e da provisão de insuficiência de prêmios e contraprestações (PIC). A proposta foi formulada após discussão na CPS e realização de uma série de estudos sobre o tema, que se iniciaram em 2013, quando foi realizado grupo de trabalho para discussão da solvência no setor de saúde suplementar.

Além de aprimorar o provisionamento do setor, de forma que as operadoras mantenham recursos para o pagamento das despesas esperadas futuras, o que impacta diretamente em sua solvência, e estimulá-las a avaliar quais provisões devem ser constituídas e em qual montante, este é também um meio de incentivar o aprimoramento da gestão no setor. A partir dos resultados da PIC, pode-se detectar problemas na política de subscrição de planos. Embora as operadoras não tenham controle sobre o processo de aviso dos procedimentos realizados na rede pública de saúde, podem realizar ações para diminuir a quantidade de beneficiários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

As provisões devem ser constituídas com base em metodologias atuariais consistentes e que considerem as características específicas de cada operadora. Para a PEONA SUS, como a ANS é responsável pelo processo de aviso, tem as bases de dados necessárias ao cálculo da provisão. A fim de facilitar a constituição e diminuir o ônus, especialmente para operadoras de pequeno e médio porte, foi calculada a PEONA SUS real para o período entre o 3º trimestre de 2014 e o 4º trimestre de 2015, a qual foi dividida pelo total de eventos ocorridos na rede pública e avisados em 24 meses. A média geométrica desse percentual foi contraposto ao percentual baseado na média da PEONA das operadoras médico-hospitalares, e o menor valor foi multiplicado pelos eventos ocorridos na rede pública em 24 meses. Esse valor poderá ser utilizado por operadoras que prefiram não adotar metodologia atuarial própria. Para operadoras de pequeno e médio porte, as bases de eventos podem não ser adequadas para estimação da PIC por método prospectivo, razão pela qual se propõe a utilização de um método simples, retrospectivo, mas consistente com objetivo principal do estabelecimento da PIC, a ser utilizado por operadoras que não desenvolverem metodologia atuarial própria.

Nesta nota, serão apresentados os procedimentos utilizados para cálculo dos percentuais acima referidos e para definição do método de estimação da PIC, caso a operadora não utilize metodologia atuarial própria.

II. PEONA/SUS

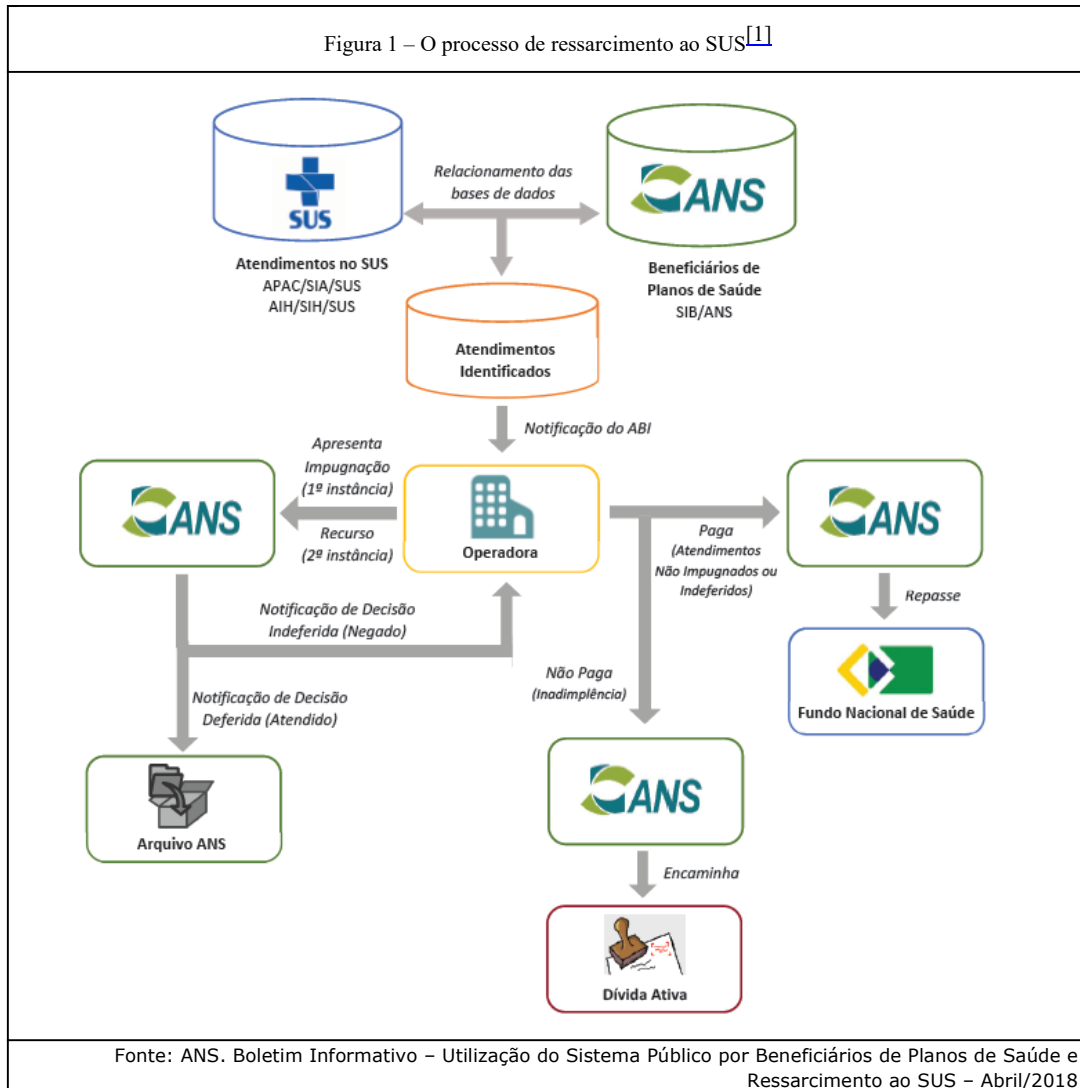
II.1. O processo de ressarcimento ao SUS

A ANS é responsável pela cobrança dos procedimentos realizados no SUS em beneficiários de planos de saúde. Na figura 1, abaixo, são mostradas as etapas do processo de ressarcimento. Uma vez identificados os beneficiários que foram internados na rede pública de saúde ou realizaram procedimentos ambulatoriais de alta complexidade, as operadoras são avisadas por meio do Aviso de Beneficiário Identificado (ABI). Usualmente, um ABI engloba todos os procedimentos identificados realizados em determinado período. A partir do aviso, a operadora pode pagar os procedimentos devidos e contestar a cobrança dos procedimentos que julgue ter sido cobrados indevidamente. Havendo a impugnação de algum procedimento, a ANS analisa a contestação e comunica sua decisão à operadora. Havendo indeferimento da contestação, a operadora pode recorrer à 2ª instância. Se o recurso não for provido, os valores contestados deverão ser pagos.

Para análise do processo de aviso, quatro datas são fundamentais:

- Data de ocorrência do evento: data de internação do beneficiário ou de realização do procedimento na rede pública;

- Data de aviso à operadora: data na qual a operadora é avisada de que houve a realização de procedimentos em seus beneficiários (notificação do ABI);
- Data de cobrança: data na qual é emitida a Guia de Recolhimento da União (GRU) referente ao procedimento;
- Data de pagamento: data na qual a operadora paga pelo procedimento realizado na rede pública de saúde.



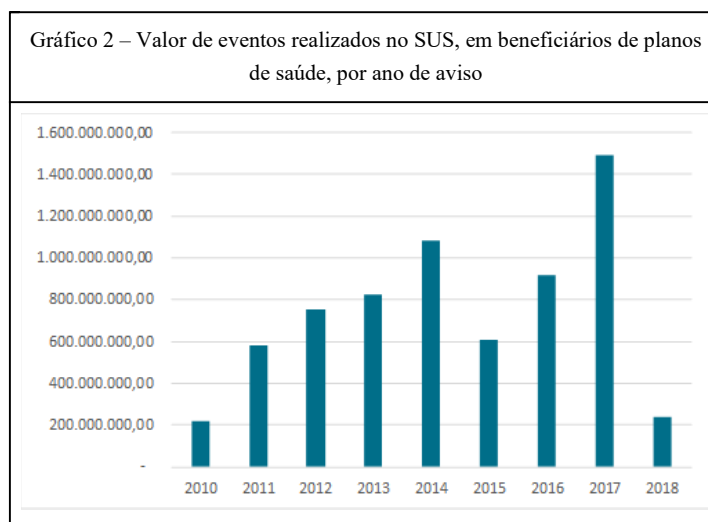
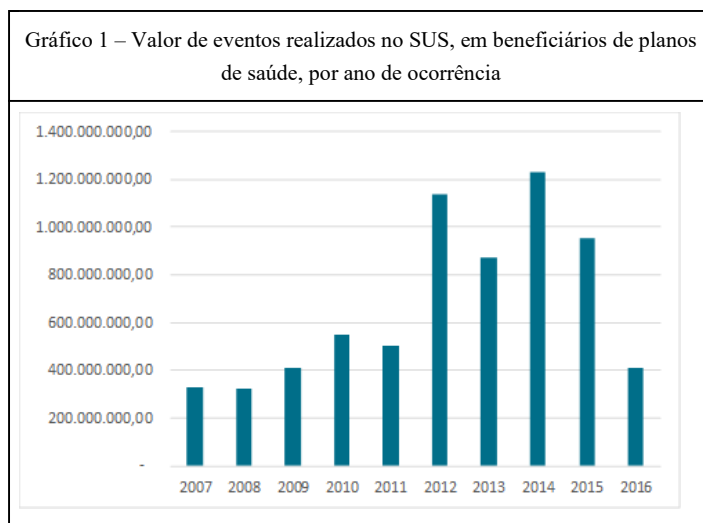
Embora o processo de aviso dos procedimentos realizados na rede pública de saúde seja diferente do processo de aviso dos atendimentos realizados nas redes assistenciais das operadoras, especialmente porque para estes as operadoras têm maior controle sobre o processo, há expectativa de realização de despesas nos dois casos. Quando há expectativa de realização de uma despesa, recomenda-se a constituição de provisão. A provisão de eventos e sinistros a liquidar (PESL) refere-se aos valores associados a procedimentos realizados e avisados, mas ainda não pagos. No caso dos procedimentos realizados na rede pública de saúde, uma parte dos procedimentos avisados, não deverá ser ressarcida [2]. Essa incerteza é reconhecida no cálculo da PESL/SUS, que é composta por três partes: montante cobrado por meio de GRUs emitidas; saldo de parcelamento aprovado pela ANS e valores baseados nas notificações de ABIs, considerando o percentual histórico de cobrança. A PESL/SUS abrange todos os procedimentos que já foram avisados, mas ainda não foram pagos.

A provisão de eventos e sinistros ocorridos e não avisados (PEONA) abrange os eventos e sinistros já ocorridos e ainda não avisados. Atualmente, sua constituição é obrigatória apenas para os procedimentos realizados na rede assistencial das operadoras. Algumas operadoras constituem PEONA também para os procedimentos realizados na rede pública de saúde, mas a maior parte não o faz. Assim, entre a data de ocorrência e a de aviso, não há provisionamento para os eventos realizados na rede pública de saúde.

II.2. Dados

Para a definição da fórmula referente à constituição da PEONA SUS a ser utilizada pelas operadoras que não adotarem metodologia atuarial própria, é preciso conhecer o processo de aviso dos procedimentos realizados na rede pública de saúde. Com esse objetivo, foram coletados dados de todos os procedimentos ocorridos a partir de janeiro de 2007 e avisados até março de 2018. Todos os procedimentos

ocorridos na mesma data, avisados na mesma data e referentes a mesma operadora foram agrupados. Cada observação, portanto, é formada por uma data de ocorrência (atendimento), data de aviso (comunicação de beneficiário identificado à operadora), valor do procedimento, operadora à qual o beneficiário estava vinculado e “status do atendimento”. Este é definido conforme a situação de cobrança: não impugnado; avaliando em 1ª ou 2ª instância; deferido ou indeferido em 1ª instância; deferido ou indeferido em 2ª instância; cobrado. O valor total dos procedimentos na base de dados soma R\$ 6,721 bilhões. Os gráficos 1 e 2, abaixo, mostram o valor, constante na base de dados, de eventos realizados no SUS por beneficiários de planos de saúde, por ano de ocorrência (gráfico 1) e ano de aviso (gráfico 2).

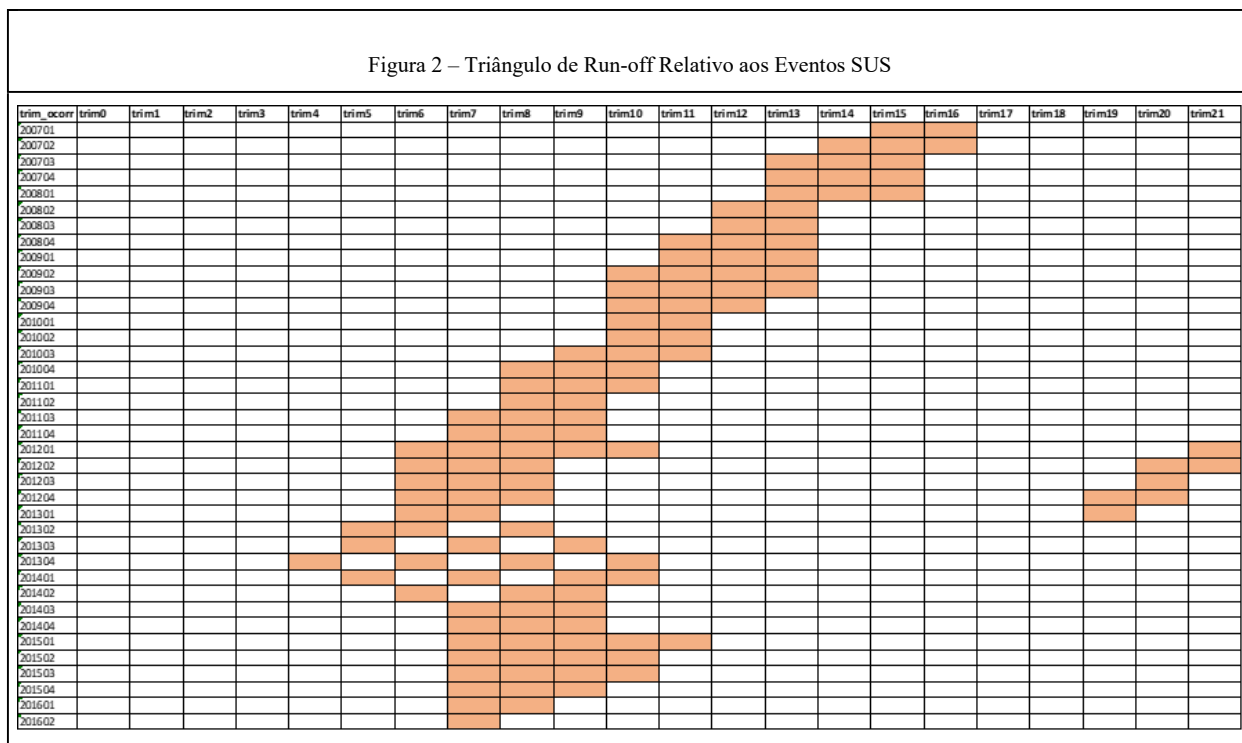


Durante todo o período analisado, houve cobrança das internações referentes a beneficiários de planos de saúde na rede pública. A partir de 2015, a ANS iniciou a cobrança também dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. Podem ser observados dois picos tanto no gráfico por ano de ocorrência quanto no gráfico por ano de aviso. Por ano de ocorrência, os picos ocorrem em 2012 e 2014. Os dois se relacionam ao esforço para a cobrança dos procedimentos ambulatoriais de alta complexidade. Esse tipo de procedimento, realizado em 2014, foi avisado a partir de 2015 e, em 2017, foram avisados os procedimentos de alta complexidade realizados em 2012. Os procedimentos de alta complexidade realizados após 2015 estão sendo avisados no processo regular de ressarcimento ao SUS, e os ocorridos em 2013 que ainda não foram avisados, serão avisados em 2018. No gráfico 2, são observados dois picos, nos anos de 2014 e 2017. Nestes anos, foram lançados seis e oito ABIs. Comparativamente, em 2015, foram lançados dois ABIs e, em 2016, três.

Duas peculiaridades do processo de ressarcimento influenciam significativamente a estimação da PEONA SUS. A primeira, apontada anteriormente, é a de que são avisados todos os procedimentos realizados na rede pública em beneficiários de planos de saúde. Uma parcela desses avisos não é devida. Assim, utilizar todo o montante de procedimentos avisados para estimação da PEONA SUS tenderia a sobrestimá-la. Por essa razão, foram considerados, nos exercícios para a estimação da PEONA SUS, apenas os procedimentos cujos status eram: não

impugnado; indeferido em 2ª instância e cobrados. Esses status relacionam-se a procedimentos que não foram contestados pelas operadoras ou para os quais já houve decisão final sobre a pertinência da cobrança. Como se está utilizando um período razoavelmente longo de tempo, é pouco provável que a quantidade de procedimentos não impugnados para os quais ainda havia prazo vigente para impugnação seja grande.

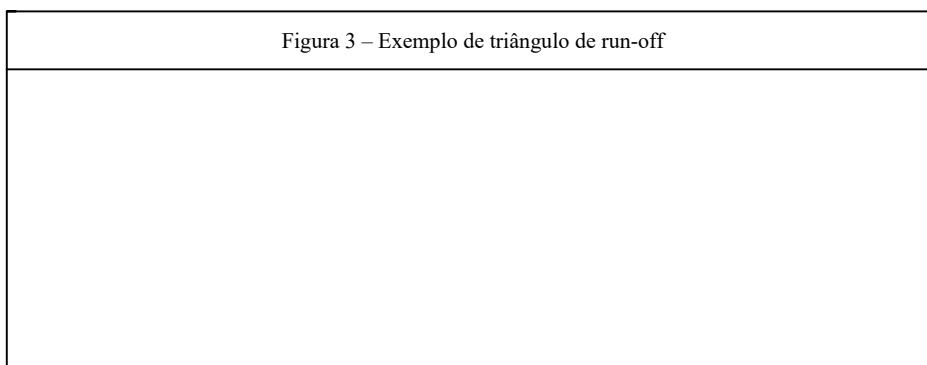
A segunda peculiaridade refere-se ao processo de aviso. A figura 2, abaixo, representa os trimestres de ocorrência, nas linhas, e os trimestres de aviso, nas colunas. Os trimestres de aviso são estabelecidos tendo como referência os trimestres de ocorrência. O trimestre zero refere-se ao período no qual o evento ocorreu, o trimestre um ao trimestre imediatamente após a ocorrência do aviso e assim por diante. Foram grifadas em laranja as células nas quais houve algum aviso de beneficiário identificado, considerando-se a seleção prévia (procedimentos não impugnados, indeferidos em segunda instância ou cobrados). A peculiaridade é que não se observa padrão consistente de aviso para todo o período observado. Isso acontece porque o ressarcimento ao SUS é um processo intensivo em recursos humanos. Escassez de pessoal e outras intercorrências afetam diretamente a quantidade de ABIs emitida em um ano. Durante os dez anos analisados, tanto a quantidade de servidores alocada para a cobrança do ressarcimento ao SUS, quanto os processos de trabalho foram modificados. Há que se notar, contudo, que a partir do terceiro trimestre de 2014, o processo estabilizou-se. Os avisos iniciam-se no sétimo trimestre após a ocorrência e, no nono trimestre, todo o montante ocorrido ou parte significativa dele já foi avisado.



Para que as estimativas não sejam influenciadas por resquícios de processos que foram aprimorados, nas análises para estimação da PEONA SUS, focar-se-á nos períodos mais recentes. Considerando-se os procedimentos ocorridos a partir do terceiro trimestre de 2014, inclusive, e os parâmetros de status estabelecidos acima, somam-se R\$ 2,782 bilhões de ressarcimento ao SUS.

II.3. Análise

A análise do ciclo de avisos da PEONA será realizada com base no triângulo de run-off. Este é uma representação gráfica comumente utilizada atuarialmente para representar processos de avisos de sinistros e eventos no setor segurador e de planos de saúde. Na figura 3, abaixo, é apresentado um exemplo de triângulo de run-off, assumindo-se que o período atual é o 1º trimestre de 2018. Todos os valores dos campos em verde, já foram avisados no 1º trimestre de 2018. Os campos em azul, são os valores dos eventos avisados no trimestre em tela. E a parte do retângulo em salmão, está vazia porque se refere àquilo do qual ainda não se tomou conhecimento no primeiro trimestre de 2018, mas que já ocorreu, ou seja, são os eventos ocorridos, mas ainda não avisados.



		Período de Desenvolvimento								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8
Período de ocorrência	1 tri 2016	58	62	87	89	99	10	53	6	65
	2 tri 2016	98	94	58	52	83	74	3	76	
	3 tri 2016	19	22	98	80	10	62	94		
	4 tri 2016	98	64	97	26	14	97			
	1 tri 2017	76	39	47	3	36				
	2 tri 2017	60	27	1	77					
	3 tri 2017	43	47	50						
	4 tri 2017	74	3							
	1 tri 2018	3								

Para analisar os eventos ocorridos e não avisados, é preciso considerar uma data-base na qual se conheçam esses eventos. No exemplo, considere-se o 1º trimestre de 2017. Inicialmente, é importante notar que, aparentemente, o ciclo de eventos para esse trimestre não está completo, pois, se o processo de avisos dos eventos ocorridos no 1º trimestre de 2016 se replicar, o ciclo de maturação é de oito trimestres. A parte em laranja, do retângulo apresentado na figura 4, abaixo, abrange eventos que ainda não foram avisados. Os valores em verde referem-se a eventos ocorridos e avisados antes do trimestre em análise, e os valores em azul a eventos avisados no trimestre de análise. Os valores em salmão, são os eventos ocorridos e que não foram avisados até aquele trimestre, ou seja, constituiriam a PEONA real para aquela data base. Já os eventos em cinza ocorreram após a data base.

Figura 4 – Exemplo de triângulo de run-off

		Período de Desenvolvimento								
		0	1	2	3	4	5	6	7	8
Período de ocorrência	1 tri 2016	58	62	87	89	99	10	53	6	65
	2 tri 2016	98	94	58	52	83	74	3	76	
	3 tri 2016	19	22	98	80	10	62	94		
	4 tri 2016	98	64	97	26	14	97			
	1 tri 2017	76	39	47	3	36				
	2 tri 2017	60	27	1	77					
	3 tri 2017	43	47	50						
	4 tri 2017	74	3							
	1 tri 2018	3								

Representando-se cada célula do retângulo na figura 4 por $a_{i,j}$, sendo i indexador do período de ocorrência (ou seja, a linha) e j , o indexador do período de desenvolvimento (a coluna), tem-se que, a PEONA real é a soma de todos os $a_{i,j}$ para os quais $i \leq 1^\circ \text{ tri de } 2017$ e $j + i > 1^\circ \text{ tri de } 2017$. Os eventos avisados no 1º trimestre de 2017 são a soma dos $a_{i,j}$ para os quais $i \leq 1^\circ \text{ tri de } 2017$ e $j + i = 1^\circ \text{ tri de } 2017$.

No caso da PEONA SUS, o primeiro passo é analisar o percentual acumulado do montante total de eventos ocorridos em determinado trimestre avisados até o período em análise, para todas as operadoras. Esse número é conhecido como fator de completude. Na tabela 1, abaixo, são apresentados os dados para o período entre o quarto trimestre de 2013 e o quarto trimestre de 2015. Consideram-se todos esses períodos maturados, ou seja, o ciclo de avisos está encerrado. Como afirmado anteriormente, a partir do terceiro trimestre de 2014, observa-se um padrão no qual, em média, 72% dos eventos ocorridos são avisados no sétimo trimestre, no oitavo, 99%, em média, dos eventos já está avisado e, no nono trimestre, o ciclo completa-se. Há que se notar, também, que, durante o período analisado, o coeficiente de variação do fator de completude para cada um desses trimestres (sétimo, oitavo e nono) é bastante baixo (respectivamente, 0,047, 0,007 e 0,0005).

Tabela 1 – Total de eventos a ressarcir avisados por trimestre de ocorrência e de aviso

--

Trimestre de Aviso	Trimestre de Ocorrência										
	201303	201304	201401	201402	201403	201404	201501	201502	201503	201504	
0	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
1	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
2	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
3	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
4	0,00%	56,66%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
5	98,40%	56,66%	77,66%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
6	98,40%	99,22%	77,66%	65,14%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
7	99,99%	99,22%	99,12%	65,14%	76,53%	73,08%	72,21%	73,73%	69,52%	66,77%	0,00%
8	99,99%	99,99%	99,12%	99,35%	99,50%	99,68%	99,19%	99,17%	99,44%	97,73%	0,00%
9	100,00%	99,99%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	99,89%	99,90%	100,00%
10	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
11	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
12	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
13	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
14	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
15	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
16	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
17	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
18	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
19	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
20	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%
21	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Para calcular o valor do total de procedimentos realizados na rede pública de saúde, mas ainda não avisados em determinado período^[3] (PEONA SUS real), foi utilizado o triângulo de run-off. Como o processo de aviso dos eventos a ressarcir é longo, os triângulos foram feitos com base em trimestres. Em cada célula da tabela 2, consta o valor avisado no período descrito na coluna, considerando-se o trimestre de ocorrência da linha. Para o cálculo da PEONA/SUS real em um determinado período, somam-se todos os valores de eventos ocorridos até esse período que não foram avisados. Para o quarto trimestre de 2015, por exemplo, a PEONA SUS real das operadoras médico-hospitalares é a soma de todas as células brancas que compõem o triângulo abaixo das células coloridas da tabela 2.

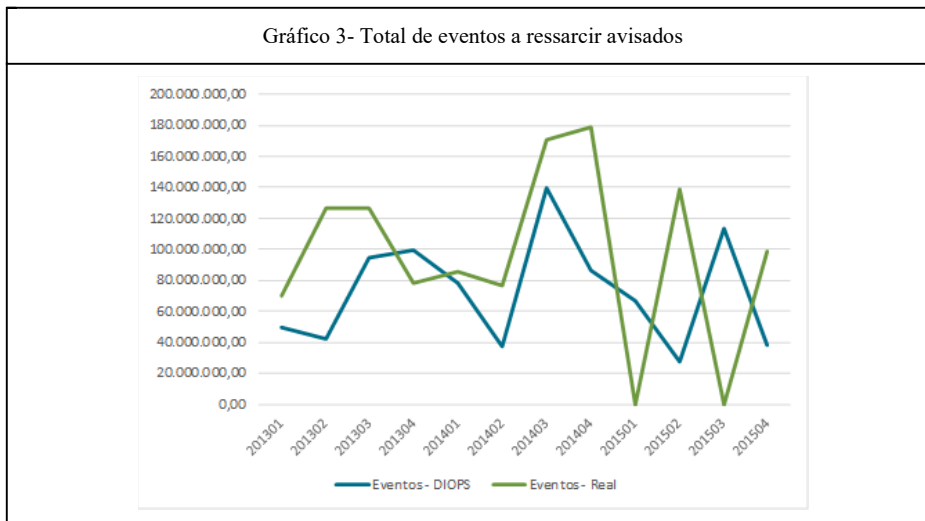
Tabela 2 – Triângulo de Run-off – Operadoras Médico-Hospitalares

Período de Ocorrência	Tempo de Aviso (em trimestres)																					IBNR REAL		
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		21	
201004															24.176.102	9.801.050	18.094							7.80.852.098
201001															34.744.180	980.900	487							7.80.523.452
201002															22.025.503	15.300.000								7.224.817.988
201003															30.240.894	340.600								7.250.950.381
201004															25.013.398	15.034.410	4.520							7.190.251.340
201001															43.740.944	1.285.823	34.985							8.085.598.610
201002															23.080.094	10.317.435	7.420							7.713.351.251
201003															3.1440.373	20.187.257	473.180	107.978						8.085.980.032
201004															34.038.857	180.04.852	894.005							7.917.409.861
201001															34.551.547	234.47.081								7.513.705.402
201002															60.353.014	9.526								8.273.850.437
201003															62.695.200	983.174	7.724							8.022.090.204
201004															3.8200.534	24.930.290								
201101															44.276.334	25.775.030								
201102															64.137.745	1.363.524								
201103															35.852.334	246.06.377	2.896							
201104															34.493.050	1.105.823	11.001							
201201															26.779.020	26.267.120	12.94.461	26.855						8879.223
201202															40.890.938	20.444.135	1.287.247							34.337.214
201203															34.852.036	27.017.284	1.852.013							42.901.331
201204															46.300.893	28.022.036	2.720							9.294.880
201301															62.130.260	1.188.126								34.337.214
201302															57.885.118	30.704.240	79.013							42.901.331
201303															30.075.062	1.467.036	8.200							4.2388.337
201304															52.901.600	30.096.851	657.083							61.783
201401															58.017.740	27.098.021								1.348
201402															70.707.260									
201403															102.317.816	37.785.251	888.674							
201404															76.0404.33	2.7876.440	326.440							
201501															72.857.818	27.196.260	600.223							487
201502															88.287.773	23.054.086	885.747							981
201503															33.262.508	22.022.062	340.894							76.180
201504															48.1113.10	22.777.519	1.886.117							

Na tabela 2, a soma de cada sequência de uma mesma cor é o total de eventos avisados no período de referência. No quarto trimestre de 2015, por exemplo, os eventos avisados são os relacionados na sequência laranja inferior da tabela. Neste caso, contudo, os eventos apresentados no triângulo não são semelhantes aos eventos SUS informados no DIOPS, pois, os primeiros referem-se apenas aos procedimentos que já foram cobrados, cuja impugnação foi indeferida em segunda instância ou para os quais não houve impugnação, e os apresentados no DIOPS referem-se ao valor total dos ABIs notificados, ainda sem emissão das respectivas GRUs, multiplicados pelo percentual histórico de cobrança (%hc). O %hc é calculado com base no histórico individual da operadora, considerando-se os ABIs emitidos até 120 dias anteriores ao do mês da contabilização. Dividem-se os valores cobrados pelo total de valores notificados.

Ainda assim a contraposição entre os eventos SUS somados no triângulo de run-off e dos DIOPS mostram que há alguns problemas na contabilização. Nos primeiro e terceiro trimestres de 2015, de acordo com o triângulo, não houve procedimentos avisados. De fato, conforme o

histórico de emissão de ABIs, houve dois ABIs emitidos em 2015, um em maio e outro em dezembro. No gráfico 3, abaixo, contudo, os eventos avisados no SUS nesses dois períodos não são nulos e há, mesmo, um pico no terceiro trimestre de 2015.



Considerando que não haverá mudanças no curto prazo no processo de ressarcimento ao SUS, pode-se utilizar o processo de aviso no passado recente para estimar a PEONA SUS. Os interstícios entre a ocorrência e o aviso tendem a ser os mesmos para todas as operadoras, mas os valores avisados variam conforme a utilização da rede pública pelos beneficiários. Tratando-se de regra geral, é preciso encontrar equilíbrio entre uma fórmula simples, mas que contemple peculiaridades dos entes regulados. Na 5ª reunião da CPS, apresentou-se gráfico no qual se mostrava a proporção de procedimentos identificados realizados na rede pública de saúde em beneficiários em 2014 em relação às despesas assistenciais totais, por modalidade de operadora^[4]. Há grande diferença nessa proporção entre as modalidades. Enquanto, para as autogestões, o total de procedimentos identificados equivale a 0,54% das despesas assistenciais, para as seguradoras especializadas em saúde, equivalem a 0,24%. Foi proposto, então, que os parâmetros fossem determinados conforme a modalidade.

Ao iniciar-se os procedimentos para a determinação da fórmula para a PEONA SUS, contudo, verificou-se que o custo computacional da determinação de cinco parâmetros (por modalidade, para operadoras médico-hospitalares) e da determinação de parâmetros por operadora não diferiam tanto, razão pela qual se resolveu individualizar os parâmetros a serem definidos, sempre que os resultados do cálculo para as operadoras não sejam significativamente superiores ao da média do setor. Dessa forma, esses se tornam mais aderentes ao padrão de utilização da rede pública dos beneficiários de cada operadora.

Para que a fórmula definida pelo órgão regulador seja simples e ao mesmo tempo consistente tecnicamente, utilizou-se a PEONA SUS real como base. Inicialmente, considerou-se definir os parâmetros a serem utilizados com base na relação entre esta e conta contábil definida no plano de contas da ANS com a qual tenha relação. Três contas eram as principais alternativas. A primeira é a conta de eventos líquidos indenizáveis (conta 41 do plano de contas). Sua principal vantagem é ser uma das principais contas do Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS), recebendo maior atenção em processos de apuração e auditoria. Dela constam, todavia, diversos eventos, o que diminui sua correlação com a PEONA SUS real.

A segunda possibilidade é a PESL/SUS. Essa conta se relaciona diretamente com os eventos a ressarcir realizados na rede pública. A metodologia para seu cálculo é estabelecida pela ANS, por meio da INC 5, da DIDES/DIOPE. A ANS, ademais, divulga periodicamente os valores que devem ser contabilizados, considerando-se as parcelas que constituem a PESL/SUS. O valor total depende dos avisos, mas, principalmente, do pagamento dos montantes já cobrados. Se a operadora ressarcir o SUS assim que for emitida a GRU, sua PESL/SUS tende a reduzir-se consideravelmente. Importante notar que a PEONA SUS permaneceria a mesma, já que se relaciona com os montantes de procedimentos realizados no SUS por beneficiários e seu aviso às operadoras, não sendo influenciada de qualquer forma pelos prazos de pagamento. Se a PESL/SUS for usada como base para a regra geral da PEONA SUS, operadoras podem considerar mais vantajoso efetuar pagamento do que já foi cobrado com o fim de reduzir a estimativa da PEONA SUS calculada por meio da regra geral. O estímulo ao pagamento do ressarcimento ao SUS poderia ser considerado uma externalidade positiva da determinação da regra geral com base na PESL/SUS, mas seu efeito seria o subprovisionamento referente aos eventos ocorridos e não avisados no SUS, problema original que se pretende enfrentar com o estabelecimento da PEONA SUS.

A terceira possibilidade, considerando-se o plano de contas, é a utilização da conta referente aos eventos associados a procedimentos realizados na rede pública de saúde em beneficiários de planos de saúde. Como visto acima, há indícios de que a contabilização desses eventos pelas operadoras de planos de saúde não está acurada.

Tendo-se em vista as dificuldades da utilização das três contas inicialmente consideradas, avaliou-se a possibilidade de utilização dos dados do ressarcimento oriundos da própria ANS. Como mencionado anteriormente, por meio do triângulo de run-off, pode-se calcular os eventos avisados. No caso em tela, estes certamente diferem dos contabilizados por somente incluírem os procedimentos já cobrados ou cuja

probabilidade de cobrança seja alta (não impugnados e indeferidos em segunda instância). Nesse caso, numerador e denominador teriam as mesmas regras de seleção.

A principal desvantagem dessa alternativa é a necessidade de a ANS, periodicamente, prover a base de cálculo para que as operadoras possam utilizar a regra geral. Definidos os dados a serem disponibilizados, todavia, o processo de trabalho é semelhante ao já realizado para a disponibilização dos dados referentes à PESL/SUS, sendo pouco oneroso para o órgão regulador.

Na próxima subseção, a PEONA real, por modalidade, calculada conforme os procedimentos relatados acima, será contraposta às variáveis discutidas.

II.4. Cálculo dos parâmetros para a regra geral

O procedimento apresentado anteriormente para cálculo da PEONA real das operadoras médico-hospitalares, baseado na apresentação dos dados por meio do triângulo de run-off, será utilizado para cálculo da PEONA SUS real por operadora. Com o fim de exemplificar o procedimento, apresentam-se os cálculos para cada modalidade nesta seção. Para cada trimestre de referência, foram considerados componentes da PEONA real os valores referentes a procedimentos ocorridos antes ou no trimestre de referência, mas ainda não avisados, classificados como não impugnados, indeferidos em segunda instância e cobrados. Na tabela 5, abaixo, são apresentadas medidas estatísticas das proporções entre a PEONA SUS real e as variáveis consideradas^[5]. O período analisado se inicia no terceiro trimestre de 2014 e termina no quarto trimestre de 2015 (exceto quando se comparou aos Eventos SUS/DIOPS, caso no qual o período utilizado foi do 4º trimestre de 2014 ao 4º trimestre de 2015). A fim de estabilizar os eventos SUS, tanto para os dados contábeis quanto para os apurados, considerou-se a soma dos eventos avisados em 8 trimestres, sendo o último trimestre o período base.

Verifica-se que as relações entre a PEONA SUS real e as variáveis analisadas apresentam grandezas significativamente diferentes conforme a modalidade. A relação entre a PEONA/SUS e a PESL podem diferir conforme a estratégia de pagamento dos montantes devidos das operadoras. Operadoras que pagam todos os seus débitos assim que é lançada a cobrança tendem a ter menor PESL/SUS. As seguradoras especializadas em saúde têm a maior relação entre essas duas variáveis. No caso das autogestões, a proporção também é alta, mas é ainda mais alta a proporção de PEONA SUS em relação aos eventos SUS.

A conta de eventos/SUS não é influenciada pelo pagamento dos valores cobrados, tampouco por qualquer outra ação da operadora. É interessante notar as diferenças entre os eventos SUS contabilizados e os apurados^[6]. Considerando-se que a PEONA real é a mesma, a proporção por modalidade deveria ser semelhante entre as duas variáveis. O que se nota, no entanto, é que isso não se observa para a maior parte das modalidades, especialmente, para as cooperativas médicas. Enquanto à média aritmética da divisão da PEONA SUS real pelos Eventos SUS contabilizados resulta em 1254,59%, a média da divisão da PEONA SUS real pelos eventos apurados resulta em 122,37%.

Tabela 5 – PEONA real em relação aos eventos e PESL por modalidade				
Autogestão				
	PEONA SUS real/PESL	PEONA SUS real/Eventos SUS DIOPS (8 trimestres)	PEONA SUS real/Eventos (EIL) DIOPS	PEONA SUS real/Eventos SUS real
Média geométrica	77,03%	106,13%	2,72%	132,41%
Média aritmética	77,16%	106,32%	2,73%	133,28%
desvio-padrão	4,89%	7,16%	0,28%	17,06%
coeficiente de variação	6,33%	6,74%	10,10%	12,80%
Filantropia				
	PEONA SUS real/PESL	PEONA SUS real/Eventos SUS DIOPS (8 trimestres)	PEONA SUS real/Eventos (EIL) DIOPS	PEONA SUS real/Eventos SUS real
Média geométrica	14,32%	25,70%	1,69%	47,76%
Média aritmética	14,39%	25,78%	1,71%	48,11%
desvio-padrão	1,65%	2,29%	0,33%	6,36%
coeficiente de variação	11,46%	8,90%	19,26%	13,22%
Medicina de grupo				

	PEONA SUS real/PESL	PEONA SUS real/Eventos SUS DIOPS (8 trimestres)	PEONA SUS real/Eventos (EIL) DIOPS	PEONA SUS real/Eventos SUS real
Média geométrica	30,26%	53,81%	2,81%	167,79%
Média aritmética	30,41%	54,01%	2,82%	170,20%
desvio-padrão	3,37%	5,24%	0,28%	26,28%
Coefficiente de variação	11,07%	9,69%	9,80%	15,44%

Cooperativa Médica

	PEONA SUS real/PESL	PEONA SUS real/Eventos SUS DIOPS (8 trimestres)	PEONA SUS real/Eventos (EIL) DIOPS	PEONA SUS real/Eventos SUS real
Média geométrica	48,24%	1250,85%	3,35%	121,36%
Média aritmética	48,28%	1254,59%	3,36%	122,37%
desvio-padrão	2,15%	105,27%	0,24%	17,28%
Coefficiente de variação	4,45%	8,39%	7,05%	14,12%

Seguradora Especializada em Saúde

	PEONA SUS real/PESL	PEONA SUS real/Eventos SUS DIOPS (8 trimestres)	PEONA SUS real/Eventos (EIL) DIOPS	PEONA SUS real/Evento s SUS real
Média geométrica	161,92%	153,10%	1,32%	125,24%
Média aritmética	162,43%	153,16%	1,32%	125,97%
desvio-padrão	14,39%	4,80%	0,09%	14,63%
coeficiente de variação	8,86%	3,14%	6,44%	11,61%

Diante desses resultados, tem-se que a melhor alternativa é a utilização dos Eventos SUS apurados com base nos dados do ressarcimento ao SUS. É menor a possibilidade de que seu padrão seja alterado consideravelmente por razões não associadas ao processo de aviso, o que prejudicaria a acurácia da estimativa da PEONA com base nos percentuais definidos. Paralelamente, como são utilizados os dados provenientes diretamente do ressarcimento e consideram-se apenas os procedimentos cuja cobrança foi julgada pertinente, é maior a probabilidade de que sua variação se relacione à da PEONA SUS. Sugere-se que, na apuração dos dados periódicos a serem fornecidos para as operadoras para cálculo do montante a ser provisionado pela regra geral, sejam utilizados a soma dos eventos nos últimos 24 meses, considerando-se apenas os procedimentos já cobrados, cuja contestação foi indeferida em segunda instância e aqueles não impugnados cujo prazo para impugnação já foi encerrado.

No que tange aos parâmetros a serem definidos, sugere-se que seja utilizada a média geométrica no período analisado referente a cada operadora. Tende a ser pequena a diferença entre esta e a média aritmética, mas a primeira é menos sensível aos valores mais distantes do ponto médio. Tendo em vista que o coeficiente de variação é relativamente alto, a média geométrica retrata melhor a média para cada operadora.

Para algumas operadoras, contudo, mesmo a utilização da soma dos eventos em 24 meses não estabiliza o denominador. A fim de limitar distorções decorrentes de grande variação na base de eventos, comparou-se a estimativa da operadora a um referencial, estabelecendo-se o menor dos valores como parâmetro a ser utilizado.

O referencial foi definido de modo a ser suficientemente alto para que o parâmetro da operadora somente não seja utilizado nos casos em que, provavelmente, variações nos eventos avisados provoquem distorções significativas. Utilizou-se o limite superior do intervalo de confiança da média aritmética das operadoras médico-hospitalares, considerando-se um nível de significância de 0,5%. Esse procedimento garante que não haja sobrestimação da PEONA/SUS para qualquer operadora que utilize a fórmula em tela.

Assim, para cada operadora, o percentual a ser aplicado à soma dos eventos SUS avisados nos últimos 24 meses, conforme apuração da ANS, foi calculado de acordo com a seguinte fórmula:

$$\text{Mín} \left(\sqrt[6]{\prod_{3/2014}^{4/2015} \frac{\text{Peona real SUS}}{\text{Eventos SUS (24 meses)}}}, \mu \left(\frac{\text{Peona real SUS}}{\text{Eventos SUS (24 meses)}} \right) + 3,707 \times \frac{\sigma}{\sqrt{6}} \right)$$

Onde μ é a média, σ é o desvio-padrão.

No cálculo individualizado, para algumas operadoras foi necessária a imputação de dados, pois um valor nulo em algum período torna o resultado também nulo, independentemente dos valores nos outros períodos. Por isso, quando não havia PEONA SUS real calculada em

trimestres utilizados no cálculo, exceto os dois últimos de 2015, imputou-se o valor de 1×10^{-11} no período. Esse valor é muito próximo de zero, mas diferentemente do próprio zero, não torna nulo o resultado do cálculo.

Além disso, considerou-se o percentual a ser aplicado pela operadora nulo quando:

1. Não havia PEONA SUS real calculada nos dois últimos trimestres de 2015;
2. O resultado da aplicação da fórmula foi menor ou igual a 0,00009999.

O valor resultante da fórmula deve ser multiplicado pela soma dos eventos em 24 meses, sendo o último mês a competência, divulgada pela ANS. De forma exemplificativa, duas operadoras cujos percentuais fossem os apresentados na tabela 6, abaixo, deveriam calcular a PEONA SUS referente a janeiro de 2018, pela regra geral da seguinte forma:

Percentual definido x Eventos SUS apurado em 24 meses – janeiro de 2017

Obtendo como resultado os valores relacionados na tabela 6, abaixo.

Operadora	Percentual definido	Eventos/SUS apurado (1/2018)	Valor a constituir de PEONA/SUS
A	81,34%	682.983,03	555.544,64
B	115,42%	858.509,11	990.891,21

Tendo em vista que a ANS pretende continuar trabalhando no aperfeiçoamento do processo de ressarcimento ao SUS, prevendo-se a redução do prazo de aviso para um ano, e considerando-se que esses aperfeiçoamentos, em médio prazo, poderão reduzir a PEONA SUS, recomenda-se a revisão periódica dos percentuais definidos por operadora.

Se todas as operadoras médico-hospitalares adotassem a fórmula desenvolvida pela ANS, 578 deveriam constituir PEONA/SUS, sendo que para 320 destas o percentual seria baseado no montante de eventos a ressarcir da própria operadora e os das demais seriam baseados no do setor. O aumento de provisionamento decorrente do estabelecimento da PEONA SUS calculada dessa forma seria de 2,74% em média, sendo que, para operadora mais afetada, seria de 117,16%.

III. PIC

O processo para definição da necessidade de constituição da PIC e estimação do montante a ser constituído é um meio de a operadora avaliar seu processo de subscrição e o desempenho de seus produtos. No setor de saúde suplementar, contudo, a maior parte das operadoras é de pequeno e médio porte, o que pode dificultar a estimação da PIC, especialmente por métodos prospectivos. Contribuem, ainda, para essa dificuldade o fato de os contratos de planos individuais serem de longo prazo.

Para diminuir a influência do prazo dos contratos na estimação da PIC, a proposta da DIOPE é que esta seja contabilizada considerando-se período de tempo de, no mínimo, um ano. Operadoras que avaliem ser relevante contabilizá-la considerando-se todo o fluxo de caixa futuro dos contratos, podem assim proceder e, para as demais, diminui-se o impacto do provisionamento, considerando-se apenas o período de tempo no qual as variáveis exógenas ao controle das operadoras tendem a permanecer estáveis.

Para as operadoras que não têm base de dados de eventos consistentes, a estimação da PIC por métodos retrospectivos é mais adequada. Nesses casos, a sugestão da DIOPE é que seja utilizado o índice combinado. O cálculo do indicador de referência e a fórmula pela qual será estimada a necessidade de provisão são descritos abaixo.

O índice combinado é definido pela seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Despesa assistencial} + \text{Despesa administrativa} + \text{Despesa comercial}}{\text{Receita com contraprestações}}$$

Inicialmente, considerou-se apurar o índice por tipo de contratação (individual, por adesão, empresarial) e conforme a segmentação assistencial (médico-hospitalar ou odontológico). Esta foi a proposta apresentada na 6ª reunião da Comissão Permanente de Solvência. Essa alternativa, contudo, apresenta dificuldade adicional que é estabelecer o modo de rateio das despesas administrativas e dos impostos, que não são contabilizados conforme a contratação e segmentação assistencial no plano de contas da ANS. Após a análise de diferentes formas de rateio, verificou-se que, para a maior parte das operadoras, a diferença do resultado entre a especificação por tipo de plano e segmentação assistencial e o índice combinado geral, por operadora, seria pequena. Por essa razão, sugere-se que as operadoras que não tenham metodologia

atuarial própria para definição da necessidade de constituição da PIC e de seu montante, o façam por meio do índice combinado, calculado com base nas receitas e despesas agregadas.

Caso o índice combinado seja maior que um, deve ser constituída PIC. O montante a ser constituído é resultado da multiplicação do índice subtraída a unida pela receita com contraprestações da operadora em doze meses. A simulação para o indicador com base nos dados referentes a 2017 apontou para a necessidade de constituição de provisão para 38% das operadoras. O principal grupo afetado foram as filantrópicas. O aumento médio no provisionamento com a utilização deste método de estimação para a PIC seria de 11,36%.

Em outros termos, o procedimento para definição e apuração da PIC é:

1. Cálculo do índice combinado, de acordo com a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Despesa assistencial} + \text{Despesa administrativa} + \text{Despesa comercial}}{\text{Receita com contraprestações}}$$

2. Subtração da unidade, do índice combinado ($\%PIC = \text{Índice Combinado} - 1$). Se, por exemplo, o índice combinado for 1,18, $\%PIC = 1,18 - 1 = 0,18$. Se o índice combinado for 0,95, $\%PIC = 0,95 - 1 = -0,05$;
3. Se $\%PIC$ é positiva, multiplica-se esse valor pela receita com contraprestações da operadora. Por exemplo, se as contraprestações em doze meses da operadora cujo índice combinado foi 1,18 somarem R\$ 1.000.000,00, a PIC definida pela regra geral será $0,18 \times 1.000.000,00 = 180.000,00$.

É provável que a necessidade de provisionamento da maior parte das filantrópicas não seja tão alta quanto estimado pela regra geral. Contudo, como as despesas administrativas são significativas, não raro, por se incluírem nestas as despesas administrativas dos equipamentos hospitalares próprios, o índice combinado aumenta. Essas operadoras devem adequar sua contabilidade ao manual contábil, anexo à RN 290, de 2012, e, caso já tenham assim procedido, estimar a PIC por métodos que reflitam adequadamente a suficiência (ou insuficiência) de suas contraprestações. Cabe enfatizar que a proposta da DIOPE é de que a estimação e constituição da PIC se torne obrigatória a partir de 2019, havendo tempo razoável para adequação dessas operadoras.

IV. Conclusão

O objetivo desta nota técnica é divulgar a forma pela qual se planeja estabelecer a regra padrão para a PEONA SUS e os critérios para estimação da necessidade de constituir-se PIC e em qual montante caso a operadora não tenha metodologia atuarial própria. É importante assinalar que é parte inerente da atividade de planos de saúde a avaliação das despesas e receitas esperadas e a estimação das provisões a serem constituídas. Ao órgão regulador cabe instituir regras que minimizem o risco de terceiros serem afetados caso as operadoras não sejam gerenciadas com prudência. No caso em tela, pretende-se tornar obrigatórias provisões que já deveriam ser constituídas pelas operadoras de planos de saúde, mas que, em geral, não o são.

Estabelece-se uma fórmula de estimação para a PEONA/SUS que poderá ser utilizada pelas operadoras por dois motivos principais: (i) a dificuldade de operadoras de pequeno e médio porte em formarem base de eventos adequada à estimação da PEONA, fato observado no caso dos procedimentos realizados nas redes assistenciais das operadoras e que tende a ocorrer também na estimação da PEONA SUS; (ii) o processo de aviso do eventos a serem ressarcidos é controlado pela ANS, tendo a Agência o banco de dados completo referente a ocorrências, avisos, cobranças e pagamentos.

Para a PIC, é estabelecida forma de apuração e de estimação para que a Agência tenha meios de verificar se há necessidade de provisionamento quando a operadora não estabeleceu metodologia própria. Para as operadoras de pequeno e de médio porte, pode ser um meio menos custoso, mas ainda assim eficaz de avaliar o desempenho de seus planos.

Anexo I – Contas utilizadas no cálculo do índice combinado para cálculo da PIC

Contas utilizadas no cálculo das receitas com contraprestações:

Conta contábil = 31

Conta contábil = 321.

Contas utilizadas no cálculo das despesas assistenciais:

Conta contábil = 41;

Contas utilizadas referentes às despesas administrativas:

Conta contábil = 43;

Conta referente à despesa administrativa

Conta contábil = 46.

[1] A figura está disponível no relatório citado (<http://www.ans.gov.br/images/stories/noticias/pdf/boletim5edicaoANS.pdf>). Acesso em 17/04/2018.

[2] São muitas as razões pelas quais um procedimento realizado na rede pública de saúde em beneficiário de plano de saúde pode não ser devido. O beneficiário poderia estar em período de carência para o procedimento realizado ou estar em município fora da área de abrangência de seu plano, por exemplo.

[3] Denominaremos, nesta nota, este valor de PEONA/SUS real, já que se trata não de uma estimativa, mas de um cálculo do total de eventos ocorrido em determinado período, mas ainda não avisados até determinado período.

[4] A apresentação pode ser acessada em http://www.ans.gov.br/images/stories/Participacao_da_sociedade/comissao_permanente_de_solvenca/apresentacao_tap.pdf.

[5] A média dos percentuais que têm como denominados os eventos SUS contabilizados englobaram o período do 4º trimestre de 2014 ao 4º trimestre de 2015.

[6] Chamar-se-á de eventos SUS apurados ou eventos SUS reais o montante de eventos calculados com base nos dados do ressarcimento ao SUS.



Documento assinado eletronicamente por **TATIANA DE MACEDO NOGUEIRA LIMA, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental**, em 01/06/2018, às 13:37, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Washington Oliveira Alves, Gerente de Habilitação e Estudos de Mercado**, em 04/06/2018, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Samir Jose Caetano Martins, Gerente da Assessoria Normativa**, em 04/06/2018, às 11:17, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, do Decreto nº 8.539/2015.



Documento assinado eletronicamente por **Cesar Brenha Rocha Serra, Diretor(a)-Adjunto(a) da DIOPE**, em 04/06/2018, às 12:10, 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 **6978105** e o código CRC **9D8A8916**.