



Nota Técnica SEI nº 10/2019/COGIS/SUCIS/SEAE/SEPEC-ME

Brasília, 16 de julho de 2019.

**Assunto: Reajuste de planos de saúde para o biênio 2019-2020.**

Em resposta ao Ofício nº 1/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, de 18 de junho de 2019, junto à Nota Técnica nº 1/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO; à Nota Técnica Conjunta DIPRO/DIOPE nº 02/2019/ANS; e à Nota Técnica nº 3/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, encaminhadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acerca do assunto em tela, esta Secretaria vem tecer as considerações a seguir.

## **1 DA REGULAÇÃO ECONÔMICA DO SETOR DE SAÚDE SUPLEMENTAR**

### **1.1 HISTÓRICO E MOTIVAÇÕES**

1. Há evidências na teoria econômica sobre a importância dos serviços de saúde para a manutenção e incremento da produtividade da economia. A literatura sobre “*custos da doença*”, por exemplo, categoriza tais custos em custos diretos (principalmente cuidados médicos), custos indiretos (em grande parte devido à perda de produtividade do trabalho) e custos intangíveis (isto é, psicológicos). No tocante, principalmente, à questão da produtividade, Surcke et al.<sup>1</sup> afirmam que:

*É razoável esperar que indivíduos saudáveis apresentem maior produtividade do trabalho: produzir mais por hora trabalhada. Por um lado, a sua produtividade poderia ser aumentada pela melhoria de sua atividade física e mental. Por outro lado, mais indivíduos fisicamente e mentalmente ativos podem fazer um uso melhor e mais eficiente de tecnologias, maquinaria e equipamento.*

2. Além da questão da produtividade, há outros canais pelos quais a saúde da população tem reflexos no contexto econômico como um todo, inclusive afetando a poupança e o investimento:

*Em um nível individual ou populacional, a saúde pode afetar não apenas a renda, mas também como ela é usada, seja para consumo, poupança ou investimento. Indivíduos mais saudáveis podem razoavelmente esperar viver mais e ter um horizonte temporal mais longo. Sua propensão para economizar para o futuro pode ser maior do que a dos indivíduos doentes. Uma força de trabalho saudável também pode aumentar o incentivo ao investimento empresarial. E altos custos de saúde também podem levar uma família a vender seus ativos mais valiosos, expondo-a a um maior risco de pobreza. Em suma, pode-se esperar que uma população que esteja experimentando um rápido aumento na expectativa de vida – tudo o mais sendo igual – economize e invista mais. Isso também deve contribuir para a probabilidade de investir em capital físico<sup>2</sup>.*

3. Finalmente, ressalta-se a importância do setor de saúde para a economia de um país pela sua dimensão geralmente grande, intensivo em capital e em conhecimento, além de ser capaz de motivar dinâmicas tecnológicas virtuosas:

*Enquanto há um efeito direto da saúde na economia, há também um impacto do sistema de saúde sobre a economia, independentemente das formas em que o sistema de saúde afeta a saúde. O setor da saúde importa, em termos econômicos, simplesmente por causa de seu tamanho. Como uma das maiores indústrias de*

*serviços, representa um dos setores mais importantes nas economias desenvolvidas. Atualmente, contribui com cerca de 7% do PIB na UE-15, mais do que os cerca de 5% dos serviços financeiros ou do setor de comércio varejista. E cerca de 9% de todos os trabalhadores na UE-25 estão empregados no setor de saúde e assistência social. Por meio de seu efeito contábil, tendências de produtividade e eficiência no setor da saúde tem um grande impacto sobre as medidas de desempenho nas economias, todo. Além disso, o desempenho do setor da saúde afetará a competitividade do setor economia por meio do seu efeito nos custos da mão de obra, na flexibilidade do mercado de trabalho e no nível macroeconômico<sup>3</sup>.*

4. Portanto, é pouco controverso o fato de que o funcionamento do setor de saúde tem implicações no desempenho econômico de um país. Importa, porém, entender como ele se estrutura internamente. No Brasil, temos dois sistemas de saúde em funcionamento<sup>4</sup>: o SUS, Sistema Único de Saúde, de caráter universal e financiado pelo Estado; e a saúde suplementar, um sistema de saúde privado que envolve a operação de planos e seguros privados de assistência médica à saúde e cujo financiamento é provido pelos beneficiários ou por seus empregadores. A saúde suplementar teve origem nos planos de saúde que as empresas tanto públicas como privadas proviam aos seus funcionários como um benefício adicional<sup>5</sup>, consoante as suas políticas de recursos humanos. O sistema, entretanto, gerava um certo grau de insatisfação entre os beneficiários<sup>6</sup>, os quais, diante de problemas na relação com as operadoras, tinham apenas os órgãos de defesa do consumidor ou a Justiça a que recorrer. Tal situação gerou, entre 1991 e 1998, uma sucessão de projetos de lei que procuravam regulamentar diferentes aspectos da relação entre beneficiário, planos e prestadores de serviços, que se cristalizaram no PL nº 4.425/94, do Senado Federal, o qual resultou, após muitas negociações, na Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Dois anos depois foi promulgada também a Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000, que “*cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS e dá outras providências*”.

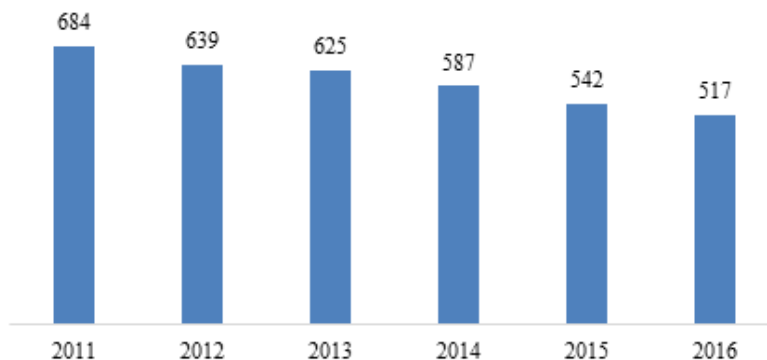
5. O novo marco regulatório organizou o setor, estabelecendo condições para o registro de operadoras, definindo segmentações, estabelecendo direitos e deveres de beneficiários e operadoras, criando o plano referência de assistência à saúde, a sistemática de alteração de rede de atendimento, sanções e multas aplicáveis, criando uma agência reguladora, fazendo competir à agência a autorização de reajustes e revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados de assistência à saúde, etc. Entre os desenvolvimentos posteriores da Lei figuram a imposição de um conjunto de cláusulas nos contratos entre beneficiários e operadoras e também entre operadoras e prestadores.

6. Segundo a teoria econômica, é razoável regular um setor da economia quando nele estão presentes falhas de mercado que reduzam o bem-estar total da comunidade. Reconhece-se como falhas de mercado típicas a presença de monopólios naturais, de externalidades, ou de assimetrias informacionais importantes. Tradicionalmente, a justificativa para a regulação da saúde suplementar foi justamente a presença de grandes assimetrias informacionais entre beneficiários, operadoras e prestadores:

*No setor de planos de saúde, há uma grande dificuldade de os usuários conhecerem de antemão a qualidade dos serviços de saúde das várias operadoras no mercado. Sua capacidade de avaliação, no momento da aquisição do plano, está baseada na leitura do contrato, nas informações prestadas pelo vendedor e pelo testemunho de outros usuários com suas experiências particulares sobre o serviço. Os contratos de planos de saúde incluem definições e termos que são, em geral, de difícil compreensão para o usuário médio, o que se aduz à complexidade usual dos contratos de serviços em geral. Os graus de cobertura dos vários planos disponíveis tendem a não ser transparentes para este usuário médio.<sup>7</sup>*

7. Apesar disso, segue sendo verdade que a regulação pode trazer resultados imprevistos ou mesmo subótimos. No caso dos planos individuais, algumas de suas características, como o reajuste controlado e a impossibilidade de cessação unilateral do contrato pela operadora, são apontadas como razão da redução de sua oferta ao público. O Gráfico 01 abaixo mostra o número de operadoras ofertando planos individuais vem caindo paulatinamente:

**Gráfico 01** – Operadoras com Planos Individuais Ativos em Comercialização



Fonte: ANS. Elaboração própria.

8. Acresce a esse conjunto de restrições o fato de que os custos de prestação dos serviços de saúde, por um conjunto de fatores (envelhecimento populacional, efeito da inovação tecnológica no setor de saúde), tendem a aumentar com o tempo e estão descolados das características de custo das carteiras dos planos individuais. Ao mesmo tempo, a ausência de soluções adequadas para beneficiários individuais ou familiares têm estimulado esquemas fraudulentos, tanto no âmbito dos chamados “*falsos planos coletivos por adesão*”<sup>8</sup> quanto o uso indiscriminado da situação de MEI (microempresário individual)<sup>9</sup> para dar acesso de planos coletivos a famílias.

9. Tal situação subsidia uma reflexão sobre a regulação existente do setor, de forma a dar conta das atuais assimetrias regulatórias e aumentar a oferta aos beneficiários. Um dos temas do eixo “*Equilíbrio da Saúde Suplementar*” da Agenda Regulatória 2019-2021 da ANS diz respeito ao “*acesso aos planos privados de assistência à saúde*”:

*O tema está relacionado à garantia do acesso do consumidor aos serviços da saúde suplementar por meio da contratação/adesão de plano privado de assistência à saúde. Aspectos relevantes devem ser considerados, tais como, a elaboração de estudos e fomento à discussão referentes às políticas regulatórias para indução de formas de acesso e continuidade no Sistema de Saúde Suplementar.*

10. Esta SEAE acredita que tal iniciativa deve progredir, incorporando um estudo aprofundado dos efeitos líquidos das atuais assimetrias regulatórias, inclusive a atual filosofia de regulação de preços, em especial os efeitos de uma maior liberalização da política de reajuste. Não está claro que os *players* no setor de planos de saúde apresentem poder de mercado suficiente e sustentável que requeira controle de preços permanente. Deve-se analisar inclusive se a regulação mais restritiva do segmento de planos individuais explica em parte o seu maior grau de concentração relativamente ao segmento de planos coletivos. Como destacado no trabalho patrocinado pela ANS<sup>10</sup> em 2015 sobre competição no setor de planos de saúde do Brasil, “*a presença de elevados custos de transação e a regulação mais restritiva desses contratos (individuais), pode inviabilizar a sustentabilidade do setor*”.

11. Outros pontos importantes a serem incorporados em tal estudo seriam a conveniência e oportunidade de se estender as competências regulatórias da ANS aos prestadores no que diz respeito à aferição da qualidade (reduzindo assimetrias informacionais e aumentando a possibilidade de se inovar em matéria de formas de remuneração dos prestadores pelas operadoras) e do papel de inovações tecnológicas poupadoras de recursos na prestação de serviços (tais como a telemedicina, o uso de *wearables*, etc).

## 1.2 REAJUSTE DE PLANOS INDIVIDUAIS E FAMILIARES

12. O mercado de saúde suplementar possui, basicamente, três categorias de planos de assistência à saúde que exigem, por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a adoção de políticas diferenciadas para o reajuste anual das mensalidades. De acordo com a legislação vigente, há regras distintas para o reajuste da mensalidade dos planos contratados por pessoas físicas (planos individuais/familiares), dos planos contratados por pessoas jurídicas (planos coletivos) e dos planos individuais exclusivamente odontológicos.

13. Para os planos individuais novos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica, que são aqueles contratados após 02 de janeiro de 1999, quando passou a vigorar a Lei nº 9.656/98, a operadora depende da aprovação prévia da ANS para aplicar o reajuste anual. Ressalta-se,

porém, que a precificação do prêmio no momento inicial de comercialização do plano não é submetida à regulação. Ou seja, regula-se a variação dos preços, mas não os preços iniciais dos planos.

14. No caso dos planos individuais antigos com cobertura médico-hospitalar com ou sem cobertura odontológica, que são aqueles contratados anteriormente a 1999, existe liminar concedida pelo Supremo Tribunal Federal (ADIN nº 1931-8, de 03 de setembro de 2003) que permite às operadoras aplicarem a regra de reajuste estabelecida no contrato assinado entre a pessoa física e a operadora. Portanto, para estes planos, o reajuste não depende de autorização prévia da ANS. Todavia, caso a regra de reajuste prevista no contrato não seja clara, o reajuste anual deve estar limitado ao reajuste máximo estipulado pela ANS ou estabelecido em Termo de Compromisso com a Agência.

15. Conforme estabelecido na Resolução Normativa nº 156, de 08 de junho de 2007, planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores seguem as mesmas regras de reajuste dos planos individuais/familiares. Dessa forma, as autogestões sem mantenedores também precisam obter a autorização da ANS para aplicar o reajuste, desde que esses planos sejam também considerados planos novos.

16. Segundo a Resolução Normativa ANS nº 172, de 08 de julho de 2008, os planos exclusivamente odontológicos, devido às suas especificidades, não dependem de autorização prévia da ANS para a aplicação de reajustes, desde que o contrato contenha cláusula de reajuste que estabeleça, de forma clara, um índice de preços (IGP-M, IPCA, etc.). Caso não haja um índice estabelecido em contrato, a operadora deve oferecer ao titular do plano um termo aditivo. A não aceitação do termo por parte do beneficiário implica na adoção tácita do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

17. Portanto, na prática, os planos efetivamente sujeitos ao reajuste máximo estabelecido pela ANS são os planos individuais ou familiares novos (pós-1999), exceto os exclusivamente odontológicos, e os planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores. O quadro a seguir apresenta as segmentações de planos de saúde relevantes para a diferenciação do reajuste anual.

**Quadro 01 - Regra de Reajuste por Variação de Custos, segundo Classificação do Plano de Saúde**

Segmentação assistencial		Médico-hospitalares		Exclusivamente Odontológicos	
Época de contratação		Antigo**	Novo	Antigo**	Novo
Tipo de contratação	Por Pessoa Física *	i) Contrato; ii) ANS; iii) TC ANS <sup>(1)</sup>	ANS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrato;</li> <li>• IPCA<sup>(2)</sup></li> </ul>	
	Por pessoa Jurídica *	Livre (monitorado)		Livre (monitorado)	

**Fonte:** Elaboração própria, com base na legislação.

\* Aos planos coletivos contratados por pessoas físicas junto a operadoras de autogestão sem mantenedores, independentemente do tipo de assistência, aplicam-se as regras dos planos individuais.

\*\* Aos planos adaptados à Lei nº 9.656/1998, aplicam-se as regras dos planos novos.

(1) Para os planos médicos antigos contratados por pessoa física, conforme a RN nº 156/2007, nos casos em que a cláusula de reajuste prevista no contrato não for clara, deverá ser adotado percentual limitado pelo índice de reajuste definido pela ANS, exceto nos casos de Termo de Compromisso definidos pela Agência.

(2) Para os planos exclusivamente odontológicos contratados por pessoa física, conforme a RN nº 172/2008, nos casos em que não houver aceitação pelo beneficiário do aditivo contratual, vigorará, para fins de reajuste, o IPCA/IBGE.

18. O contingente de beneficiários de planos sujeitos à aplicação do reajuste (planos médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica, de contratação individual ou familiar, contratados na vigência da Lei nº 9.656/98, além dos beneficiários que adaptaram seus contratos à referida lei) é de 17,03% do total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares (exceto os exclusivamente odontológicos), conforme apresentado no Quadro 02. Para o segmento individual, o reajuste pode ser aplicado no máximo uma vez por ano, na data de aniversário do contrato.

**Quadro 02 – Beneficiários de Planos Individuais, Segundo a Época de Contratação, em março de 2019**

	Total	Participação em relação
--	-------	-------------------------

	<b>total</b>	<b>ao total</b>
<b>Total de beneficiários de planos de saúde</b>	47.074.280	-
Beneficiários de planos individuais	9.051.650	19,23%
Anterior à Lei 9.656/98	1.033.964	2,20%
<b>Posterior à Lei 9.656/98*</b>	<b>8.017.686</b>	<b>17,03%</b>

Fonte: Sistema de Informação de Beneficiários/ANS – Acesso em junho/2019. Elaboração própria.

\*Nota: representa o total de beneficiários sujeitos à regulação de preços da ANS.

19. A autorização dos reajustes e das revisões das contraprestações pecuniárias dos planos privados individuais de assistência à saúde deve ser precedida de consulta ao Ministério da Economia, por força do inciso XVII do art. 4º da Lei nº 9.961, de 28 de janeiro de 2000.

## 2 DA METODOLOGIA EMPREGADA PARA O CÁLCULO DO REAJUSTE

20. A ANS submete anualmente à apreciação deste Ministério o valor percentual máximo de reajuste fixado para os planos individuais. Até 2018, a metodologia adotava uma medida de tendência central dos reajustes aplicados pelos planos coletivos com 30 vínculos ou mais nos doze meses anteriores, informados à Agência pelas operadoras. No reajuste de 2008-09 e 2009-10, utilizou-se a tri-média, de 2017-18 e 2018-19, aplicou-se a moda e, nos demais períodos, a média ponderada sobre os reajustes dos planos coletivos. A *rationale* econômica embasava-se no modelo *Yardstick Competition*, que consiste em utilizar o desempenho de firmas semelhantes a fim de estabelecer um parâmetro para que as firmas reguladas possam ser avaliadas. Assim, a Agência partia do pressuposto de que os reajustes aplicados pelos planos coletivos deveriam refletir suas variações de custos médico-hospitalares, sendo estas últimas exatamente as mesmas daquelas observadas para planos individuais e coletivos. Segundo entendimento da Agência, a partir do pressuposto de que os contratantes de planos coletivos possuem maior poder de barganha, haja vista o número elevado de vínculos que oferecem, a utilização do reajuste médio observado entre os planos coletivos para fixar o reajuste máximo autorizado para os planos individuais seria um comparador mais eficiente para implementar o modelo *Yardstick Competition*.

21. Na aplicação da metodologia descrita acima, a Agência excluía da base de dados, além dos contratos com menos de 30 vínculos, os que envolviam operadoras inativas, os que utilizavam retroalimentação (planos coletivos que aplicaram valores iguais ao reajuste ANS do ano anterior); os que realizavam alterações no fator moderador<sup>11</sup> (franquias e copagamentos); os que realizaram comunicados de reajuste apresentados pelas operadoras à ANS com irregularidades; e os que apresentaram observações atípicas, por meio da metodologia do *interquartile range* (IQR).

22. Em 2018, a Agência iniciou um debate aberto sobre o estabelecimento de nova metodologia, a partir da realização da Audiência Pública (AP) nº 10/2018, realizada nos dias 24 e 25 de julho de 2018. O Relatório de Análise de Impacto Regulatório disponibilizado para subsidiar o evento apontava um conjunto de fragilidades do modelo de reajuste então empregado pela Agência:

- Defasagem temporal entre o período de apuração e de aplicação do reajuste, inclusive levando à necessidade de suplementar o cálculo, com estimativa do impacto de mudanças no rol estabelecido pela ANS de procedimentos cobertos;
- Impossibilidade de verificação externa do cálculo (baixa transparência, uma vez que apenas a ANS tinha acesso aos dados, e imprevisibilidade);
- Cálculo não baseado no perfil de risco da carteira individual. A Agência apontou que as diferenças existentes entre os mercados de planos individuais e coletivos dificultam sua comparação direta, ressaltando que o modelo *Yardstick Competition* se adequa melhor no mercado em que os produtos são mais semelhantes;
- Risco de vício estrutural (variações imprevistas – positivas ou negativas – por não se basearem nas variações de custos médico-hospitalares, apesar de a variação do preço dos planos coletivos ser evidentemente influenciada por tais custos): as diferenças entre variações de custos médico hospitalares entre coletivos e individuais podem gerar distorções no mercado, desincentivando a comercialização caso os reajustes autorizados sejam inferiores à variação observada e criando poder

de mercado em detrimento do consumidor caso o reajuste seja superestimado.

23. Segundo a Agência, a alternativa de metodologia de preços escolhida, após levantamentos do Grupo Técnico de Política de Preço em 2015 e revisão da Audiência Pública nº 13, de 13 de novembro de 2018, baseou-se no **Modelo Value Cap ponderado entre despesas assistenciais e não assistenciais**, a partir da definição de índice de variação das despesas assistenciais e não assistenciais dos planos individuais posteriores à Lei nº 9.656/98 com dedução da variação da receita por mudança de faixa etária e corrigindo-se a variação das despesas não assistenciais por um índice geral de preços. Esta alternativa foi resultado das contribuições recebidas na primeira Audiência Pública realizada demandando um modelo mais transparente.

24. Diante disso, o modelo *Value Cap*, adotado na proposta inicial da AP nº 10/2018, foi reformulado, incorporando uma ponderação entre despesas assistenciais e não assistenciais, resultando na publicação da Resolução Normativa nº 441, de 19 de dezembro de 2018. O novo modelo apresenta os seguintes critérios:

$$\text{IRPI} = 80\% \times \text{IVDA} + 20\% \times \text{IPCA Exp.}$$

Em que:

IRPI = Índice de Reajuste dos Planos Individuais;

IVDA = Índice de Valor das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

IPCA Exp = Índice de Preços ao Consumidor Amplo expurgado do subgrupo 62 -Serviços de Saúde.

25. No entendimento desta SEAE, o novo modelo adotado ainda se enquadra na definição de *Yardstick Competition*, uma vez que o cálculo faz uma comparação do conjunto de operadoras de planos individuais, e a maior homogeneidade do produto é um pressuposto recomendável para sua adoção. Assim, aponta-se um avanço da metodologia, dado que as diferenças existentes entre os planos individuais e coletivos se mostraram suficientes para concluir que não são produtos diretamente comparáveis. Ainda que a metodologia utilize os custos passados das operadoras, o escopo do modelo não é a pura recomposição individual dos custos, o que, considerando a assimetria de informação existente, poderia criar incentivos à superestimação desses custos e ou à ineficiência.

26. Segundo a Nota Técnica nº 27/2018/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO, a ponderação foi baseada no Índice de Sinistralidade geral médio, estimado em cerca de 80%, conforme publicação do Prisma Econômico-Financeiro da Saúde Suplementar. A Sinistralidade resulta da divisão das despesas assistenciais pelas receitas de contraprestações, indicando a capacidade de pagamento das operadoras, e sua escolha como parâmetro de ponderação foi justificada pelo fato de o índice de reajuste recair sobre a receita, que deve ser suficiente para cobrir todas as suas despesas.

27. De acordo com a metodologia apresentada no Prisma para a estimação feita, ressaltamos que o Índice de Sinistralidade é referente ao resultado agregado das operadoras, que podem apresentar outras categorias de planos de saúde.

28. A metodologia voltada para as **despesas assistenciais** segue o modelo apresentado a seguir:

$$\text{IVDA} = \left[ \left( \frac{1 + \text{VDA}}{1 + \text{VFE}} - 1 \right) - \text{FGE} \right]$$

Em que:

IVDA = Índice de Variação das Despesas Assistenciais;

VDA = Variação das Despesas Assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

FGE = Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência.

29. O Índice de Variação das Despesas Assistenciais (IVDA) é composto por três variáveis, sendo a primeira a **Varição das Despesas Assistenciais (VDA)**. De acordo com a metodologia apresentada, a forma de cálculo da VDA é:

$$VDA_{ta} = \sum_{i=1}^n \frac{\left( \frac{DA_{ita}}{BEN_{ita}} \right)}{\left( \frac{DA_{ita-1}}{BEN_{ita-1}} \right)} \times \left( \frac{BEN_{ita}}{BEN_{total ta}} \right)$$

Em que:

i = Operadora i;

t = último trimestre com dados disponíveis do DIOPS do ano de cálculo do reajuste;

a = ano de cálculo do Índice de Reajuste dos Planos Individuais;

DA = Despesas assistenciais dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 acumulados em 12 meses até o trimestre t do ano a da Operadora;

BEN = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico-hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 da Operadora;

BEN total = Média de beneficiários dos planos individuais de cobertura médico hospitalar regulamentados pela Lei 9.656/98 no período de 12 meses que antecede o cálculo do reajuste do mercado.

30. Em relação à metodologia da Variação das Despesas Assistenciais, ressaltam-se duas diferenças principais entre a nova proposta e o modelo inicial apresentado na AP nº 10/2018. A primeira está no valor das despesas utilizadas. O modelo anterior não especificava quais custos dos planos individuais médico-hospitalares entravam no cálculo, entendendo-se que se utilizava o valor total das despesas de planos individuais, enquanto a nova proposta evidencia apenas o valor das despesas assistenciais, possibilitando maior clareza para a replicação do modelo.

31. A segunda está relacionada à própria metodologia, uma vez que a proposta inicial da primeira audiência realizada pela Agência usava o valor agregado das despesas per capita médico-hospitalares dos planos individuais de dois períodos. A nova proposta utiliza o somatório da variação de despesas de cada operadora, ponderada pela parcela de nº de beneficiários individuais em relação ao total de beneficiários de planos individuais do período mais recente.

32. Desta forma, a ponderação da variação de despesa assistencial per capita deixa de ser pelo montante de custos e passa a ser pelo número de beneficiários do último período. Assim, o novo critério proporciona uma melhor representatividade do setor de planos individuais, evitando que elevadas despesas de operadoras pouco representativas impliquem em um aumento desproporcional no valor final do reajuste.

33. A segunda variável que compõe a fórmula de cálculo do IVDA é o **Fator de Estímulo a Ganhos de Eficiência (FGE)**, proposta da ANS que se aproximaria do Fator X na teoria econômica. O Fator X é utilizado em um modelo de regulação “*price-cap*”, em que o reajuste do preço da empresa regulada é composto por um índice de preços e este é subtraído de uma estimativa de seus ganhos de produtividade, que é o Fator X (Bernstein e Sappington, 1999).

34. Para o estabelecimento desse parâmetro de eficiência, compararam-se os resultados das variações das despesas assistenciais dos planos individuais médico-hospitalares de cada operadora (VDA) com a tendência de variação de despesas do setor. O cálculo é realizado nas seguintes etapas:

1. A partir da base de cálculo da média ponderada da VDA (que já exclui os valores atípicos), classifica-se em ordem crescente o conjunto de valores de VDA por operadora em um ano.
2. Identifica-se o terceiro quartil (Q3), medida que delimita os 25% (vinte e cinco por cento) maiores valores da VDA.
3. Calcula-se as distâncias entre a VDA das Operadoras acima do Q3 e o próprio Q3.
4. Pondera-se as distâncias das operadoras acima do Q3, conforme fórmula a seguir:

$$\text{Distância ano a} = \sum_{i=1}^n (VDA_{OPS_i} - \text{Valor do Q3}) \times \frac{\text{Quantidade de Beneficiários da OPS}_i}{\text{Total de beneficiários da Amostra}}$$

Em que:

VDA OPS<sub>i</sub> = Variação das despesas assistenciais da Operadora i com VDA acima do 3º quartil.

5. Calcula-se a proporção entre a "Distância ano a" e a VDA média ponderada do ano (apurada

conforme critérios do Anexo II).

6. Em seguida, calcula-se a média geométrica dos quatro períodos. O cálculo da média objetiva tornar o fator mais estável, com previsão de revisão a cada quatro anos.

35. No modelo inicial, apresentado na AP nº 10/2018, o fator de produtividade derivava de indicadores gerais da economia, desconsiderando as especificidades do setor de saúde suplementar, a fim de evitar elevadas flutuações do comportamento sazonal do setor, porém seu resultado pode não ser suficientemente correlacionado com o setor de saúde suplementar, especificamente para os planos individuais. Assim, no intuito de minimizar esse problema, o novo modelo proposto tem como escopo estimular o aumento da eficiência na gestão das operadoras de planos individuais, além de repassar aos consumidores parte deste aumento. Este é uma típica regulação por *Yardstick Competition*, uma vez que o regulador utiliza dados das despesas de todas as empresas para regular os preços de forma que se mimetiza uma espécie de competição entre elas. Este tipo de mecanismo visa justamente a gerar incentivos parecidos a uma situação de competição mais ampla nacional entre todas as firmas.

36. O cálculo da média do FGE para os quatro anos, como a ANS coloca, objetiva reduzir ainda mais a influência de *outliers*. Nesse aspecto, cabe notar que a periodização do cálculo em quatro anos é razoável.

37. Em relação à adoção da média geométrica, a Agência esclareceu a esta Secretaria que esta preserva o produto dos números de série, além de ser utilizada, em matemática financeira, para o cálculo de taxas equivalentes (aquelas capazes de produzir o mesmo montante ao final de um período), mesmo com um número diferente de capacidades. Assim, considerando que o FGE é determinado pela razão de duas taxas: distância das VDA mais elevadas em relação ao próprio Q3 e a própria VDA, a agência concluiu que a média geométrica seria a medida mais adequada para medir a tendência dos quatro anos.

38. Uma ressalva que pode ser levantada na proposta da ANS é o fato de que nem todo aumento de custo representa ineficiência, ao menos no caso da assistência à saúde. Em outros setores, principalmente a indústria, existe um produto final que pode ser relacionado a quantidades exatas de insumos. Em saúde, a multiplicidade de estados iniciais, tratamentos e estados finais dificultam bastante a análise de eficiência pelos custos/despesas sem vinculação com o serviço executado.

39. Como contraponto, a adoção desta *proxy* pode ser justificada em parte, dado que uma parcela das despesas assistenciais é gerenciável pelas operadoras, mediante negociação direta com profissionais e com a rede credenciada, *benchmarking* entre suas respectivas prestadoras e entre outras operadoras, uso de *big data* e inteligência artificial; além de ações complementares, como investimento em políticas de prevenção e de promoção da saúde e em programas de certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde.

40. Segundo a agência, as alternativas estudadas para definir a metodologia do índice de produtividade apresentaram limitações, inclusive relacionadas aos dados disponíveis. Ainda segundo a Agência, os efeitos de elementos não gerenciáveis elevam as variações de despesas assistenciais como um todo, elevando também o valor do 3º Quartil, sendo, portanto, absorvida pela construção endógena do modelo. A Agência também entende que o FGE incentiva as operadoras de planos de saúde a aperfeiçoarem seu gerenciamento sobre a VDA, adequarem o uso dos serviços médicos, e a revisarem formas de remuneração de prestadores e programas de promoção à saúde e prevenção de doenças.

41. A ANS apontou que a metodologia do FGE não exclui dos seus efeitos o estímulo a eficiência de operadoras de grande porte. Em primeiro lugar, porque o cálculo do FGE inclui tanto operadoras de grande porte como de pequeno porte. Em segundo lugar, porque ao estabelecer um índice de eficiência único, todas as operadoras serão incentivadas a buscar eficiência acima do parâmetro estabelecido.

42. Dado o exposto esta SEAE acredita que, à falta de um indicador melhor pela limitação de dados, é razoável a adoção da metodologia escolhida pela ANS, provisoriamente, sem prejuízo de que ela futuramente busque aperfeiçoá-la. Enfim, haja vista as iniciativas da Agência para promover uma melhor gestão das operadoras, como o programa de certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde, sugerimos também que se avalie a elaboração de um fator que trate diferenciadamente as operadoras que aderirem a estes programas, a fim de proporcionar um maior incentivo para o ganho de produtividade do setor<sup>12</sup>.

43. Finalmente, no que concerne às despesas assistenciais, a terceira variável que compõem o cálculo do IVDA é o **Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares (VFE)**. Esse Fator tem por objetivo descontar do cálculo das despesas



assistenciais o aumento de despesa decorrente da simples mudança de faixa etária do beneficiário. Como o valor do prêmio pago pelos beneficiários é automaticamente atualizado quando da migração da faixa etária, justamente como forma de cobrir o já esperado aumento da despesa assistencial, o aumento de despesa decorrente da migração de faixa deve ser descontado do índice para não elevar artificialmente a variação das referidas despesas assistenciais.

44. Dito isso, o cálculo do fator de variação da receita por mudança de faixa etária também foi aprimorado em relação à proposta inicial, dado que passou a utilizar a comparação do nº de beneficiários em cada faixa etária em dois períodos consecutivos. A proposta anterior fazia uma previsão da mudança de faixa etária apenas dos beneficiários fronteira, *ceteris paribus*. O modelo inicial não considerava, portanto, o fluxo de entrada de novos beneficiários e de saída de beneficiários antigos em cada faixa, o que enfraquecia sua capacidade preditiva. A fórmula de cálculo é apresentada a seguir:

$$VFE = \frac{\text{Receita per capita no período 2}}{\text{Receita per capita no período 1}} - 1$$

Em que:

VFE = Fator de Variação da Receita por Reajuste de Faixa Etária dos planos individuais médico-hospitalares com ou sem cobertura odontológica posteriores à Lei 9.656/98;

Receita = multiplicação do número de beneficiários do período "1" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária e o número de beneficiários do período "2" pelo fator médio de reajuste em cada faixa etária, a fim de calcular as receitas totais no período 1 e no período 2; e

Receita per capita = divisão do total da receita pelo número total de beneficiários de cada período.

45. Uma vez apresentadas as considerações acerca das despesas assistenciais que compõem a fórmula de reajuste, importa agora apresentar os apontamentos em relação às despesas **não assistenciais**.

46. Para a recomposição de custos para as despesas não assistenciais, a ANS decidiu pela utilização do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA), expurgando os efeitos do item 6.203 – “Planos de Saúde”, a fim de evitar a retroalimentação do item.

47. No grupo 6, “Saúde e cuidados pessoais”, há três grandes subgrupos, a saber: 6.1 – “Produtos farmacêuticos e óticos” (em maio de 2019 apresentou peso no índice amplo e de 3,6254%), 6.2 – “Serviços de saúde” (5,9714%) e 6.3 – “Cuidados pessoais” (2,5420%). No subgrupo “Serviços de saúde” os itens agregados são: 6.201 – “Serviços médicos e dentários” (1,1622%), 6.202 – “Serviços laboratoriais e hospitalares” (0,6012%) e 6.203 – “Planos de saúde” (4,2080%). Vale notar que a variação dos preços de planos de saúde responde por 66% do peso total do subgrupo “Serviços de saúde”.

48. A estimação do item “Planos de saúde” é feita a partir da coleta mensal do percentual de reajuste aplicado sobre os contratos que fazem aniversário no mês da pesquisa das operadoras com maior representatividade em termos de número de beneficiários. Segundo o Guia do IBGE:

*O percentual informado, em geral, baseia-se no reajuste fixado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS. Um reajuste anual é normalmente fixado no mês de maio com vistas a vigorar nos 12 meses seguintes. A aplicação tem início para os usuários de acordo com a data de aniversário de cada plano. Assim, se o início da aplicação ocorre em junho de um ano, em julho do ano seguinte todos os contratos serão reajustados.*

*O reajuste a incidir sobre os contratos, passa pelas seguintes etapas:*

- pesquisa-se a amostra de operadoras em cada região considerada;*
- identificam-se quais os planos novos (aqueles posteriores a 1º de janeiro de 1999) e os planos antigos (anteriores a essa mesma data);*
- calcula-se, por operadora, a variação total média anual ponderada pelas participações dos planos novos e antigos, conforme informação obtida junto à ANS;*
- extrai-se a raiz 12 do valor obtido no item anterior, chegando-se, assim, à variação média mensal, por operadora; e*
- aplica-se a média geométrica sobre as variações mensais de todas as operadoras da região.*

49. O índice IPCA expurgado passa pelo processo de nova ponderação, realizando a soma dos pesos que permaneceram no índice, e em seguida divide-se o peso inicial dos subgrupos remanescentes pelo somatório resultante. Enfim, as variações mensais de cada subgrupo são multiplicadas pelo novo peso respectivo.

### 3 DO REAJUSTE CALCULADO PARA O BIÊNIO 2019-2020

50. No que diz respeito à apuração do resultado do reajuste para o biênio 2019-2020, conforme a metodologia apresentada, utilizando os dados do 4º trimestre dos anos 2017 e 2018, a ANS disponibilizou os valores apresentados na Tabela 01 a seguir:

**Tabela 01** – Composição do Cálculo de Reajuste para 2019/2020

Índices	Valor
<u>IVDA</u>	<u>8,33%</u>
VDA	11,08%
FGE	0,98%
VFE	1,63%
<u>IPCA Expurgado</u>	<u>3,44%</u>
<b>IRPI</b>	<b>7,35%</b>

Fonte: ANS.

51. Dessa forma a Nota nº 003/2019/COREF/GEFAP/GGREP/DIRAD-DIPRO/DIPRO, indicou o percentual de **7,35% (sete vírgula trinta e cinco por cento) como o reajuste máximo autorizado para o biênio 2019-2020 dos planos de saúde sujeitos a esta regulação** para deliberação da Diretoria Colegiada da ANS, submetendo este valor à apreciação não vinculante do Ministério da Economia, conforme o inciso XVII do Art. 4º da Lei nº 9.961 de 28 de janeiro de 2000.

### 4 DO IMPACTO DO REAJUSTE NA INFLAÇÃO

52. A Tabela 02 abaixo apresenta o percentual máximo de reajuste autorizado pela ANS nos últimos anos, bem como as variações acumuladas no IPCA-Geral nos 12 meses anteriores ao mês de abril (isto é, o índice acumulado nos últimos 12 meses, tomando março de cada ano como o mês de referência), que é o limite da vigência dos reajustes anuais. Os reajustes máximos autorizados pela ANS situam-se historicamente acima do IPCA-Geral acumulado no período, o que se deriva do envelhecimento da população segurada e do crescimento do número de tratamentos disponíveis.

**Tabela 02** - Comparação Reajuste Planos de Saúde e IPCA

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>IPCA acumulado em 12 meses (março)</b>	5,60%	5,17%	6,30%	5,23%	6,59%	6,15%	8,13%	9,39%	4,57%	2,68%	4,58%
<b>Reajuste ANS</b>	6,76%	6,73%	7,69%	7,93%	9,04%	9,65%	13,55%	13,57%	13,55%	10,00%	7,35%
<b>Diferença Relativa*</b>	1,21	1,30	1,22	1,52	1,37	1,57	1,67	1,45	2,96	3,73	1,61

Fonte: Dados ANS e IBGE. Elaboração própria.

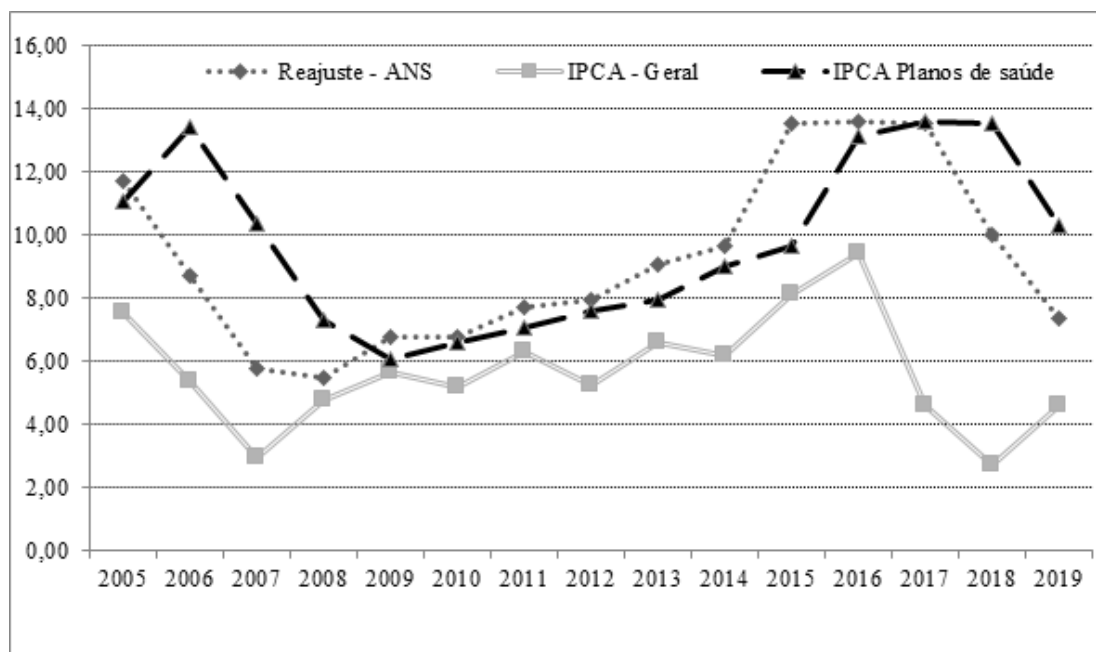
\*Resultados obtidos por meio da divisão entre o valor do reajuste ANS e o IPCA acumulado em 12 meses em março de cada ano.

53. O Gráfico 02 abaixo compara o reajuste da ANS com as variações apuradas pelo IPCA-Geral e pelo item 'planos de saúde' do IPCA, considerando o índice acumulado nos últimos 12 meses e tomando como referência o mês de março. A análise do gráfico permite notar que o reajuste autorizado pela ANS e o item referente a 'planos de saúde' do IPCA mantiveram-se significativamente acima do IPCA-Geral ao longo da série.

54. Observa-se ainda que no período de 2008 a 2018, o reajuste definido pela ANS tem se

mantido superior ao IPCA acumulado dos planos de saúde. Essa tendência começou a se inverter a partir de 2017 e apresentou valor inferior em 2018. Ressalta-se a tendência de queda do reajuste nos últimos dois anos, enquanto o IPCA geral voltou a subir a partir de 2018.

**Gráfico 02 – Inflação e Reajuste dos Planos de Saúde (em %)\***



Fonte: ANS e IBGE. Elaboração própria.

\*Nota 1: Valores da inflação acumulada em 12 meses, sendo março o mês de referência

55. O impacto efetivo do reajuste de planos de saúde sobre a inflação é calculado com base no peso desse item no IPCA. Adicionalmente, cabe ressaltar que o reajuste máximo autorizado pela ANS deverá ser aplicado somente aos contratos individuais e familiares novos de planos médico-hospitalares (com ou sem odontologia), de modo que é pertinente ponderar o impacto pela real representatividade desses planos sujeitos ao reajuste. Para fins dessa ponderação, optou-se pela participação relativa desses planos no total de beneficiários de planos de saúde em março de 2019, estimada em 17,03%, conforme apresentado na Tabela 03.

56. Assim, considerando-se a participação percentual do item planos de saúde em março de 2019 no IPCA-Geral e a ponderação dos planos sujeitos à regulação de preços, estima-se que o reajuste tenha um impacto de 0,052535 ponto percentual sobre a inflação anual (ver Tabela 03).

**Tabela 03 – Impacto do Reajuste sobre a Inflação**

Componentes da Estimativa	Valor
Reajuste previsto (a)	7,35%
Peso dos planos de saúde no IPCA (b)	4,1966%
Participação dos planos individuais no IPCA (c)	17,03%
Impacto previsto no IPCA (a)*(b)*(c)	0,052535 p.p.

Fonte: ANS e IBGE. Elaboração própria.

## 5 DA ANÁLISE SUPLEMENTAR

### 5.1 CONSIDERAÇÕES SOBRE O TRATAMENTO DOS DADOS PELA ANS

57. A análise sobre os dados financeiros incluiu operadoras do tipo de contratação individual/familiar, com cobertura assistencial médico-hospitalar, posteriores à Lei nº 9.656/1998, com preço pré-estabelecido, das modalidades cooperativa médica, medicina de grupo, filantrópica ou seguradora. A partir do resultado, os critérios de exclusão de dados utilizado pela ANS estão listados a seguir:

- Operadoras no primeiro ano de operação (-2);
- Operadoras sem operação no último ano (-3);
- Operadoras com despesa  $\leq 0$  acumulada no ano (retirando aquelas que não realizaram despesas assistenciais) (-11);
- Operadoras com ressalvas nas despesas assistenciais (-83);
- Operadoras sem vínculos ativos (-13);
- Operadoras sem informações de despesas nos dois últimos anos (-8);
- Operadoras com corresponsabilidade (-217).

58. A corresponsabilidade acontece quando um beneficiário com plano contratado em um local específico passa a usar a rede de outra operadora segundo acordo estabelecido entre as OPS; prática recorrente no intercâmbio do Sistema Unimed (cooperativas médicas). A RN nº 430, de 07 de dezembro de 2017, regulamentou o tratamento habitual de tais despesas como corresponsabilidade assumida ou transferida.

59. Entretanto, as contas contábeis supracitadas ainda não são desagregadas por tipo de contratação, e apresentaram significativa aderência no último trimestre de 2018, passando a tratar atendimentos anteriormente considerados eventuais como habituais. Tal fato resultou em uma elevada variação negativa das despesas assistenciais adotadas na metodologia. Portanto, a fim de evitar distorções nas estimativas de reajuste, a Agência retirou 217 operadoras da base, restando um total de 188 OPS para o cálculo.

60. Diante do exposto, esta Secretaria recomenda que a desagregação das contas de corresponsabilidade passe a ser exigida pela Agência às operadoras com efeito retroativo para 2018. Tal necessidade se dá pelo fato de que o modelo utiliza valores das contas nos dois anos anteriores ao reajuste, evitando que a mesma situação se repita no reajuste do próximo ano. Isso é importante porque as cooperativas médicas possuem elevada representatividade no mercado, representando quase metade do total, como reforça a Tabela 04 abaixo:

**Tabela 04 – Beneficiários de Planos Individuais/Familiares posterior à Lei em 2018**

Modalidade	Beneficiários <sup>1</sup>	%
Cooperativa Médica	3.874.593	48,27%
Filantropia	295.674	3,68%
Medicina de Grupo	3.801.493	47,36%
Seguradora Especializada em Saúde	54.646	0,68%
<b>Total Geral</b>	<b>8.026.406</b>	<b>100%</b>

Fonte: Beneficiários para Cálculo do VDA – ANS

<sup>1</sup>Valores resultantes da soma de beneficiários no último trimestre do ano.

## 5.2 CONSIDERAÇÕES SOBRE A REPLICABILIDADE DO MODELO

61. As melhores práticas apontam a estabilidade regulatória como uma característica desejável de uma atuação do governo sobre a economia. Por estabilidade regulatória entende-se que as regras e sua interpretação sejam estáveis, por períodos razoáveis, e que eventuais mudanças sejam previsíveis<sup>13</sup>, de modo a assegurar a atratividade dos investimentos no setor. Sendo assim, o estabelecimento de uma metodologia normatizada (RN nº 441/2018) e replicável representa um avanço significativo da atuação da Agência no mercado regulado de planos de saúde privados individuais e familiares.

62. Para o Cálculo da VDA, a Agência disponibilizou os dados do número de beneficiários em seu site<sup>14</sup> informando os filtros necessários para utilização das informações financeiras das operadoras integrantes do modelo. Entretanto, esta Secretaria identificou que na base disponibilizada no sítio eletrônico constavam mais operadoras de planos de saúde do que aquelas utilizadas pela Agência após aplicação dos filtros e dos critérios de exclusão. Assim, com o intuito de facilitar a replicação dos dados, recomendamos que seja divulgado, no sítio da agência, indicativo de quais OPS devem ser utilizadas no cálculo ou não.

**Tabela 05** – Replicação do Cálculo do VDA  
(movida para o Anexo)

63. O Fator de Ganhos de Eficiência (FGE) apresentado pela Agência na Nota Técnica nº 1/2019/COREF/GEFAP/GGREG/DIRAD-DIPRO/DIPRO foi calculado a partir da extração das informações de despesas assistenciais de planos individuais médico-hospitalares novos (contas 411111X2) nos 24 trimestres mais recentes, a partir do 4º trimestre de 2013. A ANS encaminhou a esta SEAE a base de dados necessária para a replicação do modelo. Entretanto, uma vez que não foi usado o mesmo grupo de operadoras para o cálculo da VDA, reforçamos a sugestão de publicizar as informações referentes às exclusões feitas em cada ano a fim de facilitar a sua replicação. A Tabela 06 abaixo demonstra o resultado encontrado por esta Secretaria:

**Tabela 06** – Replicação do cálculo do FGE

Ano	Proporção das distâncias da VDA das Operadoras acima do 3º Quartil sobre a VDA média ponderada	Média Geométrica dos 4 anos do FGE
2014	11,73%	<b>8,87%</b>
2015	6,59%	
2016	8,07%	
2017	9,93%	

64. Adicionalmente, conforme apontado pela ANS, no terceiro quartil, há maior concentração de empresas com menor número de beneficiários individuais na faixa mais alta da VDA, especialmente em operadoras com até 5 mil vínculos. Essas operadoras de menor porte representam 47% do total de operadoras da amostra, mas apenas 6% do número total de beneficiários.

65. Como efeito, o valor resultante é menor do que seria caso a referência fosse, por exemplo, a mediana. Assim, de um lado, as operadoras de menor porte ficam mais protegidas, dado o desconto reduzido, mas, de outro lado, as operadoras de maior porte recebem reajustes superiores à variação de seus custos, o que não necessariamente as estimula a buscarem maior eficiência e, de certo, não beneficia boa parte dos beneficiários, que poderiam observar reajustes de preço menores em seus contratos.

66. Os dados para o cálculo do VFE (Tabela 07) foram retirados da página do Tabnet<sup>15</sup> e do Painel de Precificação: Plano de Saúde 2017. Ressalta-se que, para chegar ao valor estimado pela Agência, utilizamos a base extraída em 15/05/2019, uma vez que os valores obtidos à época desta Nota já estavam atualizados.

**Tabela 07** – Replicação do cálculo do VFE

Faixa Etária	2017	2018	D	E	F	G	H	I	VFE
00 a 18 anos	2.563.893	2.529.452	0,00%	100,00	256.389.275,00	252.945.200	254,968	259,135	1,63%
19 a 23 anos	437.873	431.523	20,20%	120,20	52.632.334,60	51.869.035			
24 a 28 anos	503.211	478.061	15,40%	138,71	69.800.731,02	66.312.224			
29 a 33 anos	559.451	536.697	13,00%	156,74	87.690.103,04	84.123.568			
34 a 38 anos	580.039	559.220	11,40%	174,61	101.281.685,18	97.646.483			
39 a 43 anos	484.262	484.207	15,50%	201,68	97.664.400,01	97.653.308			
44 a 48 anos	415.867	407.339	24,80%	251,69	104.670.591,59	102.524.094			
49 a 53 anos	413.050	395.555	26,10%	317,38	131.095.623,51	125.542.984			
54 a 58 anos	415.260	413.380	27,80%	405,62	168.436.519,57	167.673.858			
59 anos ou mais	1.749.514	1.818.477	41,10%	572,33	1.001.292.397,57	1.040.761.283			

67. O IPCA expurgado foi adotado para corrigir monetariamente as despesas não assistenciais

(operacionais, financeiras, administrativas, de comercialização e patrimoniais). Os dados foram retirados do SIDRA IBGE<sup>5</sup>, Tabela 1419 – Variação mensal, acumulada no ano, acumulada em 12 meses e peso mensal, para o índice geral, grupos, subgrupos, itens e subitens de produtos e serviços a partir de 2012, coletando-se os pesos e variações mensais dos grupos, subgrupos e itens 1, 2, 3, 4, 5, 6.1, 6.201, 6.202, 6.203, 6.3, 7, 8 e 9. Assim, exclui-se os valores do item 6.203 – “Planos de Saúde”, recalibrando os demais para que somem 100%. A partir disso, multiplica-se as variações mensais de cada componente para somar o IPCA Geral resultante, conforme Tabela 08, abaixo.

**Tabela 08 – Replicação do Cálculo do IPCA Expurgado**

<b>Mês</b>	<b>IPCA Geral Expurgado</b>	<b>IPCA acumulado no ano</b>
<b>janeiro</b>	0,25%	0,00%
<b>fevereiro</b>	0,29%	0,55%
<b>março</b>	0,05%	0,60%
<b>abril</b>	0,18%	0,78%
<b>maio</b>	0,38%	1,16%
<b>junho</b>	1,27%	2,44%
<b>julho</b>	0,33%	2,78%
<b>agosto</b>	-0,13%	2,65%
<b>setembro</b>	0,47%	3,13%
<b>outubro</b>	0,43%	3,57%
<b>novembro</b>	-0,25%	3,31%
<b>dezembro</b>	0,12%	<b>3,44%</b>

68. Em síntese, quando da replicação dos cálculos das variáveis envolvidas na fórmula de reajuste, a SEAE tece as seguintes considerações:

- i. o cálculo da VDA só foi possível por meio de documentação enviada pela ANS diretamente à SEAE, mas não foi possível fazê-lo diretamente a partir da base disponibilizada em sítio eletrônico porque a referida base continha mais observações (operadoras) do que a base utilizada após aplicação dos filtros e critérios de exclusão;
- ii. os cálculos do VFE e do IPCA expurgado (despesas não assistenciais) puderam ser replicados;
- iii. o cálculo do FGE foi replicado a partir da solicitação à agência da base de dados após tratamentos aplicados; e
- iv. também para o cálculo do FGE, não se esclareceu se a Agência fez o mesmo processo de tratamento do VDA para eliminar as inconsistências encontradas nos quatro exercícios (tais como operadoras com ressalvas e com corresponsabilidade). Além disso, seguindo orientação estabelecida na RN ANS nº 441/2018, foi utilizado o período de 2014 a 2017, sem que haja explicações para a exclusão do exercício de 2018, que foi utilizado, por sua vez, no cálculo da VDA do referido exercício.

69. Nesse sentido, recomenda-se que a Agência verifique a base disponibilizada para o cálculo da VDA para fins de transparência. Essas informações foram repassadas para a SEAE por meio de documentação, mas é importante que ela esteja disponibilizada para o público, daí a importância de constar diretamente na base. O mesmo vale para o cálculo das informações relativas ao FGE.

70. Em relação ao cálculo do VFE e do IPCA expurgado, em que pese ter sido possível a replicação, é recomendável que os links estejam todos disponibilizados em um mesmo local, inclusive com o passo a passo detalhado nas notas técnicas. Por fim, em relação ao FGE, as bases de cada exercício precisam estar todas disponíveis, justificando-se as eventuais exclusões de cada observação (operadora) em cada um dos quatro exercícios.

71. O resultado apurado para o índice de reajuste dos planos individuais (IRPI) resultou em um valor de **7,35% (sete vírgula trinta e cinco por cento)** para o período compreendido no biênio 2019-2020. Esse valor mostra-se acima da inflação acumulada em 12 meses calculada tendo o mês de março de 2019 como referência (4,58%). Calculamos que o reajuste tenha o impacto efetivo previsto sobre o IPCA de **0,052535186 ponto percentual**.

72. Em linhas gerais, esta SEAE acredita que houve significativo avanço metodológico destacando os seguintes aspectos:

- A metodologia passa a estar fixada em ato normativo próprio da Agência (RN ANS nº 441/2018), proporcionando maior previsibilidade ao modelo;
- Os dados utilizados no cálculo são públicos, o que confere transparência à ação regulatória;
- O modelo não deixou de ser um *Yardstick Competition*, mas agora com dados restritos aos planos individuais, ao invés de compará-los com coletivos, conferindo maior homogeneidade dos produtos comparados;
- No VDA, a ponderação das despesas assistenciais pelo nº de beneficiários evita distorções de despesas de operadoras pouco representativas caso ponderação tivesse se mantido sobre % dos custos assistenciais;
- O desconto do FGE objetiva evitar o repasse dos ganhos de eficiência das operadoras aos beneficiários, além de estimular que as operadoras busquem maior eficiência, uma vez que o reajuste tende a ser inferior ao custo observado pelas empresas menos eficientes. Cálculo baseado na média de 4 anos reduz influência de *outliers* e de eventual sazonalidade em anos específicos;
- O desconto da VFE evita dupla contagem do reajuste aplicado sobre a mudança de faixa etária, aplicado cumulativamente ao reajuste anual;
- A recomposição de custos para as despesas não assistenciais utiliza o IPCA expurgado do peso dos planos de saúde no referido índice, evitando a retroalimentação do índice de reajuste.

73. Em relação às limitações metodológicas, convém destacar que:

- Houve exclusão de 217 operadoras da base de dados para o cálculo do VDA, que passaram parte de seus custos da conta de despesas assistenciais para a conta de corresponsabilidade assumida ou transferida, impossibilitando utilização dessas contas, haja vista que não há discriminação por tipo de contratação do plano;
- Não foi dada publicidade da base de dados utilizada após o tratamento de dados para o cálculo do FGE, dificultando sua replicação. Em relação ao VDA, os dados disponibilizados no sítio não dispunham de informação sobre quais operadoras foram incluídas no modelo, apenas foi possível com a disponibilização das operadoras incluídas ou excluídas do modelo.

74. Em vista dos aspectos levantados, esta Secretaria recomenda à ANS:

- Atualizar os requisitos sobre as informações contábeis enviadas trimestralmente pelas operadoras, a fim de incluir as contas de corresponsabilidade assumida e transferida no processo de apuração do IRPI, inclusive para o ano de 2018, para viabilizar sua inclusão no próximo reajuste, evitando que o mesmo problema observado em 2018, que levou à exclusão de boa parte da amostra quando do cálculo do VDA, se repita;
- Disponibilizar, no sítio da Agência, informações sobre as operadoras de planos de saúde que integraram o cálculo para todos os fatores estimados, particularmente o VDA e o FGE, após tratamento dos dados;
- Buscar a revisão da metodologia do FGE para aprimorar a capacidade preditiva do modelo, haja vista a importância de se manter um fator de eficiência ou de produtividade como forma de se estimular a busca pela eficiência por empresas de setores regulados;
- Avaliar, para o reajuste seguinte, a possibilidade de criação de incentivos que estimulem a melhoria de

gestão das operadoras, como o programa de certificação de boas práticas em Atenção Primária à Saúde, e aumento de sua eficiência;

- Incorporar ao tema 3 do eixo “*Equilíbrio da Saúde Suplementar*” da Agenda Regulatória ANS 2019-2021 um estudo aprofundado dos efeitos líquidos das atuais assimetrias regulatórias bem como da atual filosofia de regulação de preços, em especial os efeitos de uma maior liberalização da política de reajuste. Outros pontos importantes a serem incorporados em tal estudo seria a conveniência e oportunidade de se estender as competências regulatórias da ANS aos prestadores no que diz respeito à aferição da qualidade (reduzindo assimetrias informacionais e aumentando a possibilidade de se inovar em matéria de formas de remuneração dos prestadores pelas operadoras) e do papel de inovações tecnológicas poupadoras de recursos na prestação de serviços (tais como a telemedicina, o uso de *wearables*, etc).

75. Por fim, registra-se a importância do disposto na Portaria MF nº 421, de 23 de dezembro de 2005, que destaca que “a ANS deverá encaminhar, com quinze dias de antecedência, os percentuais de reajuste ou de revisão concedidos a cada operadora na forma do Anexo a esta Portaria”, de forma a possibilitar o suficiente tempo de análise para este Ministério, evitando prorrogações de prazo do anúncio do reajuste e outras consequências para os agentes do mercado.

## Referências:

- <sup>1</sup> Sureke et al. *The economic costs of ill health in the European Region*. World Health Organization, 2008.
- <sup>2</sup> Ibid, pag. 5.
- <sup>3</sup> *The contribution of health to the economy in the European Union*. European Commission, 2005.
- <sup>4</sup> Existe também a saúde provida de forma particular, mas que não se organiza como um sistema, e sim como uma atividade econômica desenvolvida livremente.
- <sup>5</sup> Tratava-se de uma prestação de assistência à saúde ou baseada em serviços próprios, ou no reembolso de despesas médico-hospitalares, ou na prestação de serviços por terceiros.
- <sup>6</sup> Os quais relatavam a exclusão de patologias e procedimentos, bem como quantitativo de exames e tratamentos, a critério da operadora.
- <sup>7</sup> Mattos, César. **Em que situações a agência reguladora deve intervir na venda de planos?** - Disponível em: <http://www.brasil-economia-governo.org.br/2012/12/18/regulando-a-qualidade-do-servico/>
- <sup>8</sup> Além dos planos coletivos empresariais, existem os planos coletivos por adesão, em que a pessoa jurídica contratante é uma associação, um órgão de classe ou sindicato. No entanto popularizou-se a prática de criar associações fantasmas no intuito de oferecer planos a indivíduos que não conseguem adquiri-los de outra forma. A ANS buscou mitigar esse problema por meio da Resolução Normativa nº 195/2009, que regulamentou a necessidade de vínculo associativo, de classe ou empregatício para adesão a um contrato coletivo. Essa resolução trouxe a definição do conceito de quem pode ser contratante; a proibição de mais de um reajuste por ano (com exceção do reajuste por faixa etária, que pode coincidir com o anual); e novas regras para carência e cobertura parcial temporária.
- <sup>9</sup> A figura do MEI surgiu em 2008, com a Lei Complementar nº 128/2008, buscando formalizar trabalhadores brasileiros que, até então, desempenhavam diversas atividades sem nenhum amparo legal ou segurança jurídica; O MEI é a pessoa que trabalha autônoma e que fatura no máximo R\$ 81 mil por ano, conforme regras válidas desde o início de 2018. No entanto verificou-se que estavam ocorrendo abusos relacionados a esse tipo de contratação – como a constituição de empresa exclusivamente para este fim. Assim, em dezembro de 2017, a ANS aprovou a Resolução Normativa nº 432, que determina que para ter direito à contratação do plano, o empresário individual deverá apresentar documento que confirme a sua inscrição nos órgãos competentes, bem como a sua regularidade cadastral junto à Receita Federal - e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente - pelo período mínimo de seis meses. Também, para manter o contrato, o empresário individual deverá conservar a sua inscrição nos órgãos competentes e a regularidade do seu cadastro na Receita Federal. As operadoras e as administradoras de benefícios deverão exigir esses documentos em dois momentos: quando da contratação do plano e anualmente, no mês de aniversário do contrato.
- <sup>10</sup> Andrade, Monica Viegas (coord.) et al. **Estrutura de concorrência no setor de operadoras de planos de saúde no Brasil**. Série Cooperação em Saúde Suplementar no Brasil. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2015. 106 p.
- <sup>11</sup> Alterações no fator moderador estão relacionadas a mudanças do valor da coparticipação ou franquia pagas pelo beneficiário, de acordo com a utilização dos serviços de saúde, além da contraprestação contratada. O reajuste aplicado sobre a contraprestação destes planos é influenciado pela alteração do referido fator.
- <sup>12</sup> A Atenção Primária a Saúde, por exemplo, pode se configurar como potente mecanismo para aumento da eficiência e redução de custos totais na saúde pública. Cf. “The Group Health Medical Home At Year Two: Cost Savings, Higher Patient Satisfaction, And Less Burnout For Providers”, disponível em <https://www.healthaffairs.org/doi/abs/10.1377/hlthaff.2010.0158> - Acesso em 27/06/2019
- <sup>13</sup> Baldwin, Robert, *Regulatory stability and the challenges of re-regulating*.
- <sup>14</sup> Beneficiários: <http://dados.gov.br/dataset/beneficiarios-com-vinculos-ativos-por-tipo-de-contratacao-para-calculo-da-vda> - Acesso em 27/06/2019  
Despesas Assistenciais: <http://dados.gov.br/dataset/http-www-ans-gov-br-perfil-do-setor-dados-abertos-dados-abertos-disponiveis-n3> - Acesso em 27/06/2019
- <sup>15</sup> [http://www.ans.gov.br/anstabet/cgi-bin/dh?dados/tabnet\\_br.def](http://www.ans.gov.br/anstabet/cgi-bin/dh?dados/tabnet_br.def) - Acesso em 27/06/2019
- <sup>16</sup> <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/1419> - Acesso em 27/06/2019



À apreciação superior.

Documento assinado eletronicamente

**JÉSSICA PORTAL MAIA**

Coordenadora

De acordo.

Documento assinado eletronicamente

**BRUNO DE CARVALHO DUARTE**

Coordenador-Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde

De acordo.

Documento assinado eletronicamente

**MARCELO DE MATOS RAMOS**

Subsecretário de Competitividade e Concorrência em Inovação e Serviços

De acordo.

Documento assinado eletronicamente

**CÉSAR COSTA ALVES DE MATTOS**

Secretário de Advocacia da Concorrência e Competitividade

## ANEXO

**Tabela 06** – Replicação do Cálculo do VDA

Registro ANS	DAita-1	BENita-1	DAita	BENita	DMHita-1	DMHita	VDAParcial	Ponderação
329355	280.797,56	193,92	151.341,50	168,58	1.448,03	897,73	<b>-38,00 %</b>	-0,2914%
417475	270.821,62	50,25	184.028,65	54,33	5.389,48	3.387,03	<b>-37,15 %</b>	-0,0918%
301728	122.217,80	62,00	77.782,35	62,00	1.971,25	1.254,55	<b>-36,36 %</b>	-0,1025%
332291	90.482,06	3,00	67.380,67	2,92	30.160,69	23.101,94	<b>-23,40 %</b>	-0,0031%
419974	480.074,93	298,00	646.175,76	519,92	1.610,99	1.242,84	<b>-22,85 %</b>	-0,5403%
310239	81.428,35	22,83	59.522,63	21,08	3.566,21	2.823,21	<b>-20,83 %</b>	-0,0200%
358509	5.496.104,34	1.003,25	4.318.455,11	956,50	5.478,30	4.514,85	<b>-17,59 %</b>	-0,7650%
305928	2.115.677,03	949,33	1.642.694,78	885,83	2.228,59	1.854,41	<b>-16,79 %</b>	-0,6764%
342408	7.569.170,17	703,17	5.684.798,90	625,50	10.764,40	9.088,41	<b>-15,57 %</b>	-0,4429%
000701	43.615.107,40	4.278,83	27.801.192,89	3.205,08	10.193,22	8.674,09	<b>-14,90 %</b>	-2,1724%

305995	2.863.125,37	1.633,92	6.252.182,56	4.173,33	1.752,31	1.498,13	<b>-14,51%</b>	-2,7531%
349682	10.697.925,52	6.287,67	9.563.798,22	6.574,25	1.701,41	1.454,74	<b>-14,50%</b>	-4,3349%
412538	99.048.041,93	29.991,67	82.496.929,62	29.005,50	3.302,52	2.844,18	<b>-13,88%</b>	-18,3076%
365645	109.158,95	458,42	70.418,13	341,83	238,12	206,00	<b>-13,49%</b>	-0,2097%
313084	10.710.354,15	2.756,33	8.746.947,70	2.587,67	3.885,73	3.380,25	<b>-13,01%</b>	-1,5309%
311499	837.041,34	304,75	683.494,14	285,08	2.746,65	2.397,52	<b>-12,71%</b>	-0,1648%
345741	4.067.388,65	2.041,83	3.913.095,07	2.244,75	1.992,03	1.743,22	<b>-12,49%</b>	-1,2751%
418919	6.259.456,84	2.711,75	5.963.398,15	2.949,67	2.308,27	2.021,72	<b>-12,41%</b>	-1,6653%
325236	11.855.832,21	7.794,33	11.893.437,37	8.882,33	1.521,08	1.339,00	<b>-11,97%</b>	-4,8357%
419052	22.036.620,61	7.172,17	17.402.302,98	6.345,50	3.072,52	2.742,46	<b>-10,74%</b>	-3,1001%
410632	19.842.674,65	11.907,08	24.088.124,38	15.931,08	1.666,46	1.512,02	<b>-9,27%</b>	-6,7146%
342556	75.591.281,87	21.027,17	68.105.395,80	20.583,83	3.594,93	3.308,68	<b>-7,96%</b>	-7,4541%
355097	205.160.641,37	125.017,25	210.897.445,92	139.223,67	1.641,06	1.514,81	<b>-7,69%</b>	-48,7110%
382281	604.474,37	1.011,17	538.594,28	972,50	597,80	553,82	<b>-7,36%</b>	-0,3253%
385255	34.520.777,47	13.371,92	29.241.715,82	12.172,58	2.581,59	2.402,26	<b>-6,95%</b>	-3,8455%
325074	463.287.661,77	158.394,25	417.238.973,32	152.937,92	2.924,90	2.728,16	<b>-6,73%</b>	-46,7859%
323811	35.698.605,89	25.049,17	31.875.552,61	23.940,58	1.425,14	1.331,44	<b>-6,57%</b>	-7,1584%
360244	87.349.923,14	21.195,92	89.824.926,88	23.255,67	4.121,07	3.862,50	<b>-6,27%</b>	-6,6362%
413291	11.745.648,24	12.042,33	12.553.103,36	13.620,50	975,36	921,63	<b>-5,51%</b>	-3,4124%
302490	533.213,28	740,58	489.182,22	715,00	719,99	684,17	<b>-4,98%</b>	-0,1618%
412058	1.063.518,91	354,58	1.012.099,13	355,00	2.999,35	2.850,98	<b>-4,95%</b>	-0,0799%
314218	180.930.560,98	47.627,83	190.947.007,34	52.806,83	3.798,84	3.615,95	<b>-4,81%</b>	-11,5621%
392391	1.632.747,00	766,25	1.466.188,27	721,08	2.130,83	2.033,31	<b>-4,58%</b>	-0,1501%
418854	9.249.056,37	3.792,67	8.356.661,44	3.566,17	2.438,67	2.343,32	<b>-3,91%</b>	-0,6341%
401081	12.819.199,65	11.324,92	12.948.837,14	11.894,58	1.131,95	1.088,63	<b>-3,83%</b>	-2,0699%
412015	4.006.433,79	2.935,17	4.747.237,17	3.610,75	1.364,98	1.314,75	<b>-3,68%</b>	-0,6042%
412228	1.736.856,94	1.691,42	1.241.137,45	1.254,75	1.026,87	989,15	<b>-3,67%</b>	-0,2096%
339954	23.948.104,98	9.755,17	22.848.779,63	9.646,42	2.454,92	2.368,63	<b>-3,51%</b>	-1,5420%
325465	1.170.439,48	848,25	928.736,47	697,08	1.379,83	1.332,32	<b>-3,44%</b>	-0,1092%
335614	69.925.837,07	17.966,75	86.984.620,56	23.134,58	3.891,96	3.759,94	<b>-3,39%</b>	-3,5690%
392804	27.100.047,77	7.700,25	28.160.892,26	8.245,67	3.519,37	3.415,24	<b>-2,96%</b>	-1,1096%
411868	730.662,54	728,25	751.609,74	770,83	1.003,31	975,06	<b>-2,82%</b>	-0,0987%
344443	503.230,95	222,00	330.036,44	149,75	2.266,81	2.203,92	<b>-2,77%</b>	-0,0189%
348180	13.175.852,64	8.159,67	12.571.454,45	7.955,42	1.614,75	1.580,24	<b>-2,14%</b>	-0,7734%
302147	1.797.874.039,27	344.653,92	1.970.081.977,40	385.550,42	5.216,46	5.109,79	<b>-2,04%</b>	-35,8562%
347591	11.004.156,52	6.176,92	7.424.464,04	4.253,92	1.781,50	1.745,32	<b>-2,03%</b>	-0,3928%
316148	24.326.464,38	6.122,33	24.211.111,58	6.219,17	3.973,40	3.892,98	<b>-2,02%</b>	-0,5724%
312282	1.611.139,23	703,50	1.768.654,85	786,33	2.290,18	2.249,24	<b>-1,79%</b>	-0,0639%
323942	16.260.686,92	8.028,50	16.893.273,09	8.461,42	2.025,37	1.996,51	<b>-1,43%</b>	-0,5484%
413194	35.869.961,71	22.744,17	42.235.263,05	27.129,17	1.577,11	1.556,82	<b>-1,29%</b>	-1,5869%
415944	114.659,91	1.083,75	145.057,40	1.382,50	105,80	104,92	<b>-0,83%</b>	-0,0520%

311359	25.946.753,29	11.108,50	26.935.582,05	11.626,92	2.335,76	2.316,66	<b>-0,82%</b>	-0,4324%
351091	9.419.464,24	6.230,83	9.721.461,43	6.455,67	1.511,75	1.505,88	<b>-0,39%</b>	-0,1140%
347230	17.719.984,72	6.272,83	16.641.089,11	5.873,33	2.824,88	2.833,33	<b>0,30%</b>	0,0799%
414450	56.060.225,32	35.641,75	71.041.552,97	45.024,17	1.572,88	1.577,85	<b>0,32%</b>	0,6474%
394734	49.127.078,60	25.727,92	50.075.906,72	26.024,00	1.909,49	1.924,22	<b>0,77%</b>	0,9133%
306444	11.143.270,32	911,83	12.452.024,50	1.005,00	12.220,73	12.390,07	<b>1,39%</b>	0,0633%
364592	2.744.567,81	592,50	1.633.009,22	346,67	4.632,18	4.710,60	<b>1,69%</b>	0,0267%
340782	202.494.218,32	126.242,92	231.408.699,97	141.544,58	1.604,00	1.634,88	<b>1,93%</b>	12,3920%
316458	8.712.878,95	2.240,83	8.845.418,23	2.231,75	3.888,23	3.963,44	<b>1,93%</b>	0,1963%
359661	230.949.812,33	8.562,25	217.485.586,08	7.901,50	26.973,03	27.524,59	<b>2,04%</b>	0,7348%
342807	56.195.392,55	21.228,50	55.502.532,41	20.486,08	2.647,17	2.709,28	<b>2,35%</b>	2,1861%
326755	47.390.571,72	26.154,17	51.248.815,41	27.219,33	1.811,97	1.882,81	<b>3,91%</b>	4,8396%
335592	186.957.681,73	68.827,25	214.923.543,91	76.068,42	2.716,33	2.825,40	<b>4,02%</b>	13,8906%
402478	8.243.729,07	5.661,42	7.146.536,07	4.708,67	1.456,12	1.517,74	<b>4,23%</b>	0,9062%
345091	5.612.572,97	2.896,58	5.754.482,49	2.841,83	1.937,65	2.024,92	<b>4,50%</b>	0,5821%
411582	16.373.852,62	4.976,58	15.410.386,41	4.479,33	3.290,18	3.440,33	<b>4,56%</b>	0,9297%
411256	43.623.514,50	12.556,83	52.477.392,88	14.338,67	3.474,09	3.659,85	<b>5,35%</b>	3,4870%
402001	2.739.638,28	3.900,33	2.589.082,66	3.498,08	702,41	740,14	<b>5,37%</b>	0,8546%
343676	38.054.943,42	10.616,00	41.680.888,41	11.008,00	3.584,68	3.786,42	<b>5,63%</b>	2,8175%
354562	23.732.702,44	6.010,75	24.998.493,54	5.982,50	3.948,38	4.178,60	<b>5,83%</b>	1,5865%
308005	4.644.729,22	1.989,42	4.760.782,27	1.924,83	2.334,72	2.473,35	<b>5,94%</b>	0,5198%
363766	40.150.732,00	12.783,33	37.864.690,70	11.260,08	3.140,87	3.362,74	<b>7,06%</b>	3,6175%
309222	220.051.639,44	77.514,58	258.786.474,32	84.995,58	2.838,84	3.044,70	<b>7,25%</b>	28,0315%
306045	2.744.301,68	1.080,50	2.655.974,11	973,92	2.539,84	2.727,11	<b>7,37%</b>	0,3266%
349194	986.740,42	594,17	940.550,94	527,33	1.660,71	1.783,60	<b>7,40%</b>	0,1775%
419141	27.743.249,11	14.229,25	35.370.716,15	16.789,00	1.949,73	2.106,78	<b>8,05%</b>	6,1502%
337510	54.627.014,36	39.104,42	61.541.540,43	40.764,67	1.396,95	1.509,68	<b>8,07%</b>	14,9602%
343013	20.201.034,98	6.934,83	21.036.488,95	6.661,33	2.912,98	3.158,00	<b>8,41%</b>	2,5482%
418587	24.477.231,91	4.877,00	26.820.367,79	4.927,17	5.018,91	5.443,37	<b>8,46%</b>	1,8951%
310247	23.958.815,17	9.302,75	23.732.961,93	8.489,92	2.575,46	2.795,43	<b>8,54%</b>	3,2979%
330116	4.490.162,95	1.780,67	5.738.625,18	2.091,33	2.521,62	2.744,00	<b>8,82%</b>	0,8388%
406554	5.073.445,35	11.958,83	5.367.118,07	11.593,67	424,24	462,94	<b>9,12%</b>	4,8089%
373141	3.267.167,84	1.800,42	2.998.923,77	1.513,08	1.814,67	1.982,00	<b>9,22%</b>	0,6345%
413275	24.326.211,16	11.439,08	27.684.614,59	11.902,67	2.126,59	2.325,92	<b>9,37%</b>	5,0739%
357511	51.240.213,51	32.056,83	66.080.398,20	37.792,08	1.598,42	1.748,52	<b>9,39%</b>	16,1408%
418501	3.173.441,32	1.597,75	3.311.630,91	1.523,75	1.986,19	2.173,34	<b>9,42%</b>	0,6530%
005711	455.736.900,94	25.942,00	463.993.706,04	24.022,17	17.567,53	19.315,23	<b>9,95%</b>	10,8688%
413372	3.238.610,50	1.439,50	3.507.688,73	1.417,67	2.249,82	2.474,27	<b>9,98%</b>	0,6432%
363111	3.298.839,30	1.681,33	3.292.311,23	1.519,83	1.962,04	2.166,23	<b>10,41%</b>	0,7194%
320510	18.352.757,75	5.035,25	18.614.682,13	4.619,58	3.644,86	4.029,52	<b>10,55%</b>	2,2172%
351270	4.493.796,85	2.450,42	4.623.531,13	2.264,75	1.833,89	2.041,52	<b>11,32%</b>	1,1661%
322831	5.080.570,65	1.375,50	4.844.517,69	1.177,83	3.693,62	4.113,08	<b>11,36%</b>	0,6083%

413330	27.632.215,57	24.916,33	34.904.472,29	28.231,08	1.109,00	1.236,38	<b>11,49%</b>	14,7477%
361852	89.523,15	91,17	85.880,49	78,42	981,97	1.095,18	<b>11,53%</b>	0,0411%
358053	3.018.250,68	1.334,17	2.880.829,28	1.139,75	2.262,27	2.527,60	<b>11,73%</b>	0,6079%
369373	23.543.791,94	7.375,33	23.918.480,28	6.686,33	3.192,23	3.577,22	<b>12,06%</b>	3,6673%
373010	112.815.902,74	84.439,25	139.134.533,12	92.483,25	1.336,06	1.504,43	<b>12,60%</b>	53,0045%
412252	14.974.359,62	11.236,08	16.569.212,24	10.995,17	1.332,70	1.506,95	<b>13,08%</b>	6,5382%
305626	1.813.691,61	1.175,83	2.260.455,13	1.293,25	1.542,47	1.747,89	<b>13,32%</b>	0,7833%
368849	30.522.151,11	12.255,00	30.218.569,36	10.702,42	2.490,59	2.823,53	<b>13,37%</b>	6,5067%
419249	50.963.747,93	20.275,67	76.442.718,00	26.809,17	2.513,54	2.851,36	<b>13,44%</b>	16,3869%
321931	3.337.104,37	1.206,50	3.825.924,36	1.214,92	2.765,94	3.149,12	<b>13,85%</b>	0,7655%
328537	53.942.298,07	31.166,83	58.212.502,10	29.528,67	1.730,76	1.971,39	<b>13,90%</b>	18,6710%
418137	14.240.926,29	11.422,42	15.531.904,26	10.932,17	1.246,75	1.420,75	<b>13,96%</b>	6,9389%
414581	23.442.395,78	13.141,92	22.175.614,16	10.899,00	1.783,79	2.034,65	<b>14,06%</b>	6,9708%
318299	71.016.275,18	37.306,50	81.735.148,19	37.500,42	1.903,59	2.179,58	<b>14,50%</b>	24,7268%
360481	91.022.688,05	18.767,75	98.605.982,22	17.741,67	4.849,95	5.557,88	<b>14,60%</b>	11,7776%
303623	266.977.737,77	69.047,42	276.680.366,55	62.325,17	3.866,59	4.439,30	<b>14,81%</b>	41,9845%
419486	984.380,30	589,58	1.098.603,56	571,17	1.669,62	1.923,44	<b>15,20%</b>	0,3949%
368253	680.951.444,41	578.638,92	817.316.389,22	602.824,58	1.176,82	1.355,81	<b>15,21%</b>	417,0005%
414131	9.588.487,76	6.654,75	12.014.025,93	7.219,58	1.440,85	1.664,09	<b>15,49%</b>	5,0872%
304531	2.787.070,39	4.840,50	3.123.972,33	4.696,58	575,78	665,16	<b>15,52%</b>	3,3156%
306649	2.247.087,51	1.393,50	2.282.350,45	1.223,08	1.612,55	1.866,06	<b>15,72%</b>	0,8745%
344800	10.369.440,91	3.166,00	13.200.714,18	3.482,17	3.275,25	3.790,95	<b>15,75%</b>	2,4935%
344915	117.188,46	249,00	125.165,25	228,58	470,64	547,57	<b>16,35%</b>	0,1699%
366561	125.069.221,08	43.290,33	141.725.644,68	42.127,92	2.889,08	3.364,17	<b>16,44%</b>	31,5067%
401480	8.734.858,41	2.828,83	9.801.347,27	2.720,25	3.087,80	3.603,11	<b>16,69%</b>	2,0646%
406805	666.611,96	443,33	986.746,86	561,42	1.503,64	1.757,60	<b>16,89%</b>	0,4313%
314170	14.535.551,33	4.414,17	13.098.413,48	3.400,83	3.292,93	3.851,53	<b>16,96%</b>	2,6237%
417947	28.479.427,41	12.584,50	32.891.798,25	12.423,83	2.263,06	2.647,48	<b>16,99%</b>	9,5979%
407224	3.366.194,14	749,00	3.649.989,70	694,08	4.494,25	5.258,72	<b>17,01%</b>	0,5369%
344141	2.312.759,22	739,83	2.730.064,18	744,25	3.126,05	3.668,21	<b>17,34%</b>	0,5870%
341941	3.969.419,06	1.602,75	4.421.220,67	1.519,92	2.476,63	2.908,86	<b>17,45%</b>	1,2064%
333808	2.928.652,82	1.282,08	3.666.156,57	1.364,00	2.284,29	2.687,80	<b>17,66%</b>	1,0958%
372609	25.730.012,11	14.225,33	29.911.927,15	14.036,25	1.808,75	2.131,05	<b>17,82%</b>	11,3749%
313475	1.584.519,70	893,75	1.886.108,91	896,33	1.772,89	2.104,25	<b>18,69%</b>	0,7619%
303844	9.082.934,00	5.486,75	10.875.723,74	5.522,67	1.655,43	1.969,29	<b>18,96%</b>	4,7619%
318213	7.787.802,00	1.817,08	8.165.296,99	1.600,75	4.285,88	5.100,92	<b>19,02%</b>	1,3844%
344788	897.150,58	1.329,75	1.023.700,50	1.274,42	674,68	803,27	<b>19,06%</b>	1,1047%
006246	504.400.690,24	26.233,17	551.455.121,47	23.973,92	19.227,59	23.002,30	<b>19,63%</b>	21,4047%
419150	18.967.134,23	6.454,50	20.974.724,05	5.922,00	2.938,59	3.541,83	<b>20,53%</b>	5,5288%
349755	35.649.064,82	4.399,17	37.693.921,13	3.855,33	8.103,59	9.777,08	<b>20,65%</b>	3,6209%
409634	4.964.367,19	954,25	5.765.188,74	914,42	5.202,38	6.304,77	<b>21,19%</b>	0,8812%

410292	15.848.522,76	8.939,58	18.382.302,77	8.541,92	1.772,85	2.152,01	<b>21,39%</b>	8,3085%
345776	19.520.372,25	8.826,33	24.383.560,49	9.082,17	2.211,61	2.684,77	<b>21,39%</b>	8,8371%
326305	3.143.038.173,52	531.725,08	3.415.226.677,64	474.034,75	5.911,02	7.204,59	<b>21,88%</b>	471,7911%
413160	39.108.573,28	4.223,92	42.718.028,08	3.783,67	9.258,84	11.290,11	<b>21,94%</b>	3,7752%
336831	34.622.474,82	14.548,83	40.225.602,42	13.830,42	2.379,74	2.908,49	<b>22,22%</b>	13,9754%
410624	6.250.493,59	10.840,33	7.392.507,48	10.461,75	576,60	706,62	<b>22,55%</b>	10,7294%
324299	5.718.181,65	3.254,50	7.019.052,85	3.259,75	1.757,01	2.153,25	<b>22,55%</b>	3,3434%
414298	24.148.281,14	18.708,17	32.888.382,12	20.685,67	1.290,79	1.589,91	<b>23,17%</b>	21,8010%
353264	14.888.748,50	6.640,33	18.035.526,22	6.527,58	2.242,17	2.762,97	<b>23,23%</b>	6,8956%
419958	13.145.218,42	5.236,67	15.778.346,58	5.090,25	2.510,23	3.099,72	<b>23,48%</b>	5,4365%
416495	4.155.102,31	1.301,33	4.940.265,98	1.250,42	3.192,96	3.950,90	<b>23,74%</b>	1,3499%
413755	65.306,53	22,00	80.845,60	22,00	2.968,48	3.674,80	<b>23,79%</b>	0,0238%
342033	23.730.522,83	8.783,25	23.248.960,85	6.932,58	2.701,79	3.353,58	<b>24,12%</b>	7,6061%
416398	15.881.073,72	8.002,67	18.535.095,09	7.515,83	1.984,47	2.466,14	<b>24,27%</b>	8,2964%
326089	11.021.289,38	2.932,58	12.914.013,76	2.752,75	3.758,22	4.691,31	<b>24,83%</b>	3,1083%
315265	14.503.771,98	7.539,08	16.235.052,53	6.661,00	1.923,81	2.437,33	<b>26,69%</b>	8,0862%
342955	2.490.824,20	4.383,83	1.813.792,07	2.498,17	568,18	726,05	<b>27,78%</b>	3,1567%
343064	32.691.281,74	22.352,92	42.337.041,49	22.460,58	1.462,51	1.884,95	<b>28,88%</b>	29,5055%
410179	1.460.262,07	311,00	1.914.090,85	314,92	4.695,38	6.078,09	<b>29,45%</b>	0,4218%
414352	5.131.243,32	7.145,83	10.272.376,64	10.830,67	718,07	948,45	<b>32,08%</b>	15,8030%
317144	479.700.211,44	136.965,83	602.833.988,22	129.596,67	3.502,33	4.651,62	<b>32,81%</b>	193,4081%
319180	6.016.829,70	3.422,58	7.252.714,38	3.093,75	1.757,98	2.344,31	<b>33,35%</b>	4,6928%
408883	5.826.952,32	4.607,67	7.243.544,01	4.289,17	1.264,62	1.688,80	<b>33,54%</b>	6,5429%
418803	20.758.100,01	9.899,67	28.249.821,63	10.036,75	2.096,85	2.814,64	<b>34,23%</b>	15,6256%
346951	2.960.451,85	1.221,33	3.696.796,35	1.100,75	2.423,95	3.358,43	<b>38,55%</b>	1,9300%
417530	52.622.458,40	18.854,67	73.370.004,16	18.833,50	2.790,95	3.895,72	<b>39,58%</b>	33,9048%
418749	36.701,96	1.046,75	57.166,03	1.167,67	35,06	48,96	<b>39,63%</b>	2,1044%
409286	798.413,92	129,83	747.961,26	84,50	6.149,53	8.851,61	<b>43,94%</b>	0,1689%
401196	4.856.967,52	14.713,92	7.876.819,82	16.451,08	330,09	478,80	<b>45,05%</b>	33,7060%
417599	12.082.785,54	3.289,42	18.454.992,64	3.440,83	3.673,23	5.363,52	<b>46,02%</b>	7,2009%
348830	35.750.917,62	24.426,67	42.530.509,40	19.776,75	1.463,60	2.150,53	<b>46,93%</b>	42,2139%
311472	822.994,30	760,50	1.268.384,59	796,25	1.082,18	1.592,95	<b>47,20%</b>	1,7092%
415111	127.637.830,42	64.932,67	186.812.109,84	64.452,42	1.965,70	2.898,45	<b>47,45%</b>	139,0921%
363685	9.323.594,86	4.662,75	12.621.754,26	4.167,08	1.999,59	3.028,92	<b>51,48%</b>	9,7557%
308811	823.864,84	214,67	1.250.897,97	212,00	3.837,88	5.900,46	<b>53,74%</b>	0,5182%
395480	30.911.300,32	28.811,83	48.195.858,18	29.155,33	1.072,87	1.653,07	<b>54,08%</b>	71,7074%
343463	12.010.006,46	15.136,67	18.567.416,89	15.163,00	793,44	1.224,52	<b>54,33%</b>	37,4667%
<b>VDA</b>	<b>11,08%</b>							



Documento assinado eletronicamente por **Jéssica Portal Maia, Coordenador(a)**, em 16/07/2019, às 19:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Bruno de Carvalho Duarte, Coordenador(a)- Geral de Inovação, Indústria de Rede e Saúde**, em 16/07/2019, às 19:32, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **Marcelo de Matos Ramos, Subsecretário(a) de Competitividade e Concorrência em Inovação e Serviços**, em 16/07/2019, às 19:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



Documento assinado eletronicamente por **César Costa Alves de Mattos, Secretário(a) de Advocacia da Concorrência e Competitividade**, em 16/07/2019, às 20:00, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.fazenda.gov.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.fazenda.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **2787533** e o código CRC **D8A7AD41**.