

## ÍNDICE INTERATIVO

[Guia da ANS orienta sobre remuneração de prestadores](#) - Fonte: ANS

[Transparência para combater fraudes e desperdícios](#)- Fonte: IESS

[ANS realiza audiência pública sobre forma de garantia dos riscos das autogestões com mantenedor](#) -  
Fonte: ANS

[Mudanças na diretoria colegiada da ANS](#)- Fonte: ANS

[Encontro ANS Centro-Oeste e Norte acontece em junho](#) - Fonte: ANS

[ANS lança cartilha e FAQ para orientar sobre novas regras de portabilidade](#) - Fonte: ANS

[Redução de custos da saúde suplementar exige fortalecimento da atenção primária](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Normas claras e auxílio técnico a juízes podem reduzir judicialização na saúde](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Saúde é coisa séria](#)- Fonte: Estadão

[Fraudes levam Justiça a cancelar contratos de planos](#) - Fonte: Valor Econômico

[Cartilha da ANS orienta como mudar de plano de saúde sem cumprir carência](#) - Fonte: ANS

[Inflação médica no Brasil deve crescer o dobro da média mundial em 2019](#) - Fonte: IESS

[Cancelar plano de saúde na demissão gera abalo sem precisar de prova](#) - Fonte: Valor Conjur

[Sem regulação, crescem serviços de internação fora de hospitais](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Resultado preliminar do Monitoramento do Risco Assistencial – 4º trim/18](#)- Fonte: ANS

[ANS lança programa para desenvolver indicadores de qualidade hospitalar](#) - Fonte: Valor IESS

[Despesa assistencial avança mais de 50% apesar da queda de beneficiários](#) - Fonte: IESS

# GUIA DA ANS ORIENTA SOBRE REMUNERAÇÃO DE PRESTADORES

ANS - 28/05/2019

O debate sobre a necessidade de melhoria da qualidade do cuidado em saúde e o aperfeiçoamento da utilização dos recursos disponíveis tem se intensificado nas últimas décadas. A remuneração de prestadores baseada em valor na assistência à saúde tem sido considerada uma alternativa para conferir maior sustentabilidade aos sistemas de saúde e melhorar seus resultados. Atenta a essa discussão, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vem discutindo com o setor de planos de saúde a remuneração dos prestadores de serviço por resultado ou por desempenho. Para orientar as empresas sobre as formas de pagamento por qualidade, a ANS lançou o Guia para Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor.

A publicação da ANS mostra como é possível mudar a forma de remunerar hospitais, clínicas e profissionais de saúde do setor, incentivando que o foco seja o cuidado com o paciente. O atual modelo hegemônico remunera os prestadores por volume de procedimentos realizados e não considera a qualidade dos serviços prestados. A adoção de novos modelos, além de garantir maior entrega de qualidade aos usuários de planos de saúde, visa reduzir desperdícios, como a realização de procedimentos desnecessários e que possam

colocar em risco a segurança do paciente. O guia foi apresentado às empresas e entidades do setor em março, durante o [Fórum ANS sobre Qualidade da Atenção na Saúde Suplementar](#), no Rio de Janeiro.

O guia tem ainda como objetivo dar subsídios às operadoras e prestadores de serviços para a elaboração e implementação de projetos que promovam a mudança na forma de remuneração, que deve ser realizada de forma pactuada. “A proposta não é interferir na relação comercial entre as empresas, o que a legislação do setor não permitiria à ANS fazer, mas subsidiar as partes sobre as possibilidades de contratualização e mesmo sensibilizá-las para essa importante mudança de paradigma”, afirma Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, acrescentando que o documento foi finalizado após pesquisa baseada em conceitos científicos e modelos internacionais de qualidade. Também foram ouvidas as demandas dos principais atores do setor, em amplo debate capitaneado pela Agência desde 2016.

[Acesse o Guia da ANS para Implementação de Modelos de Remuneração.](#)

---

## TRANSPARÊNCIA PARA COMBATER FRAUDES E DESPÉRDÍCIOS

IESS – 28/05/2019

Na última semana, a [Reuters](#) noticiou uma investigação realizada pelo Federal Bureau of Investigation (FBI), dos Estados Unidos, que apura fraudes de mais de R\$ 600 milhões em vendas de equipamentos médicos das empresas Johnson & Johnson, Siemens, GE e Philips ao Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

Apesar de o caso não envolver diretamente a saúde suplementar, reforça a necessidade de adotarmos mecanismos de transparência e combate às fraudes no setor como um todo (tanto saúde pública quanto privada). Para incentivar o debate e a adoção de práticas nesse sentido, desenvolvemos o estudo [“Arcabouço normativo para prevenção e combate à fraude na saúde suplementar no Brasil”](#) em conjunto com a PwC Brasil – aproveite para rever a [diferença entre fraude e corrupção](#) e dos [tipos de fraudes na saúde](#).

Mas não é apenas para prevenir “atos de má fé” que o setor precisa avançar em uma agenda de transparência. Outros dois pontos fundamentais nesse debate são o combate ao desperdício e, ainda mais importante, a segurança assistencial dos pacientes.

Vale lembrar, quase [R\\$28 bilhões foram gastos desnecessariamente](#) com contas hospitalares e exames apenas em 2017. Ainda não há números de 2018, mas até o

momento nada indica que o setor avançou nessa seara e reduziu essa parcela desnecessária das despesas assistenciais das Operadoras de Planos de Saúde (OPS). Para entender a gravidade da situação basta pensar que o montante equivale a aproximadamente 20% das despesas assistenciais naquele ano. Dinheiro que poderia estar sendo utilizado para o atendimento de outros beneficiários, desenvolvimento de programas de promoção da saúde ou, em última análise, se não fosse gasto poderia influenciar o cálculo do reajuste das contraprestações, determinando um avanço menor dos custos para se manter um plano médico-hospitalar.

Claro, para isso ser possível, como [já mostramos aqui](#), é fundamental repensarmos o modelo de remuneração dos prestadores de serviço de saúde. Afinal, o fee-for-service (modelo atual) premia o desperdício ao invés de puni-lo. Temos uma série de materiais sobre outros modelos de remuneração que poderiam auxiliar nessa empreitada e podem ser acessados facilmente em nossa [Área Temática](#).

Já na linha de segurança assistencial do paciente, a maior referência sobre a falta de transparência e seus impactos é o [Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil](#). Afinal, mais transparência poderia combater os erros e falhas que causam a [morte de 6 pacientes nos hospitais no Brasil a](#)

## ANS REALIZA AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE FORMA DE GARANTIA DOS RISCOS DAS AUTOGESTÕES COM MANTENEDOR

ANS – 28/05/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizará, no dia 07/06, Audiência Pública para obter subsídios, sugestões ou críticas à proposta de alteração de normativos da Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (Diope) que tratam de aspectos econômico-financeiros das autogestões com mantenedores. As alterações propostas pelo órgão regulador são nas Resoluções Normativas - RN nº 137, de 14 de novembro de 2006, e RN nº 392, de 9 de dezembro de 2015. Na Audiência Pública será discutida ainda a proposta de criação de Instrução Normativa - IN em substituição à IN nº 10, de 30 de março de 2007.

A intenção da ANS é aperfeiçoar os normativos para mitigar as dificuldades e limitações operacionais impostas pela regulamentação vigente, além de atualizar a referência das exigências de garantia dos riscos decorrentes da operação de plano de saúde prevista na RN nº 137, especialmente para as autogestões com mantenedores, promovendo assim maior transparência aos direitos e obrigações destas operadoras.

Dessa forma, a proposta de alteração dos normativos e de revogação da IN nº 10 pretende tornar mais clara a forma de acompanhamento econômico-financeiro destas autogestões, partindo-se das necessidades de aperfeiçoamento da regulação inicialmente apresentadas à Diretoria Colegiada da ANS em 2015.

Cabe lembrar que as entidades de autogestão são objeto da RN nº 137, na qual estão definidas as regras gerais sobre forma de garantia de riscos e do acompanhamento econômico-financeiro; enquanto a RN nº 392 dispõe sobre os ativos garantidores e a IN nº 10 estabelece o Termo de Garantia Financeira.

Ressalta-se que a proposta que será levada à Audiência Pública não produz impactos em sistemas de informação ou de orçamento da ANS, uma vez que tem como principal função a atualização, otimização e simplificação do arcabouço regulatório.

**Confira aqui** os documentos referentes à Audiência Pública. Audiência Pública sobre Forma de Garantia dos Riscos das Autogestões com Mantenedor

Data: **07/06/2019, das 14h às 17h**

Local: **Auditório da Ancine - Av. Graça Aranha nº 35, 11º andar - Centro - Rio de Janeiro**

Inscrição: **[Clique aqui para realizar a inscrição](#) até o dia 06/06**

\*Após a inscrição - condicionada à disponibilidade de vagas - será enviada uma confirmação de participação via e-mail, que deverá ser apresentada para ingresso na Audiência Pública.

---

## MUDANÇAS NA DIRETORIA COLEGIADA DA ANS

ANS – 28/05/2019

O diretor Leandro Fonseca tomou posse como diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e, seguindo o regimento interno, passará a ocupar, cumulativamente, a diretoria de Gestão (DIGES). Com isso, Paulo Rebello, que ocupava a diretoria de Gestão, passa a ocupar a diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE).

A alteração na configuração da Diretoria Colegiada da ANS foi aprovada em reunião realizada nesta terça-feira (28/05).

Os demais diretores se mantêm nos cargos que ocupavam: Simone Freire na Diretoria de Fiscalização (DIFIS); Rodrigo Aguiar na Diretoria de Desenvolvimento Setorial (DIDES); e Rogério Scarabel na Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

Leandro Fonseca foi nomeado no último dia 10/05 para a presidência da Agência, cargo que ocupava de forma interina desde maio de 2017.

## ENCONTRO ANS CENTRO-OESTE E NORTE ACONTECE EM JUNHO

ANS – 28/05/2019

Está confirmada mais uma edição do Encontro ANS, evento direcionado aos agentes do setor para discutir temas relacionados à regulação do mercado de planos de saúde. A atividade será realizada entre os dias 24 e 26 de junho, em Campo Grande (MS), e reunirá operadoras e prestadores de serviços de saúde das regiões Centro-Oeste e Norte do país. As inscrições podem ser feitas até o dia 20/06 (confira o link ao final do texto).

A programação do evento inclui palestras e debates dos diretores e técnicos da ANS sobre temas pertinentes às cinco áreas: Gestão, Fiscalização, Desenvolvimento Setorial, Normas e Habilitação de Produtos e Normas e Habilitação de Operadoras. O objetivo é compartilhar informações técnicas a fim de contribuir com um cenário cada vez mais qualificado para o setor de saúde suplementar.

Além das palestras, técnicos da Agência farão atendimentos individualizados para tirar dúvidas sobre temas como

Notificação de Intermediação Preliminar (NIP), Rol de Procedimentos, regularização de débitos, ressarcimento ao SUS e acompanhamento econômico-financeiro das operadoras, entre outros.

O Encontro ANS é realizado periodicamente pela reguladora. A última edição ocorreu entre 4 e 6 de dezembro de 2018 em Natal e reuniu atores do setor na região Nordeste.

[Confira aqui a programação completa.](#)

Encontro ANS Centro-Oeste e Norte

Data: 24 a 26 de junho

Local: Hotel Deville – Av. Mato Grosso, 4250, 84 – Campo Grande – MS

Inscrições: [Clique aqui para se inscrever](#)

## ANS LANÇA CARTILHA E FAQ PARA ORIENTAR SOBRE NOVAS REGRAS DE PORTABILIDADE

ANS – 27/05/2019

Com a proximidade da vigência das novas regras de portabilidade de carências, que passam a valer a partir do próximo dia 03, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) preparou uma cartilha para os beneficiários de planos de saúde com orientações direcionadas aos consumidores, como prazos e critérios para realização da portabilidade, como se dá a compatibilidade entre planos, os documentos exigidos e o acesso ao Guia ANS de Planos de Saúde. A cartilha pode ser acessada [aqui](#).

A ANS também elaborou um FAQ que orienta sobre as novas regras de portabilidade, reunindo as principais perguntas e

respostas a respeito do tema. O documento ficará disponível diretamente no Guia ANS, a partir de junho. A [Resolução Normativa nº 438](#), que disciplina o assunto, foi publicada em dezembro/2018, ampliando o benefício para os clientes de planos coletivos empresariais, retirando a exigência da chamada “janela” e deixando de exigir compatibilidade de cobertura entre planos para o exercício da portabilidade.

[Acesse aqui o FAQ sobre portabilidade de carências](#)

## REDUÇÃO DE CUSTOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR EXIGE FORTALECIMENTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Folha de São Paulo – 27/05/2019

Para debatedores do fórum A Saúde do Brasil, sistema atual ainda é incipiente na redução de custos da saúde

Ter um sistema de saúde suplementar menos oneroso tanto para pacientes, quanto para operadoras exige fortalecimento da atenção primária e maior formação de médicos da família. “É a mudança da prática que trará o resultado dentro da perspectiva econômico-financeira, não a pressão financeira”, defendeu Claudio Lottenberg, presidente do UnitedHealth Group Brasil, multinacional controladora da Amil.

Lottenberg participou de debate da sexta edição do fórum A Saúde do Brasil nesta segunda-feira (27), no auditório do MIS, em São Paulo. Realizado pela Folha, o evento contou com patrocínio da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) e da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein.

“Se a gente consegue entregar o que o paciente precisa, consegue controlar desperdício”, disse Renato Couto, co-fundador do DRG Brasil, iniciativa responsável por

metodologia que categoriza pacientes internados segundo a complexidade assistencial.

Promover mudanças em termos de operação de procedimentos é também importante para que sejam possíveis novos modelos de remuneração. “O sistema de saúde tem solução, mas são necessários modelos de recompensa e de assistência que permitam isso”, afirmou Couto.

Nesse sentido, a atenção primária é imprescindível para a resolução de problemas do paciente sem necessidade de atendimentos complementares, destacou o presidente do UnitedHealth Group Brasil.

João Alceu Amoroso Lima, presidente da FenaSaúde, concordou. “É preciso uma mudança de cultura, a qual consiste em passar com médico da família antes de acessar o pronto-socorro. O sistema hoje, perto do que era, é melhor, mas ainda incipiente para criar o impacto que se deseja para os custos da saúde”, disse.

Ao lembrar que ter plano de saúde está entre os maiores desejos da população, como mostrou pesquisa Datafolha realizada em São Paulo em dezembro de 2018, o presidente

da FenaSaúde lamentou que a população não tenha renda suficiente para sustentá-lo.

Como forma de contornar essa situação, Lima defendeu a oferta de planos com coberturas mais reduzidas a valores menores. Disse, ainda, não condenar o sistema de remuneração “fee for service” (pagamento por serviço), principal alvo de críticas na saúde suplementar.

“Não acredito que nós nos livraremos desse sistema. O que se fala muito é de agregar novas formas de remuneração para dar mais racionalidade a ele”, afirmou.

Para Claudio Lottenberg, é a prática assistencial ruim, e não a operadora, a verdadeira responsável pelo reajuste de um plano de saúde. “Basta entrar no site da ANS para verificar que as operadoras não estão nadando em dinheiro.”

Durante o debate, Lima e Lottenberg teceram críticas ao processo de judicialização da saúde, prática caracterizada pela obtenção de medicamentos e tratamentos através de ações judiciais. “Não adianta rol de procedimentos se o juiz dá uma de bom samaritano”, provocou Lima.

## NORMAS CLARAS E AUXÍLIO TÉCNICO A JUÍZES PODEM REDUZIR JUDICIALIZAÇÃO NA SAÚDE

Folha de São Paulo – 27/05/2019

Segundo especialistas, é preciso informar melhor juízes, consumidores e agentes de saúde

Para reduzir os altos custos gerados por pedidos de judicialização na saúde brasileira, é preciso que haja normas judiciais claras a seguir, que sejam disponibilizadas informações médicas suficientes aos juízes e agentes de saúde e que se ofereça aos consumidores métodos de resolução de conflitos que prescindam de processos judiciais. Essas foram algumas das soluções apontadas por especialistas que participaram do 6º fórum A Saúde do Brasil, na segunda-feira (27), no auditório do MIS (Museu da Imagem e do Som de São Paulo).

O evento foi realizado pela Folha, com patrocínio da Anab (Associação Nacional das Administradoras de Benefícios), da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein e da FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar).

Segundo Henrique Ávila, conselheiro do CNJ (Conselho Nacional de Justiça), um passo importante para reduzir a judicialização é criar segurança jurídica e um entendimento uniformizado para as decisões da Justiça sobre o tema.

“Se cada juiz decidir de um jeito, se deferir tudo, pacientes vão continuar procurando o Judiciário”, disse.

Na semana passada, após quase três anos de espera, o Supremo Tribunal Federal liberou, em situações excepcionais, o fornecimento pelo Estado de medicamentos sem registro. Há regras, porém, para que a liberação aconteça: o medicamento não pode ser experimental, tem de haver pedido de registro no Brasil e demora da Anvisa para analisá-lo, é preciso que ele tenha sido registrado em outro país e não pode existir remédio que o substitua no Brasil.

Ávila afirmou estar otimista sobre a decisão, que, segundo ele, deve fazer com que executivos do ramo se reúnam para adequar suas empresas às regras. Mas lembrou que, para que as normas funcionem, os juízes precisam passar a observar os novos precedentes.

O conselheiro também defendeu uma maior especialização de unidades jurisdicionais e de profissionais de Justiça para tratar do tema, assim como a oferta para os consumidores de métodos de resolução de conflitos que impeçam a judicialização.

Também presente no debate, o presidente da Anab, Alessandro Acayaba, citou dados de uma pesquisa que identificou os principais conflitos na saúde suplementar, encomendada pela associação à revista Consultor Jurídico. Os quatro principais problemas seriam a inadimplência, o cancelamento de contratos por parte das operadoras, o rol de procedimentos dos planos de saúde e o reajuste das mensalidades.

Para Acayaba, a chave para solucionar algumas dessas questões é informar melhor o consumidor. “É importante que ele entenda a necessidade dos reajustes e seja informado constantemente sobre a evolução do seu contrato. Ninguém está equivocado ao buscar seus direitos. Acredito que o brasileiro seja um consumidor de boa fé, mas muitas vezes entra com processo judicial por não estar bem informado sobre o que contratou”, afirmou.

A superintendente de responsabilidade social do Hospital do Coração, Bernardete Weber, classificou como assustador o fato de secretarias municipais de saúde pelo Brasil, que têm várias carências estruturais, precisarem lidar diariamente com as demandas judiciais.

Weber destacou também a importância da capacitação de agentes de saúde para lidar com esses casos, cuja demanda é diferente entre as regiões do país. “No Sul e Sudeste, há mais procura por medicamentos. Já no Centro-Oeste, Norte e Nordeste, a demanda maior é por exames e tratamentos, porque existe um vazio assistencial nesses lugares”, contou. Segundo a superintendente —que elogiou a política do atual ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, de privilegiar a atenção primária— é necessário que o Ministério da Saúde forneça especialistas para acompanhar o uso dos remédios e tratamentos, garantindo que sua utilização seja adequada e não haja fraudes em pedidos judiciais.

## SAÚDE É COISA SÉRIA

Estadão – 27/05/2019

Com o desemprego, muitos brasileiros recorrem a novos modelos de atendimento médico porque não podem bancar o plano privado e não querem depender do SUS

O brasileiro não tem dúvida, saúde é coisa séria. De uma forma ou de outra, todos se preocupam com a saúde de quem lhes é caro. Para muitos, a solução é o SUS, o Sistema Único de Saúde, financiado pelos aportes basicamente do governo Federal, complementados pelos Estados e prefeituras.

O SUS atende mais de 150 milhões de brasileiros que não têm outra porta para entrar. E em vários tipos de procedimentos o atendimento e a remuneração paga por ele são os melhores do País. Não é por outra razão que os hospitais de ponta atendem o SUS. Os procedimentos mais complexos são bem remunerados.

Os planos de saúde privados atendem hoje algo ao redor de 50 milhões de pessoas e contribuem com mais de 63% do total dos recursos alocados na saúde. É uma distorção que precisa ser enfrentada. Não para reduzir os recursos do sistema privado, mas para aumentar o dinheiro público destinado ao atendimento da população.

Nos últimos anos, o Brasil assistiu ao surgimento de uma nova forma de atendimento à saúde. Os empreendimentos como o Dr. Consulta chegaram com força e se expandiram em razão da crise que ainda não está completamente debelada e que fez com que 12 milhões de brasileiros perdessem o emprego e mais de 3 milhões saíssem dos planos de saúde privados.

Sem o emprego que lhes garante o plano de saúde privado, os trabalhadores brasileiros e suas famílias tinham como alternativa engrossar as filas do SUS. Foi aí que o novo modelo de negócio pegou carona e rapidamente prosperou. Havia uma massa de pessoas que não tinha recursos para pagar um plano de saúde privado, mas tinha condições de pagar por consultas e exames realizados em

estabelecimentos particulares desenhados para trabalhar a demanda decorrente da possibilidade de sair das filas do SUS para ser atendido, pelo menos nas necessidades básicas, por uma rede privada barata e que oferece serviços de boa qualidade.

Os brasileiros que podem se tornar clientes destas redes de atendimento estão na casa das dezenas de milhões. Em princípio, elas não seriam concorrentes dos planos de saúde privados. Mas a realidade vai empurrando para elas clientes que poderiam ter um plano de saúde popular, mas que preferem não ter a obrigação de pagar mensalmente uma quantia que pode lhes fazer falta.

Milhões de brasileiros desempregados descobriram uma forma de manter o padrão de vida de suas famílias. Ao se tornarem parceiros das redes de aplicativos de veículos e de entregas, eles conseguem uma renda média muitas vezes abaixo do salário que tinham, mas com a qual conseguem viver decentemente.

Como esta renda nem sempre deixa sobras, e as despesas com moradia, alimentação, vestuário e educação são fundamentais, eles preferem utilizar as unidades das redes de atendimento médico populares para pelo menos os primeiros diagnósticos, ficando a continuação do eventual tratamento sujeita à severidade do quadro.

Com certeza, mesmo depois da crise, muitos preferirão continuar dentro deste desenho. Como muitos dos empregos fechados ao longo dos últimos anos não têm volta, as novas alternativas de trabalho estão mudando radicalmente o desenho da estabilidade econômica das famílias.

Milhões de pessoas passarão a se manter trabalhando dentro de uma realidade completamente nova. O trabalho continuará existindo, mas os empregos como conhecidos até hoje estão, em boa parte, condenados a desaparecerem.

Os planos de saúde sabem que têm um novo concorrente e que ele não nasceu por geração espontânea. Estas redes de atendimento vieram suprir carências enfrentadas pela sociedade. E o estão fazendo com competência. Quer dizer, muitas pessoas pensarão duas vezes antes de retornarem aos planos de saúde privados. Pagar as mensalidades

continua difícil e os aumentos de preço não facilitam a vida de ninguém.

Ou as operadoras encontram respostas principalmente para o controle de seus custos, dentro de parâmetros viáveis para seu faturamento, ou o número de pessoas que vai procurar outras soluções continuará a crescer.

## FRAUDES LEVAM JUSTIÇA A CANCELAR CONTRATOS DE PLANOS

Valor Econômico – 27/05/2019

A Justiça tem admitido o cancelamento de contratos de planos de saúde de empresas e usuários que cometeram fraudes. São comuns uso de carteirinhas por terceiros, pedidos de reembolso de consultas e exames não realizados, além de insumos não utilizados, e a apresentação de falsos vínculos de emprego em planos coletivos. A conta é alta: R\$ 27,8 bilhões foram consumidos indevidamente por fraudes em contas hospitalares e desperdícios com procedimentos desnecessários em 2017, segundo levantamento do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Pela Lei dos Planos de Saúde (nº 9.656, de 1998), os contratos só podem ser encerrados por dois motivos. Um deles é fraude. Está no artigo 13, inciso II. O outro é inadimplência – o não pagamento da mensalidade por período superior a 60 dias, consecutivos ou não, em um ano. Quando detectada uma fraude, o plano normalmente notifica o contratante para cancelar o contrato de prestação de serviços. Em alguns casos, porém, empresas têm entrado na Justiça contra a medida, que tem sido confirmada após a apresentação de provas das ilegalidades cometidas.

Reinaldo Scheibe, presidente da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge), afirma que as fraudes atingem todo o setor. “É uma preocupação constante de todos os planos de saúde. Eles têm que estar atentos 24 horas por dia”, diz. Ele destaca casos curiosos, como o de internação de pessoa em situação grave, com nome de segurado e documento falso. O problema normalmente é descoberto após a morte do paciente, o que tem gerado ação policial.

Uma fraude comum, segundo os planos, é a indicação de beneficiário sem vínculo empregatício com o contratante. Um caso foi julgado recentemente pela 7ª Vara Cível de São Paulo. A juíza Claudia Carneiro Calbucci Renaux negou pedido de uma empresa de desenvolvimento humano que buscava a continuidade de contrato com a Amil.

No caso, logo nos primeiros meses da contratação do plano, de acordo com a Amil, houve um crescimento exponencial no número de beneficiários – passou de 112 para 800 – e ainda se verificou alta ocorrência de sinistros. Ao analisar o processo (nº 10295 11-93.2018.8.26.0002), a juíza considerou “patente, portanto, a irregularidade da contratação, ou seja, um simulacro de coletivização, consiste em venda de planos de saúde individuais que se mascaram como coletivos”.

Em outro caso levado à Justiça, a Amil detectou inúmeras divergências nos cadastros dos beneficiários do contrato de uma empresa de contabilidade. Dos 288 participantes, 123 possuíam datas de nascimento diferentes das indicadas nos registros na Receita Federal. Além disso, apenas duas pessoas tinham vínculo empregatício e a contratante estava há três meses inadimplente.

O processo (nº 1016714-19.2017.8.26.0100) foi analisado pelo juiz Mario Chiuivite Júnior, da 22ª Vara Cível de São Paulo. Na decisão, ele afirma que a empresa não comprovou o pagamento dos valores mensais que a Amil alegou devidos e não apresentou documentos novos para justificar as divergências. Assim, rejeitou o pedido da empresa e a condenou ao pagamento de custas e honorários em 10% do valor da causa.

Em caso semelhante (processo nº 1043212-21.2018.8.26.0100) analisado pela 34ª Vara Cível de São Paulo, foi confirmada a rescisão do contrato com uma empresa de representações. Havia, segundo a Amil, problemas cadastrais e inclusão de diversos beneficiários sem vínculo empregatício. A decisão foi dada pelo juiz Adilson Aparecido Rodrigues Cruz. Para ele, em caso de fraude não há abusividade na rescisão imediata do contrato, o que está previsto no artigo 18 da Resolução Normativa nº 195, editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

De acordo com a advogada Thais Gomes, do escritório Siqueira Castro Advogados, que defende a Amil, o que chama a atenção nesses casos é o fato de as empresas terem abandonado os processos após a cobrança de comprovação da relação de emprego com os beneficiários. “As autoras sumiram e causaram prejuízos milionários”, diz.

Para ela, o Judiciário precisa ter uma maior sensibilidade sobre o tema. Na maioria dos casos, acrescenta, houve o deferimento de tutela antecipada (espécie de liminar) para manutenção dos planos até a análise do mérito. E mesmo com as inconsistências encontradas, segundo ela, não tem se levado à frente as questões de falsificação.

“As fraudes no sistema de saúde oneram as despesas, pressionam a inflação médica e prejudicam todos os beneficiários”, afirma Fabrizio Tancredo, diretor jurídico da Amil. De acordo com ele, a empresa decidiu combater mais

incisivamente as más práticas em saúde nos dois últimos anos. Ao todo, 400 funcionários estão alocados em áreas estratégicas para o combate às fraudes, aos erros, aos abusos e aos desperdícios.

Em 2017, a Amil lançou canais oficiais de denúncias. Entre 2018 e 2019, foram recebidas 11.500 denúncias e 1.242 fraudes foram confirmadas. O sistema Amil computa, anualmente, mais de 98 milhões de consultas, exames,

internações e procedimentos odontológicos, realizados por aproximadamente 6,2 milhões de beneficiários.

Para evitar a ocorrência de fraudes, afirma Reinaldo Scheibe, presidente da Abramge, empresas têm investido principalmente em tecnologias, como o uso de biometria facial ou digital para autorizar determinados serviços ou a utilização de aplicativos que comprovam que realmente o beneficiário está no hospital, laboratório ou no consultório alegado, com a emissão de um código via mensagem de celular.

---

## CARTILHA DA ANS ORIENTA COMO MUDAR DE PLANO DE SAÚDE SEM CUMPRIR CARÊNCIA

Senado Notícias – 15/05/2019

A partir de junho, todos os beneficiários de planos de saúde que cumprirem os requisitos para a realização de portabilidade passam a poder trocar de plano sem cumprir novos prazos de carência. Para orientar o consumidor sobre seus direitos e ensinar como fazer a mudança, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) preparou uma cartilha com informações importantes sobre o tema. O conteúdo reúne esclarecimentos de prazos e critérios para realização da portabilidade, como a compatibilidade entre planos, documentos exigidos e outros possíveis alvos de dúvidas.

### [Acesse a cartilha sobre portabilidade de carências](#)

Em dezembro, a ANS publicou [normativa com novas regras](#) que ampliam a portabilidade de carências. Entre elas, está a extensão do direito aos beneficiários de planos coletivos empresariais, a retirada da exigência da chamada “janela” (prazo para exercer a troca) e da exigência de compatibilidade de cobertura entre planos – nesse caso, o consumidor cumpre carência apenas para as coberturas extras. A mudança traz mais dinâmica para o setor, já que os planos empresariais representam quase 70% do mercado, e incentivam a concorrência entre as operadoras.

“Realizamos oficinas para orientar os atores do setor e estamos divulgando as novas regras por vários canais, mas é fundamental orientarmos especificamente os beneficiários para que conheçam seus direitos. É a esse público que a cartilha é direcionada”, explica Rogério Scarabel, diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, reforçando que a cartilha visa municiar o beneficiário de informações para que ele tenha seu poder de escolha garantido. “Empoderar o consumidor é também papel da agência reguladora, cuidando para que o usuário esteja respaldado para negociar seu plano com a operadora”, diz o diretor.

Para realizar a portabilidade de carências, o beneficiário deve consultar os planos compatíveis com o atual. As novas regras deixam de exigir – a partir de junho – a compatibilidade de cobertura, mas mantém a exigência de compatibilidade de preço para a maior parte dos casos. A cartilha da ANS mostra que é possível consultar os produtos compatíveis de forma simples por meio do [Guia ANS de Planos de Saúde](#), ferramenta disponível na página da ANS, que lista os planos ofertados no mercado e dispõe de uma opção voltada para quem quer aderir ao benefício. A contratação é feita com a operadora.

---

## INFLAÇÃO MÉDICA NO BRASIL DEVE CRESCER O DOBRO DA MÉDIA MUNDIAL EM 2019

IESS – 24/05/2019

Os custos médico-hospitalares devem crescer 7,6% no mundo em 2019 de acordo com o relatório [Global Medical Trends](#) que acaba de ser lançado pela Willis Tower Watson. O documento é um dos mais respeitados no mundo e sua edição de 2018 serviu de base, juntamente com levantamentos de Aon Hewitt e Mercer para o [TD 69 – “Tendências da variação de custos médico-hospitalares: comparativo internacional”](#).

De acordo com o novo relatório, o avanço dos custos médico-hospitalares deve ser mais modesto na Europa (ao redor de 5%) e mais severo no Oriente Médio e África (superior a 12%). Nas Américas, o crescimento esperado é de 10,7%. Contudo, nos Estados Unidos o avanço deve ser de 7,9%. Já para o Brasil, a entidade projeta um aumento de 15,3%. No mesmo continente, apenas Argentina deve ter um incremento maior nos gastos com o setor superior ao brasileiro: 23,5%.



Fora das Américas, Vietnã (16,3%), Turquia (18,2%), Argélia (20%), Costa do Marfim (20%), Madagascar (20%) e Gabão (30%) se unem à lista de países com aumento dos custos superior ao projetado para o Brasil. O relatório analisou 77 países no total.

No caso brasileiro, a Towers indica que o aumento acima da média global se deve ao volume de procedimentos (consultas, exames, terapias etc.) desnecessários e à incorporação de novas e custosas tecnologias e procedimentos ao Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o que torna sua cobertura obrigatória pelos planos.

O uso exagerado de serviços médicos, aliás, é identificado como o principal fator de aumento dos gastos no setor no mundo. Em seguida aparece a incorporação de novas tecnologias. Entre os tratamentos que mais “consomem” recursos, aqueles para câncer, doenças cardiovasculares e musculoesqueléticas lideram a lista – o que não é uma surpresa. A novidade nesse sentido é que mais de um terço dos respondentes acredita que as doenças mentais devem entrar para este ranking já nos próximos cinco anos.

Outra tendência que preocupa para os próximos cinco anos é o aumento das despesas dos planos com produtos farmacológicos, que devem crescer consideravelmente em todo o mundo.

Olhando um pouco mais para longe, a prevalência de diabetes é um dos pontos que mais tem preocupado a comunidade médica ouvida pelo levantamento. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, na sigla em inglês), se medidas sérias não forem tomadas agora, o total de diabéticos na Índia deve chegar aos 87 milhões em 2030. O que equivaleria a 5,7% dos 1,53 bilhão de habitantes que o País deve ter nesse ano segundo projeção da Population Reference Bureau (PRB), dos Estados Unidos. No mesmo ano, ainda empregando a projeção de crescimento da população do PRB e as estimativas de avanço da prevalência da doença da OMS, 12% dos chineses ou 170 milhões de pessoas estariam na mesma situação.

A questão não deve, entretanto, ser analisada como um problema para o futuro, mas atual. De acordo com o relatório da Towers, 14% dos mexicanos já morrem em decorrência de diabetes e problemas relacionados. Ou seja, é cada vez mais importante iniciativas como as que debatemos ao longo do último mês [aqui no Blog](#).

## CANCELAR PLANO DE SAÚDE NA DEMISSÃO GERA ABALO SEM PRECISAR DE PROVA

Conjur – 24/05/2019

Cancelar um plano de saúde do qual o trabalhador usufrui por 22 anos no ato da demissão é um ato que viola a honra e não necessita de prova do abalo moral.

Com este entendimento, a 6ª Turma do Tribunal Superior do Trabalho condenou uma refinaria e uma sociedade de assistência médica ao pagamento de indenização de R\$ 20 mil a um electricista que teve seu plano de saúde cancelado ao ser dispensado.

O electricista trabalhou para a refinaria de 1995 a 2017, embora tenha se aposentado em agosto de 2014. Ele e seus dependentes eram beneficiários do plano de assistência médica, odontológica, ambulatorial e hospitalar oferecido pela empresa, cujo regulamento vigente na época da contratação previa que o empregado aposentado não perderia o direito de sócio.

Em 1999, a entidade de assistência passou por alteração estatutária e foi dividida em duas associações com finalidades distintas. Com isso, seu regulamento também foi alterado e passou a prever que o desligamento do quadro funcional das empresas importava na perda da qualidade de associado.

### Restabelecimento

Após o cancelamento do benefício, ao ser dispensado, o

electricista ajuizou a reclamação trabalhista, mas seu pedido de restauração do plano foi indeferido pelo juízo de primeiro grau. O Tribunal Regional do Trabalho da 4ª Região (RS), no entanto, concluiu que o estatuto aplicável ao caso era o vigente na data da admissão. Segundo o TRT, a alteração ocorrida em 1999 era lesiva ao empregado.

Com esse entendimento, o Tribunal Regional determinou o restabelecimento do plano de saúde do aposentado e de seus dependentes. Contudo, considerou que ele não tinha direito à indenização, por entender que o cancelamento do benefício, considerado isoladamente, não configuraria dano moral.

### Drama

No recurso de revista, o electricista argumentou que a empregadora e a Sameisa Saúde haviam violado seu direito da personalidade e causado “extrema aflição”. Segundo sustentou, ele e seus dependentes vivenciaram “um grande drama” ao ter o direito ao plano de saúde suprimido após mais de 22 anos de utilização por vontade única das empresas, “e tudo num momento crucial” de sua vida.

### Necessidade de reparação

Na avaliação da Sexta Turma, é possível verificar na conduta da Refinaria Riograndense e da Sameisa Saúde a

materialização da ofensa ao patrimônio moral do electricista, e a repercussão do fato na sua esfera íntima e a violação dos direitos da personalidade podem ser presumidas. De acordo com o colegiado, a jurisprudência do TST entende que há

violação da honra do empregado quando seu plano de saúde é cancelado e que é desnecessária a prova do abalo moral decorrente. *Com informações da Assessoria de Imprensa do TST.*

## SEM REGULAÇÃO, CRESCEM SERVIÇOS DE INTERNAÇÃO FORA DE HOSPITAIS

Folha de São Paulo – 24/05/2019

Crescem no país a demanda e os serviços voltados ao tratamento de doentes fora dos hospitais, mas, ao mesmo tempo, não há regulamentação do setor por parte das agências reguladoras de saúde (Anvisa e ANS).

O assunto foi discutido no dia 22/05 em São Paulo, em congresso na Hospitalar, maior feira de saúde da América Latina. Entre as propostas de entidades de saúde está a elaboração de um documento com critérios que norteiem uma nova legislação sobre o tema.

O processo de desospitalização é uma tendência mundial e leva em conta o fato de que muitos pacientes internados podem ser cuidados fora dos hospitais, como em casa, em instituições de transição ou de longa permanência.

Por exemplo, uma pessoa que tenha sofrido múltiplas fraturas ou um AVC (Acidente Vascular Cerebral) pode receber os primeiros cuidados no hospital e, depois de estar estabilizado mas ainda sem condições clínicas de receber alta, ser transferido para uma unidade de transição antes de ir para casa.

Nessa instituição, terá cuidado médico, de enfermagem e terapias de reabilitação, com a vantagem de estar menos exposta a infecções. Para o sistema de saúde, há redução no custo da assistência.

No Brasil, esse mercado é relativamente novo, mas em expansão. As unidades de transição passaram de oito, em 2015, para 25 no ano passado.

Para Eduardo Ferreira Santana, sócio-diretor da Nobre, empresa de retaguarda e de transição hospitalar, esses serviços representam um caminho indispensável diante de um cenário de envelhecimento populacional e de contenção de custos no setor da saúde.

Porém, os desafios são muitos. Por falta de legislação específica da Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), as regras para a criação desses serviços são variadas nos estados e municípios.

“A prefeitura de Santo André [ABC paulista], por exemplo, exigiu um pronto-socorro em uma unidade destinada a atender doentes crônicos. Foram necessários três ou quatro meses para um acerto”, relata Santana.

Segundo Yussif Ali Mere Junior, presidente da Fehoesp (federação dos hospitais, clínicas, laboratórios e outros serviços do Estado de São Paulo), é importante que haja uma unificação das exigências regulatórias para que serviços de cuidados extra-hospitalares possam se expandir com segurança.

“Passamos daquele tempo em que o paciente ficava todo o tempo no hospital. Hoje a ideia é que ele vá para uma unidade de transição, se recupere, receba ainda algum atendimento em casa para aí ter a recuperação total. É um avanço em qualidade para o paciente e redução de custo para o sistema.” Ele diz que um outro entrave é a remuneração por esses serviços, que ainda não estão previstos no rol da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar). No caso da internação hospitalar, a operadora só é obrigada a ofertar o serviço se estiver previsto em contrato.

“Quando o serviço é verticalizado [planos de saúde que têm sua própria rede hospitalar e de cuidados extra-hospitalares], a gente entende que a operadora arque com isso. E quando ela precisa contratar esses serviços? É bem complicado. A ANS precisa se envolver com isso.”

A médica Ariane Mutti, gerente nacional de desospitalização da Amil, diz que a operadora realiza 5.000 atendimentos mensais fora dos hospitais (em casa ou em outras instituições). São 400 pessoas que dependem de ventilação mecânica e 280 vivendo nas chamadas instituições de longa permanência.

Mas ainda há resistências nesse processo de desospitalização, envolvendo tanto os médicos quanto os familiares do doente. Ao mesmo tempo, tem aumentado o número de ações judiciais demandando serviços de internação domiciliar ou mesmo em unidades de transição, mesmo quando não há indicação clínica.

“Há colegas que não são educados para a alta e a continuidade dos cuidados fora do hospital. Muitas famílias também dizem que não ter condições de levar o paciente para casa.”

Segundo ela, em uma eventual regulamentação sobre o tema, é preciso que os critérios para a desospitalização estejam muito bem definidos para que não haja abusos.

Por exemplo, o ideal é que uma equipe multidisciplinar avalie o paciente e defina qual a linha de cuidados que ele

necessita. “No momento em que o colega médico começa a marcar no seu pedido tudo o que ele ou a família ache que o paciente precisa, a coisa pode não ter fim.”

Para o diretor-presidente da Anvisa, Willian Dib, o setor já está suficientemente regulamentado. “Mais norma não vai resolver o processo de judicialização. Mas, claro, estamos abertos ao diálogo.”

Rogério Scarabel Barbosa, diretor de normas e habilitação dos produtos da ANS, diz que o momento é de avaliar os desfechos dos cuidados em saúde para aí se pensar em melhorar os processos regulatórios da desospitalização.

“Não me parece adequado nesse momento uma intervenção estatal em um mercado que está iniciando sob pena de inviabilizá-lo ou não permitir o seu desenvolvimento”, afirma.

## RESULTADO PRELIMINAR DO MONITORAMENTO DO RISCO ASSISTENCIAL – 4º TRIM/18

ANS – 24/05/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que está disponível o resultado preliminar do Monitoramento do Risco Assistencial relativo ao 4º trimestre de 2018. A operadora poderá acessar seu resultado na Central de Relatórios, em Monitoramento do Risco Assistencial, mediante login e senha.

Conforme previsto nos artigos 9º e 10º da Resolução Normativa (RN) nº 416 de 22/12/2016, os questionamentos poderão ser enviados impreterivelmente até o dia 11/06/2019, não havendo prorrogação. O envio deve ser feito via Programa de Transmissão de Arquivos (PTA), com arquivo no formato .pro (basta alterar manualmente a extensão do arquivo .pdf para .pro).

O nome do arquivo deve seguir a seguinte estrutura: REGANS\_RECURSO-MONIT-ASSIST\_NN.PRO

**Onde:**

**REGANS** - Registro da operadora na ANS com seis dígitos, sem traços, pontos ou separações.

**RECURSO-MONIT-ASSIST** - Identifica o assunto da demanda. Essa nomenclatura não deve ser alterada.

**NN** - Número da versão: 01, 02, 03, etc, caso a operadora necessite mandar mais de um questionamento.

Para mais instruções sobre o envio via PTA, recomenda-se consultar os seguintes normativos:

- [Portaria DIPRO nº 01](#) de 04/05/17 e [seu anexo](#)

- [Instrução Normativo DIPRO nº 52](#) de 27/01/2017

- [Resolução Normativa nº 411](#) de 21/09/2016

É importante ressaltar que os arquivos devem atender aos requisitos dispostos nos normativos, inclusive no que se refere ao uso de assinatura digital do representante legal da operadora.

## ANS LANÇA PROGRAMA PARA DESENVOLVER INDICADORES DE QUALIDADE HOSPITALAR

IESS – 23/05/2019

A necessidade de o setor de saúde ter indicadores claros para indicar a qualidade dos prestadores de serviços aos beneficiários é um dos pontos que temos reforçado já há algum tempo, inclusive demonstrando que, sem esses indicadores, faltam ferramentas efetivas para combater falhas como as que apontamos no [2º Anuário da Segurança Assistencial Hospitalar no Brasil](#) – relembre.

Portanto, nos cabe elogiar iniciativas como a que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está lançando juntamente com o Hospital Moinhos de Vento (HMV), por meio do programa Proadi - SUS, para o desenvolvimento de indicadores de qualidade hospitalar. Neste projeto piloto será desenvolvido um painel com 14 indicadores de qualidade e cinco linhas de cuidado referentes às condições clínicas mais

frequentes em internações: Acidente Vascular Cerebral (AVC); Síndrome Coronariana Aguda; Câncer de mama e próstata; Artropatia de quadril; e, Sepsis.

A iniciativa – acesse o [anúncio da ANS sobre o tema](#) – pretende padronizar a coleta de dados dos serviços hospitalares e criar um sistema de avaliação que permita a identificação de boas práticas, comparação entre as instituições e a detecção de pontos de aprimoramento. A divulgação desses indicadores, como já falamos [aqui](#), permitiria aos beneficiários e mesmo aos não beneficiários a comparação das instituições de saúde e a tomada de decisões importantes com base em indicadores sólidos, como já acontece em outros países.

Para entender como a questão é tratada nos Estados Unidos, por exemplo, recomendamos a releitura do nosso post "[As lições do The Leapfrog Group: Indicadores de qualidade na prática](#)". Outra opção é rever a apresentação de Matt Austin, pesquisador e professor da Escola de Medicina da Universidade Johns Hopkins e supervisor científico de Pesquisa Hospitalar do The Leapfrog Group (EUA), durante o Seminário Internacional "[Indicadores de qualidade e segurança do paciente na prestação de serviços na saúde](#)".

Claro, o modelo de compartilhamento de informações para possibilitar uma escolha baseada em dados claros não é exclusividade dos Estados Unidos. Fiona Wardell, líder de Indicadores e Padronizações da Healthcare Improvement Scotland – divisão do National Health System (NHS) do Reino Unido (o equivalente ao SUS daquele País) –, apresentou experiências internacionais na adoção e transparência de indicadores de qualidade e segurança do paciente no mesmo evento. Vale rever!

---

## DESPESA ASSISTENCIAL AVANÇA MAIS DE 50% APESAR DA QUEDA DE BENEFICIÁRIOS

IESS – 22/05/2019

O total de beneficiários de planos médico-hospitalares caiu 6,3% entre dezembro de 2014 e o mesmo mês de 2018, o que equivale ao rompimento de 3,2 milhões de vínculos, conforme detalha a [Análise Especial](#) da última [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#).

Apesar do recuo no total de vínculos, as despesas assistenciais (os gastos das operadoras com exames, consultas, internações, terapias e outros procedimentos dos beneficiários em suas carteiras) médico-hospitalares seguiu no sentido oposto. Em 2014, elas tiveram um gasto médio mensal por beneficiário de R\$ 173,86. Já no fim do ano passado este gasto estava em R\$ 281,81. Um aumento de 62,1%.

Vale destacar que o aumento não se deve à redução de beneficiários, mas a um efetivo aumento das despesas assistenciais totais. Em 2014, elas foram de R\$ 105,2 milhões. Já em 2018, foram 159,8 milhões. Incremento de 51,8%.

Apenas como um exercício de projeção, se o setor não tivesse perdido beneficiários e tivesse mantido o crescimento do gasto

assistencial médio mensal per capita, as despesas assistenciais totais em 2018 atingiriam o montante de R\$ 170,6 milhões. Quase R\$ 11 milhões a mais do que efetivamente foi registrado no ano passado.

O importante, contudo, são os fatores que fizeram as despesas assistenciais continuarem a avançar mesmo com a redução do total de vínculos com planos de saúde: incorporação de novas tecnologias sem avaliações criteriosas de custo efetividade; desperdícios e fraudes de cerca de R\$ 28 milhões (em 2017); envelhecimento populacional; e judicialização. Todos assuntos que temos explorado aqui no Blog e que podem ser facilmente acessados por meio de nossa [Área Temática](#).

Se você também se interessa pelo assunto e quer ver mais dados, uma ótima opção é acessar o [IESSdata](#). Se o seu interesse se materializar em um trabalho acadêmico, fique atento, as inscrições para o [IX Prêmio IESS de Produção Científica em Saúde Suplementar](#) já estão para começar. Acompanhe nosso blog para não perder nenhuma novidade.

---

**Fonte:** As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do o setor de saúde suplementar, sendo de responsabilidade de seus autores e não refletindo, necessariamente, a opinião da Milliman.

Nota: Para **incluir** ou **alterar** seu e-mail na lista de destinatários do Newsletter, envie uma mensagem com sua solicitação para [saude@milliman.com](mailto:saude@milliman.com).

Para **remover** da lista, por favor, responda esta mensagem com o assunto 'Remover' no campo assunto.



A Milliman está entre os maiores fornecedores mundiais de produtos e serviços atuariais e relacionados. A empresa possui práticas de consultoria em seguros de vida e serviços financeiros, seguros de propriedades e acidentes, saúde e benefícios aos empregados. Fundada em 1947, a Milliman é uma empresa independente com escritórios nas principais cidades do mundo.

[milliman.com](http://milliman.com)

© 2018 Milliman, Inc. Todos os direitos reservados. Os materiais neste documento representam a opinião dos autores e não são representativos das opiniões da Milliman, Inc. A Milliman não certifica as informações, nem garante a exatidão e integridade de tais informações. O uso de tais informações é voluntário e não deve ser invocado a menos que uma revisão independente de sua precisão e integridade tenha sido realizada. Os materiais não podem ser reproduzidos sem o consentimento expresso da Milliman.