

ÍNDICE INTERATIVO

[A crescente judicialização e aumento da influência do judiciário no sistema de saúde](#) - Fonte: Consultor Jurídico

[Tendências de transformação digital em saúde](#) - Fonte: IESS

[Mais de 1,5 milhão de sorrisos](#) - Fonte: IESS

[Novos tempos, novas respostas](#) - Fonte: Estadão

[Hapvida realiza nova aquisição no valor de R\\$ 57,7 milhões](#) - Fonte: Diário do Nordeste

[Para quarta turma, lista de procedimentos obrigatórios da ans não é apenas exemplificativa](#) - Fonte: STJ

[ANS realiza reunião técnica sobre notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão](#) - Fonte: ANS

A CRESCENTE JUDICIALIZAÇÃO E AUMENTO DA INFLUÊNCIA DO JUDICIÁRIO NO SISTEMA DE SAÚDE

Consultor Jurídico - 18/12/2019

Não é exclusividade brasileira. A efetivação judicial do direito à saúde tem ganhado, cada vez mais, espaço no debate em diferentes esferas. Seja na gestão pública, no espaço acadêmico, entre magistrados, nas empresas ou ainda na imprensa, a discussão é presente, necessária e sensível. Não é para pouco. A judicialização da saúde cresceu 130% nos 10 anos compreendidos entre 2008 e 2017. No mesmo período, o volume total de ações no País avançou 50%.

Os dados constam no levantamento inédito produzido pelo Insper a pedido do Conselho Nacional de Justiça (CNJ). Segundo o estudo, foram 498,7 mil processos de primeira instância e 277,4 mil na segunda instância ao longo do período analisado. Além de investigar a evolução das ações judiciais no segmento de saúde, o trabalho busca contribuir para a compreensão da judicialização e oferecer subsídios que orientem a adoção de políticas que aprimorem a solução de conflitos na área.

Não pode se negar que a Justiça é, de fato, um instrumento legítimo de acesso à saúde e premissa elementar de uma democracia. Se de um lado há a esperança da busca por procedimentos, medicamentos e outros serviços, do outro está a dificuldade de se fazer previsões orçamentárias e distribuição dos recursos por parte dos gestores nas diferentes esferas da saúde, ameaçando sua sustentabilidade econômico-financeira.

A judicialização é, hoje, um dos maiores problemas enfrentados pelas operadoras e pelos tribunais, em razão do acúmulo de processos. Embora o recurso à Justiça seja um direito de todos, muitas demandas buscam obter benefícios sem respaldo dos contratos ou no arcabouço regulatório da Saúde Suplementar. Portanto, a análise dos números divulgados pelo CNJ nos mostra um elevado grau de influência do Poder Judiciário no sistema como um todo.

Há, por exemplo, a questão da concessão de medicamentos sem o registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) ou que sejam prescritos para fim não descrito em bula, denominados off label. O fato de ter sido reconhecido pela autoridade sanitária do país de origem do fármaco não atesta a sua segurança para uso em outros territórios ou para diferentes patologias, o que pode gerar graves consequências e efeitos colaterais para o paciente, a saúde coletiva e o sistema como um todo.

Mesmo com o conhecimento acerca da questão, o impacto da judicialização nessa área é cada vez maior devido à grande demanda por medicamentos de alta complexidade

ainda não analisadas pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC) e incluídos no Rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). E isso, claro, tem um preço. No SUS, dados do Tribunal de Contas da União (TCU) mostram que entre 2010 e 2015 foram consumidos R\$ 1,5 bilhão de recursos federais apenas com a compra de três medicamentos de alta complexidade por determinações judiciais. Esse montante é maior do que o recurso utilizado para a compra de todos os outros medicamentos adquiridos por meio de ações na Justiça. Na saúde suplementar, estimativa da Associação Brasileira de Planos de Saúde (Abramge) aponta que a despesa com ordens judiciais passou de R\$ 558 milhões, em 2013, para R\$ 1,2 bilhão, em 2015. Ou seja, mais do que dobrou no período.

Voltando ao cerne desse artigo, outro Relatório de Pesquisa do CNJ (Série Justiça Pesquisa, publicado em 2015), mostrou que os argumentos mais frequentes para fundamentar as sentenças são os pertencentes à tríade direito à saúde, direito à vida e direito à dignidade da pessoa humana. O direito à saúde corresponde à 87,57% dos fundamentos, seguido do direito à vida, com 53,50% e, por fim, o direito à dignidade da pessoa humana em 24,48% das respostas. Aponta que os magistrados entendem que o direito à saúde deve ser garantido a todos, a despeito de qualquer política pública ou a observância ao orçamento público. São desconsiderados, por exemplo, elementos que compõem as políticas públicas de medicamentos no País.

O atual momento tem sido marcado pela busca de mudanças estruturais para diferentes temas no Brasil, como a recente reforma trabalhista, a (ainda) polêmica reforma da Previdência e outros anseios, como dos pacotes anticrimes. Pode-se criar, portanto, uma “atmosfera pró reformas” que pode impactar também o Judiciário e a regulação da saúde suplementar.

Se pelo lado das operadoras de planos de saúde o marco regulatório atual é rígido, na perspectiva do direito consumerista e do beneficiário, ele é insuficiente. O estudo do CNJ mostra, claramente, um “estrangulamento” do sistema e a necessidade premente de reformas mais robustas. Antes que isso aconteça por via de lei e atualização regulatória, um caráter de respeito aos contratos, a conscientização e busca por racionalidade já poderá trazer um avanço ao setor.

É fácil ver-se que a busca por direitos por meio da justiça faz parte das relações sociais, mas é importante que o

direito individual não se sobreponha ao direito coletivo, gerando prejuízos à saúde da maior parcela da população. O excesso de demandas judiciais desestabiliza o planejamento orçamentário tanto do sistema público quanto privado.

É essencial ter em vista que o direito à liberdade encontra limite na liberdade do outro. Não se pode conceder tudo

para todos o tempo todo. Escolhas precisam ser feitas. E melhor embasadas. O princípio da saúde suplementar se encontra na mutualidade – conceito que pode ser expandido à saúde pública devido à limitação dos recursos. O comprometimento de sua sustentabilidade reflete na queda da qualidade da assistência e pode tornar o plano mais oneroso para os demais beneficiários, dificultando seu acesso.

TENDÊNCIAS DE TRANSFORMAÇÃO DIGITAL EM SAÚDE

IESS – 17/12/2019

Nos últimos tempos, temos falado cada vez mais em transformação digital na saúde – [confira o seminário sobre o tema que realizamos no começo do mês](#). Aliás, não só nós como o mundo todo parece estar cada vez mais atento às novidades no setor.

Não é por acaso. De acordo com a consultoria CB Insights – [é preciso fazer um cadastro para acessar o conteúdo](#) –, a indústria de healthcare (saúde) movimentou mais de US\$ 5 trilhões por ano. Apenas as startups (empresas que estão começando no setor e tem como principal diferencial em relação aos concorrentes estabelecidos no mercado o uso de novas tecnologias) de telehealth (telessaúde) receberam investimentos de cerca de US\$ 2,4 bilhões até o fim do 3º trimestre de 2019.

Para ilustrar o potencial do setor, a CB Insights fez um levantamento com as 150 startups do setor que, segundo os critérios da consultoria, têm maior potencial de mercado e elencou questões interessantes, como o valor das empresas e investidores. Vale mencionar que entre outros fundos famosos, o Google é investidor direto de 29 dessas companhias.

O que nos parece mais interessante para o mercado brasileiro, entretanto, é a lista dos focos de atuação mais comuns dessas empresas. Confira as 3 principais:

- Inteligência artificial (AI) e machine learning

O uso dessas tecnologias é o mais explorado atualmente. Destacam-se os resultados que estão sendo alcançados no segmento de medicina diagnóstica por empresas como a [Paige](#).

- Saúde da mulher

O uso de novas tecnologias tem permitido diversos avanços, desde a democratização de serviços relacionados a fertilidade (uma demanda crescente por parte de mulheres que buscam ter filhos após os 40 anos, quando já têm uma carreira consolidada) até novas soluções para o gerenciamento da menopausa.

“Clínicas virtuais” que auxiliam na busca por prestadores de serviços especializados em saúde da mulher em diversos momentos da vida, como a [Maven](#), também têm se destacado. Em setembro de 2018, a empresa recebeu quase US\$ 30 milhões de investidores renomados, como o Sequoia Capital.

- Cuidados com idosos

O envelhecimento populacional e os desafios que esse movimento representa são questões prementes no Brasil, por conta do fim do bônus demográfico pelo qual estamos passando. Mas também constituem um desafio para países que já passaram pela transição.

[Para envelhecer bem](#), novas tecnologias estão sendo aplicadas em diversas frentes, desde o monitoramento remoto de pacientes por meio de wearables (como relógios), até novas soluções de home care. Desospitalização, aliás, deve se tornar um assunto cada vez mais frequente também por aqui. A [CleanCare](#) é uma das empresas que mais têm se destacado nessa frente, oferece uma plataforma para otimizar a gestão desses serviços.

MAIS DE 1,5 MILHÃO DE SORRISOS

IESS – 15/12/2019

O total de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos cresceu 6,4% nos 12 meses encerrados em outubro deste ano. De acordo com a [última edição da NAB](#), 1,5 milhão de novos contratos foram firmados no

período, o que elevou para 25,7 milhões o total de vínculos com este tipo de plano no País.

A publicação também indica que, se o ritmo de novas contratações deste tipo de plano continuar no mesmo ritmo, devemos encerrar o ano com mais de 26 milhões de beneficiários. Uma importante marca para o setor.

A contratação destes planos continua impulsionada pelo mercado paulista. Entre outubro de 2019 e o mesmo mês do ano passado, 611,7 mil pessoas passaram a contar com o benefício. Alta de 7,2%.

Os demais estados da região Sudeste também tiveram resultados expressivos. No Rio de Janeiro, o total de beneficiários cresceu 4,3%, o que equivale a 141,3 mil novos vínculos; em Minas Gerais, 125,2 mil novos

contratos foram firmados, incremento de 6,1%; e no Espírito Santo o avanço foi de 7,5%, o que significa 37,7 mil novos vínculos. Ainda que em números absolutos o resultado do Espírito Santo seja menos expressivo que o dos demais estados da região, considerando a população geral do Estado, o número é bastante positivo.

Apenas dois Estados tiveram redução no total de vínculos no período analisado. Em Roraima, 12,3 mil beneficiários deixaram de contar com o plano exclusivamente odontológico, uma retração de 10,9%. Já em Alagoas, 180 vínculos foram rompidos. O que representa um recuo de 0,1%.

NOVOS TEMPOS, NOVAS RESPOSTAS

Estadão – 14/12/2019

O país vive uma nova era de reformas. Novos tempos pedem novas soluções, novos desafios exigem respostas distintas daquelas que já valeram no passado. É bom que assim seja. Na saúde suplementar, não é diferente: promover saúde e bem-estar para as pessoas é mudar todo dia.

Nosso setor sente hoje a pressão de mudanças estruturais que impactam a saúde tanto aqui quanto no resto do mundo. As pessoas, felizmente, estão vivendo mais e, também por isso, demandam mais assistência médica. O perfil epidemiológico concentra-se cada vez mais em doenças crônicas, que, por sua vez, também exigem cuidados prolongados.

Por fim, mas não menos importante, a vida cotidiana é cada vez mais influenciada pelas novas tecnologias. Na saúde, onde estão algumas das descobertas mais avançadas da ciência, isso é levado ao paroxismo. É bom porque amplia nosso arsenal para curar e salvar vidas, mas gera custos que, normalmente, são sempre muito, muito altos.

Não estamos parados vendo o mundo mudar. Queremos mudar junto. Em fins de outubro, a FenaSaúde (Federação Nacional de Saúde Suplementar) reuniu, em Brasília, as principais lideranças da saúde brasileira para buscar respostas para a seguinte questão: como ampliar o acesso de mais brasileiros à assistência de qualidade prestada pelas operadoras de planos e seguros de saúde privados?

As respostas não são simples, mas estão ao alcance das mãos. Basta sabermos trabalhar em conjunto.

A boa notícia é que é praticamente consenso que, tal como está, a saúde brasileira não pode continuar. Há uma séria crise de financiamento que afeta tanto o setor público

quanto o privado. De um lado, os governos, em todos os níveis da federação, estão em severas dificuldades fiscais. Do outro, a queda da renda e o desemprego diminuíram a capacidade de empresas e famílias contratarem coberturas privadas de saúde.

Nós também pretendemos ser parte de uma mudança que transforme a saúde brasileira para melhor, a fim de que mais pessoas possam dispor de atendimento adequado. Nossas propostas, reunidas no documento “Mais Saúde: Uma nova saúde suplementar para mais brasileiros”, que você pode ler neste link (<http://fenasaude.org.br/publicacoes/uma-nova-saude-suplementar-para-mais-brasileiros.html>), buscam abrir as portas dos planos e seguros de saúde para quem hoje só tem o Sistema Único de Saúde (SUS) como alternativa de tratamento.

São duas as principais iniciativas neste sentido. A primeira é retomar a comercialização de planos individuais, que hoje atendem apenas 20% dos 47 milhões de beneficiários com assistência médico-hospitalar. Nossa proposta é que eles deixem de ter seus reajustes limitados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de modo que o acirramento da concorrência entre as operadoras resulte em preços ao mesmo tempo atrativos para quem quer ter um plano de saúde e sustentáveis para quem for oferecê-los no mercado.

Hoje, infelizmente, não é assim. Com as mudanças estruturais às quais me referi acima, os custos médicos sobem numa velocidade muito maior que a inflação geral e mesmo acima dos percentuais que a ANS autoriza aplicar aos preços praticados. Aos números: nos últimos dez anos, para uma variação dos custos médico-hospitalares de 189%, os reajustes permitidos pelo órgão regulador foram de 155%. Assim, não há conta que feche.

Outra medida que defendemos é a ampliação das opções de cobertura que as operadoras podem ofertar aos interessados em um plano de saúde. Hoje a legislação limita-as a apenas cinco modalidades, que, para muitos, estão ficando caras demais. Queremos que o beneficiário possa ter alternativas que melhor se adequem a suas necessidades de saúde e caibam no seu bolso. Em qualquer mercado, vale a máxima: maiores as escolhas, menores os preços. Na saúde suplementar não é diferente.

Da mesma forma que nota-se consenso crescente em torno da necessidade de buscar novas soluções para a saúde, pública ou privada, também é nítido que as respostas às dificuldades diagnosticadas também estão convergindo. Operadoras, contratantes, reguladores,

beneficiários e, de forma cada vez mais crescente, prestadores de serviço estão conscientes de que a saúde precisa ser mais eficiente, o que se traduz em produzir melhores resultados para os pacientes a custos menores.

A palavra de ordem da saúde, aqui como alhures, é prevenir doenças e não apenas dedicar-se a tratá-las. Cada vez mais, o foco precisa estar na qualidade do serviço prestado, nos desfechos produzidos, no desempenho em termos de melhor atendimento às pessoas. A saúde precisa dar alguns passos adiante, e dará. Os 15 grupos de operadoras associadas à FenaSaúde, responsáveis por cuidar de 26 milhões de brasileiros, estão atuando com afinco para que o sistema suplementar seja parte desta solução.

HAPVIDA REALIZA NOVA AQUISIÇÃO NO VALOR DE R\$ 57,7 MILHÕES

Diário Nordeste – 13/12/2019

O grupo Hapvida Participações e Investimentos anunciou um novo aporte no País, no valor de R\$ 57,7 milhões. Desta vez, foi adquirida a Plamed Plano de Assistência Médica, que atende as regiões de Aracaju e outros municípios de Sergipe, contemplando 91 mil clientes.

São 31 mil pacientes da Plamed, informou o grupo Hapvida.

De acordo com a operadora de saúde, o novo investimento aumentará o potencial de alcance da rede na

região, isso porque a Plamed já atende pacientes conveniados em um hospital, três hapclínicas, duas unidades laboratoriais e uma de medicina preventiva.

Outros investimentos

Só no segundo semestre deste ano, o grupo já tinha realizado novas aquisições no Sul do País, adquirindo os direitos da Agemed, localizada em Santa Catarina; e Hospital Parauebas, no Pará.

PARA QUARTA TURMA, LISTA DE PROCEDIMENTOS OBRIGATÓRIOS DA ANS NÃO É APENAS EXEMPLIFICATIVA

STJ – 13/12/2019

A Quarta Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) adotou o entendimento de que o rol de procedimentos e eventos em saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), previsto na [Resolução Normativa 428/2017](#), não é meramente exemplificativo, tratando-se de um mínimo obrigatório para as operadoras de planos de saúde. Com essa posição, o colegiado negou o recurso de uma segurada que pretendia que o plano cobrisse tratamento não incluído na lista da agência reguladora.

A segurada ajuizou ação depois que a operadora não liberou o procedimento cifoplastia – indicado pelo médico –, mas, sim, a verteroplastia – prevista na resolução da

ANS. O juízo de primeiro grau determinou a cobertura do procedimento prescrito pelo médico, mas o Tribunal de Justiça do Paraná reformou a sentença, entendendo que a cifoplastia não está prevista no rol da ANS e que a verteroplastia, autorizada pela operadora, tem eficácia comprovada.

No STJ, a segurada alegou que o rol da ANS seria apenas exemplificativo, uma referência básica, e que o contrato não menciona a exclusão do procedimento desejado.

Equilíbrio econômico

Diante da relevância da matéria, o relator do recurso no STJ, ministro Luis Felipe Salomão, deu a oportunidade para que entidades interessadas – entre elas, a própria ANS – pudessem intervir na discussão na qualidade de amici curiae.

Para a agência reguladora, considerar de caráter apenas exemplificativo o rol de procedimentos previstos em seu regulamento põe em risco o equilíbrio econômico-financeiro do sistema de saúde suplementar, em razão do efeito cascata de pretensões similares à do recurso, trazendo risco à segurança jurídica.

Segundo a ANS, a Lei 9.656/1998 – que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde – atribui à agência setorial a competência normativa e regulatória para estabelecer a cobertura mínima obrigatória que os planos devem oferecer com vistas à prevenção e ao tratamento de doenças.

Com a criação da ANS, pela Lei 9.961/2000, essa atribuição lhe foi incumbida, conforme o inciso III do artigo 4º. Atualmente, o rol de procedimentos obrigatórios é atualizado a cada dois anos.

Jurisprudência

O ministro Luis Felipe Salomão lembrou que há precedentes da Terceira Turma do STJ no sentido de que a lista da ANS seria meramente exemplificativa. De acordo com esse entendimento, o fato de um procedimento não constar da lista não desobriga o plano de custeá-lo, caso seja indicado pelo médico para tratar doença prevista no contrato.

No entanto, para Salomão, considerar esse rol meramente exemplificativo "representaria, na verdade, negar a própria existência do 'rol mínimo' e, reflexamente, negar acesso à saúde suplementar à mais ampla faixa da população".

Ele afirmou que o plano básico de referência, instituído pelo artigo 10 da Lei dos Planos de Saúde e regulamentado pela ANS, foi criado como um mínimo para ser acessível à grande parcela da população não atendida pelas políticas públicas de saúde.

Segundo o ministro, "o rol mínimo e obrigatório de procedimentos e eventos em saúde constitui relevante garantia do consumidor para assegurar direito à saúde, em preços acessíveis, contemplando a camada mais ampla e vulnerável da população".

Distorções

A ideia de lista exemplificativa – ressaltou o relator –, ao contrariar os dispositivos legais que preveem o plano básico de referência e a possibilidade de contratação de outras coberturas, acaba por restringir a livre concorrência, estabelecendo "a mais ampla, indiscriminada e completa cobertura a todos os planos e seguros de saúde".

Para Salomão, o entendimento segundo o qual a cobertura mínima não deve ter limitações definidas gera o efeito de padronizar todos os planos, obrigando-os, de forma tácita, a fornecer qualquer tratamento prescrito pelo médico – já que, para essa linha da jurisprudência, o plano pode estabelecer as doenças que terão cobertura, mas não o tipo de terapêutica.

O ministro destacou que, conforme as manifestações dos amici curiae ANS, Departamento de Proteção e Defesa do Consumidor e Instituto Brasileiro de Atuária, o rol propicia a previsibilidade econômica necessária à precificação de planos e seguros de saúde.

Citando lições da doutrina, Salomão apontou que as decisões judiciais que impõem coberturas sem amparo legal podem favorecer diretamente alguns consumidores, mas causam distorções no custeio e nos cálculos atuariais das operadoras – o que encarece os planos e restringe ainda mais o acesso das pessoas mais vulneráveis à assistência médico-hospitalar.

Situações pontuais

Essas conclusões, segundo o relator, não significam que o juiz, em situações pontuais, munido de informações técnicas obtidas sob o crivo do contraditório, não possa, em decisão fundamentada, determinar a cobertura de determinado procedimento que constate ser efetivamente imprescindível.

Ele lembrou, ainda, que é possível a autocomposição entre as partes, podendo a operadora pactuar com o usuário para que ele cubra a diferença de custos entre os procedimentos do rol ou de cobertura contratual e o orientado pelo médico assistente.

Ao negar provimento ao recurso da seguradora, o ministro mencionou a manifestação de outro amicus curiae, o Conselho Federal de Medicina, para o qual a cirurgia prescrita pelo médico não está prevista na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, tendo a operadora oferecido tratamento "inequivocamente adequado".

ANS REALIZA REUNIÃO TÉCNICA SOBRE NOTIFICAÇÃO DE INADIMPLÊNCIA E REGULAMENTAÇÃO DE SUSPENSÃO

ANS – 12/12/2019

A diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO) da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou na última segunda-feira, 09/12, a “Reunião Técnica de Análise das Contribuições para o Aprimoramento das Regras de Notificação de Inadimplência e Regulamentação de Suspensão”. O encontro reuniu cerca de 80 participantes, entre eles representantes de operadoras e de entidades do setor.

A reunião é resultado dos encontros “Diálogos sobre a Agenda Regulatória - Temas da DIPRO”, nos quais foram discutidos com membros do setor e do Governo Federal, no Rio de Janeiro, Brasília e São Paulo, os pontos pertinentes à DIPRO na Agenda Regulatória da ANS (2019-21), visando o seu aprimoramento.

O diretor da DIPRO, Rogério Scarabel, abriu a reunião agradecendo a presença de todos, bem como a cessão do auditório da Secretaria de Fazenda do Estado do Rio de Janeiro, onde foi realizado o evento. Também participaram da reunião o diretor-adjunto da DIPRO, Maurício Nunes, o gerente-geral da Estrutura Regulatória dos Produtos, Rafael Vinhas, a gerente de Manutenção e Operação dos Produtos, Fabricia Faedrich, e a coordenadora Regulatória de Acesso aos Produtos, Cristiane Arruda.

Durante a reunião, a ANS apresentou as primeiras análises das contribuições referentes ao tema notificação de inadimplência e regulamentação de suspensão recebidas por meio do formulário eletrônico

disponibilizado aos participantes dos “Diálogos”. A Agência também abriu espaço às entidades que solicitaram tempo para apresentação: Sindicato Nacional das Empresas de Odontologia de Grupo (Sinog), Amil Saúde, Grupo Hapvida e o pesquisador Julio Cezar Pauzeiro. Em seguida, foi realizado um amplo debate sobre os temas tratados no encontro.

Em suas contribuições, as operadoras questionaram a possibilidade de se ter outras formas de notificação de inadimplência - como por meios eletrônicos - além das já previstas na Súmula nº 28/2015 da ANS. Das dez entidades do setor que encaminharam contribuições, sete apontaram como problema a ineficiência dos atuais mecanismos previstos na regulamentação para notificação de inadimplência.

Em relação às contribuições sobre a suspensão de contratos de planos de saúde, as operadoras registraram a falta de clareza do beneficiário de contrato coletivo em relação à possibilidade de suspensão da cobertura em razão da inadimplência da pessoa jurídica contratante, entre outros pontos.

A DIPRO receberá novas contribuições para possíveis alterações normativas acerca dos temas discutidos na reunião até o dia 13/01/20. Após esta data, as próximas etapas do processo serão: Análise de Impacto Regulatório (AIR), submissão à Consulta Pública e apreciação pela Diretoria Colegiada da ANS.

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.

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

© 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.