

## ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde é 3º maior desejo do Brasileiro](#) - Fonte: IESS

[A cada 10 brasileiros, 8 estão satisfeitos com planos de saúde](#) - Fonte: IESS

[ANS prorroga prazo de envio de informações da rede de prestadores hospitalares](#) - Fonte: ANS

[CASSI apresenta números e esclarecimentos sobre intervenção da ANS](#) - Fonte: SPBancários

[Há um modelo de pagamento ideal?](#) - Fonte: IESS

[ANS lança livro com estudos premiados em Concurso de Monografias](#) - Fonte: ANS

[Reajuste pode ser comparado à inflação?](#) - Fonte: IESS

["Precisamos falar sobre os planos de saúde individuais"](#) - Fonte: Fenasaúde

# PLANO DE SAÚDE É 3º MAIOR DESEJO DO BRASILEIRO

IESS - 30/07/2019

Contar com um plano de saúde é o 3º maior desejo de consumo do brasileiro, como aponta a [pesquisa IESS/Ibope](#), que já destacamos [aqui](#). De acordo com o levantamento, os quatro itens mais desejados pelos brasileiros (tanto os que já contam com plano quanto os que não) são educação (1º), casa própria (2º), plano de saúde (3º) e seguro de vida (4º).

O plano de saúde permanece como o terceiro maior desejo do brasileiro desde 2015, apesar de o País ter passado por momentos econômicos distintos, independentemente do momento econômico, se as famílias estão com mais ou menos renda, mais ou menos endividadas ou mesmo do nível de emprego no País, o desejo por planos de saúde se manteve elevado nas 3 edições da pesquisa, 2015, 2017 e 2019.

Além disso, os números da pesquisa indicam que esse desejo está mais diretamente relacionado com a percepção de qualidade dos planos de saúde do que uma eventual percepção negativa da capacidade de atendimento do sistema público.

De acordo com a pesquisa, 54% dos brasileiros que não têm plano de saúde já contaram com o benefício em algum momento e 73% desejam ter/voltar a ter plano médico-hospitalar. E o principal motivo para desejar contar com um plano deste tipo, apontado por 82% dos entrevistados, é a qualidade do atendimento, entendida como maior facilidade

de acesso e disponibilidade de tecnologia médica mais recente. Vale destacar que grande parte das opiniões é emitida com base em experiência própria e não percepção a partir de comentários de conhecidos, pesquisas e notícias.

Olhando as três edições da pesquisa, nota-se que houve uma mudança na primeira colocação entre os beneficiários de planos de saúde. Em 2015, educação era o item mais desejado, seguido por casa própria. Em 2017, a ordem foi alterada, com moradia própria se tornando o maior desejo dos beneficiários. Já este ano, educação voltou ao topo da lista. Acreditamos que a mudança se deu por conta do momento econômico. Em 2017, o desemprego tinha atingido proporções muito elevadas e muitas famílias estavam passando por dificuldades para se manterem em dia com as prestações da casa própria ou mesmo pagar o aluguel.

Fora do setor de saúde suplementar, a pesquisa também demonstrou outros desejos dos brasileiros e que há poucas diferenças entre aqueles que têm planos e os que não tem. A distinção entre os desejos de beneficiários e não beneficiários começa a aparecer no 5º item da lista. Enquanto os beneficiários desejam contar com previdência privada, os não beneficiários anseiam por celulares. Mas a diferença é pequena. Previdência privada é o 6º maior desejo dos não beneficiários e celular, o dos beneficiários.

Confira a lista dos maiores desejos dos beneficiários e não beneficiários de planos de saúde:

<b>Beneficiários</b>	<b>Posição</b>	<b>Não beneficiários</b>
Educação	<b>1</b>	Educação
Casa/apartamento	<b>2</b>	Casa/apartamento
Plano de Saúde	<b>3</b>	Plano de Saúde
Seguro de Vida	<b>4</b>	Seguro de Vida
Previdência privada	<b>5</b>	Celular
Celular	<b>6</b>	Previdência privada
Carro	<b>7</b>	Carro
Seguro Residencial	<b>8</b>	Viagens
Computador e Internet banda larga	<b>9</b>	Seguro Residencial
Viagens	<b>10</b>	Computador e Internet banda larga
Eletrodomésticos novos	<b>11</b>	Eletrodomésticos novos
Seguro de automóvel	<b>12</b>	Tv a cabo
Tv a cabo	<b>13</b>	Seguro de automóvel

# A CADA 10 BRASILEIROS, 8 ESTÃO SATISFEITOS COM PLANOS DE SAÚDE

IESS - 29/07/2019

A nova edição da [pesquisa IESS/Ibope](#), que acabamos de divulgar, revela que a cada 10 brasileiros com planos de saúde médico-hospitalares, 8 estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com o benefício. Além disso, 80% dos entrevistados também afirmaram que indicariam o plano que possuem para amigos e parentes e 88% pretendem permanecer com o benefício que possuem, sem trocar de plano.

Estes são níveis de satisfação dificilmente encontrados em outros segmentos, mas que se justificam pela qualidade assistencial ofertada. O estudo mostra que os principais motivos para a satisfação dos beneficiários são a qualidade do atendimento e dos profissionais, cobertura e facilidade de acesso para consultas e procedimentos. O que mostra que quem utiliza o plano de saúde está bastante satisfeito com os serviços recebidos.

Os principais motivos citados para a satisfação dos beneficiários com seus planos de saúde são: qualidade de atendimento e das equipes assistenciais; qualificação dos médicos que atendem pelo plano; cobertura do plano (possibilidade de realizar exames, internação etc.); e, rapidez na marcação de consultas e autorização de procedimentos.

A pesquisa também apontou que entre os beneficiários que utilizaram o plano nos últimos 12 meses, 91% tiveram as

solicitações de serviço aprovadas. Do restante, 6% tiveram a negativa explicada e 3% receberam outras opções. No total, de cada 100 beneficiários que solicitam autorização para procedimentos de saúde, apenas 2,6 afirmaram que tiveram o procedimento negado sem explicação ou alternativa. Claro que o ideal é ter 100% dos beneficiários atendidos, mas os números indicam que o serviço está sendo bem feito – de acordo com a avaliação dos próprios beneficiários – e que não são feitas negativas de cobertura sem motivo. O que reforça a nossa percepção – e a de muitos especialistas que acompanham o setor – de que a judicialização da saúde tem ocorrido prioritariamente por pedidos que realmente não estão cobertos nem no Rol de Procedimentos da ANS nem no contrato com o plano de saúde. O que acaba por prejudicar o coletivo.

O IBOPE Inteligência ouviu 3,2 mil pessoas (1,6 mil beneficiários e 1,6 mil não beneficiários) em oito regiões metropolitanas do País (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre, Brasília e Manaus) entre abril e maio de 2019. A margem de erro da pesquisa é de 2 pontos percentuais (p.p.) para mais ou para menos e o nível de confiança é de 95%.

Continue acompanhando nosso blog para mais análises da [Pesquisa IESS/Ibope](#).

---

## ANS PRORROGA PRAZO DE ENVIO DE INFORMAÇÕES DA REDE DE PRESTADORES HOSPITALARES

ANS – 26/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou até o dia 30 de agosto deste ano o limite para envio das informações contratuais solicitadas às Rede de Prestadores Hospitalares, por meio do Ofício Circular nº 06/2019/GASNT. A nova data é improrrogável.

Orientações importantes:

- Para responder ao ofício as operadoras deverão informar todos os dados referentes aos contratos celebrados com os prestadores de serviços hospitalares.
- O resultado do processamento dos arquivos enviados pelas operadoras é disponibilizado no

Programa de Transmissão de Arquivos (PTA). Se a ANS constatar algum erro no envio das informações, a operadora deverá gerar um novo arquivo com as respectivas correções.

- Os arquivos enviados após o prazo final somente serão considerados pela agência para fins de cumprimento da obrigação, caso apresentem correções para os arquivos enviados antes desta data.

Confira [aqui](#) a íntegra do Ofício Circular nº 17, que prorroga o prazo de envio.

# CASSI APRESENTA NÚMEROS E ESCLARECIMENTOS SOBRE INTERVENÇÃO DA ANS

SPBancários – 26/07/2019

## **Para a Contraf-CUT, melhor solução é o entendimento entre o Banco do Brasil e os associados**

A Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil (Cassi) apresentou os números financeiros e esclarecimentos sobre o processo de intervenção da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a Confederação Nacional dos Trabalhadores do Ramo Financeiro (Contraf-CUT) e as demais entidades representativas dos funcionários do banco. A apresentação ocorreu na quarta-feira 24, na sede da Cassi, em Brasília.

No dia 22/07, foi publicado no Diário Oficial da União a decisão de instauração do regime de direção fiscal na Cassi, que é a primeira etapa do processo de intervenção. Com a medida, é nomeado um terceiro para tratar da questão do desequilíbrio financeiro na entidade.

Para a Contraf-CUT e a Comissão de Empresa dos Funcionários do Banco do Brasil (CEBB), a melhor solução é o entendimento entre o banco e os associados.

## **Dados apresentados**

Na reunião desta quarta-feira 24, foram apresentados os balancetes financeiros mais recentes e as curvas de evolução de diversos indicadores, entre eles o índice de solvência e de patrimônio líquido.

A diretoria da Cassi informou ainda sobre as medidas tomadas que, segundo eles, melhoraram o índice de eficiência, mas que ainda se mostram insuficientes para reverter o patrimônio líquido negativo ou uma melhoria significativa do índice de solvência.

Entre elas estão a melhoria em despesas administrativas e assistenciais, bem como o aumento da coparticipação e o congelamento de salários dos funcionários da Cassi.

Wagner Nascimento, coordenador da Comissão de Empresa dos Funcionários do BB e representante da Contraf-CUT nas negociações com o BB e a Cassi, ressaltou que é contra o aumento da coparticipação. “É uma medida que pune quem mais precisa e não resolve o problema financeiro da Cassi”, disse.

Para Nascimento, a melhoria dos números da Cassi é positiva, mas insuficiente para garantir a perenidade do plano. “Vamos continuar defendendo a Cassi para os funcionários e aposentados do Banco do Brasil, mas é preocupante, porque uma nova proposta, se negociada, terá que atender o que a ANS espera para a garantia do plano”, disse.

A diretoria da Cassi também prestou esclarecimentos sobre a direção fiscal e o escopo do trabalho da ANS dentro da Cassi até o momento.

A diretora fiscal nomeada fará análise dos dados contábeis da Cassi e analisará a eficiência das medidas de saneamento apresentadas pela diretoria da caixa de assistência, emitindo relatórios que serão analisados pelo colegiado da ANS.

O salário da diretoria fiscal é pago pela Cassi.

## **Reabertura das negociações com o BB**

A Contraf-CUT cobrou mais intensidade da diretoria da Cassi na cobrança ao Banco do Brasil para a reabertura do processo de negociação, pedido apoiado pelas demais entidades.

Wagner também pediu esclarecimentos sobre matéria veiculada no jornal O Estado de S.Paulo sobre possível venda da carteira da Cassi, lembrou que a entidade tem gestão paritária e seu estatuto prevê consultas ao corpo social para temas desta relevância.

A Cassi, no entanto, informou que, não havendo medida que garanta a sustentabilidade e a ANS entenda que a alienação da carteira ou a liquidação seja a medida administrativa a ser adotada, a mesma não passará por consulta aos associados. Para Wagner, é estranha a movimentação e interesse da imprensa e do mercado financeiro na intervenção da ANS.

“Precisamos conscientizar os associados de que a falta de proposta agrava a situação e a perda da Cassi por venda da carteira ou liquidação deixa de ser algo remoto. Por isso, continuaremos cobrando a reabertura das negociações com o Banco do Brasil”.

---

## HÁ UM MODELO DE PAGAMENTO IDEAL?

IESS – 26/07/2019

Fee-for-service (FFS). Se você estuda o setor de saúde ou acompanha o nosso blog, certamente já ouviu e leu bastante sobre o tema. E provavelmente, assim como nós, deve ter chegado à conclusão de que este modelo de remuneração de serviços de saúde – um dos mais comuns no mundo, se não o mais comum – oferece incentivos perversos para o setor, premiando o desperdício e a ineficiência.

Então, o que vamos falar agora pode até ser um choque, mas o modelo não é de todo negativo! Calma, não estamos defendendo que ele permaneça como o padrão para determinar a remuneração de todo o setor. Acreditamos firmemente que o FFS gera incentivos negativos, contribuindo para o aumento dos custos além de comprometer a sustentabilidade da saúde

suplementar. Usado como modelo único de remuneração, ele deixa uma lição bastante triste: o desperdício compensa.

Não é coincidência que três dos cinco países com inflação médica mais elevada no mundo utilizem o FFS como modelo de pagamento de serviços de saúde, como apontamos no estudo **“Fatores associados ao nível de gasto com saúde: a importância do modelo de pagamento hospitalar”**. O modelo, entretanto, tem suas vantagens.

Acreditamos que variadas formas de remuneração geram diferentes incentivos a depender do tipo de atenção à saúde no qual são aplicados. Por exemplo, o DRG (grupo de diagnóstico, em tradução livre), criado inicialmente como uma ferramenta para medir a utilização de recursos por equipes diferentes relativamente a um mesmo procedimento em um mesmo estabelecimento de saúde, foi adaptado como remuneração ao se estabelecer um valor fixo para o tratamento de cada condição de saúde determinada por um DRG. A partir daí, se os prestadores forem mais eficientes e conseguirem restaurar a saúde do paciente mais rapidamente do que o previsto, terão uma remuneração proporcionalmente maior. Se houve alguma falha e o paciente recebeu alta, mas teve que ser readmitido, o estabelecimento deve prestar o atendimento adequado sem, no entanto, receber acréscimos remuneratórios.

Por outro lado, há casos em que não é possível estipular um padrão de atendimento e precificar seu custo. Especialmente quando pensamos em eventos extremos, como tratamento de

traumas múltiplos causados por acidentes de automóveis; transplante de rins ou de coração, que podem ter circunstâncias muito diversas de um paciente para outro; ou tratamentos demandados pelo nascimento de bebês prematuros.

Para todos os casos em que não é possível trabalhar com previsibilidade e, portanto, não há uma noção real dos gastos que podem estar envolvidos, o DRG deixa de ser interessante. Claro, o FFS pode incentivar o desperdício também nesses casos. Além disso, há diversas outras formas como empacotamento, capitation etc.

Como equacionar a questão? O setor de saúde já procura essa resposta há pelo menos 30 anos. Em nossa opinião, não há modelo perfeito. Ao menos não um formato universal.

Da mesma forma que cada País tem suas peculiaridades, incentivamos que os diversos modelos de remuneração sejam combinados para chegar em um resultado que atenda as particularidades do mercado brasileiro.

O fundamental é garantir que os incentivos financeiros estejam alinhados aos interesses dos pacientes. O que tende a reduzir desperdícios e, conseqüentemente, possibilitar o atendimento de qualidade a mais pessoas com mais celeridade.

Se você tem um trabalho nessa linha ou mesmo discordando dela, não deixe de inscrevê-lo no **IX Prêmio IESS de Promoção Científica em Saúde Suplementar!**

---

## ANS LANÇA LIVRO COM ESTUDOS PREMIADOS EM CONCURSO DE MONOGRAFIAS

ANS – 25/07/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em parceria com a Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), lança a publicação “Conhecimento Científico e Regulação – Contribuições para a Saúde Suplementar”, que reúne 10 estudos premiados no “1º Prêmio ANS: Concurso de Monografias em Saúde Suplementar”.

Os estudos estão divididos em três áreas temáticas: Regulação Econômico-Financeira na Saúde Suplementar, Regulação Assistencial na Saúde Suplementar e Direito em Saúde Suplementar.

O prêmio teve por objetivo estimular a pesquisa e reforçar a importância da produção e disseminação de conhecimento no setor, reunindo trabalhos de reconhecida qualidade técnica e aplicabilidade na saúde suplementar.

Com a publicação do livro reunindo os estudos premiados, a ANS espera que o material sirva de subsídio para o

aprofundamento das análises técnicas e da tomada de decisão regulatória, estimulando o crescimento da produção científica no setor.

A primeira edição do Concurso de Monografias contou com a participação de 54 inscritos e 12 trabalhos foram premiados, sendo cinco de autoria de servidores da ANS.

“Compartilhar o conhecimento sobre a saúde suplementar é uma forma de democratizar o acesso às informações e contribuir para que novas análises e pesquisas sejam feitas. Essa publicação destaca o trabalho técnico que vem sendo desenvolvido nesse segmento. Que sirva de inspiração e colabore para o permanente aprimoramento do setor de planos de saúde”, disse o diretor-presidente da ANS, Leandro Fonseca.

[Saiba mais aqui](#) sobre o Prêmio e confira [aqui](#) a publicação.

## REAJUSTE PODE SER COMPARADO À INFLAÇÃO?

IESS – 24/07/2019

O teto do reajuste para planos individuais mal saiu e já tem gente o comparando ao Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no País. Contudo, queremos lembrar que essa não é uma análise adequada.

Isso porque o reajuste vem para equilibrar a variação de custos médico-hospitalares (VCMH) e, embora entendamos que a comparação entre VCMH e IPCA tem o propósito de avaliar as variações do peso dos planos de saúde nos orçamentos domésticos, é inadequada, uma vez que os indicadores são incomensuráveis.

Com o intuito de evitar que essa visão continue predominando, lançamos a “[Nota sobre a Variação dos Custos Médico-Hospitalares \(VCMH\)](#)”, que explica como é calculado o índice e aponta suas diferenças para os indicadores que medem a inflação no País, como o IPCA ou o Índice Geral de Preços (IGP), entre outros.

Para começar, o cálculo da inflação é feito a partir da aferição da variação dos preços de uma determinada cesta de itens. O que é importante, por exemplo, para detectar a flutuação de preços de combustíveis e alimentos. Na saúde, entretanto, mais do que a variação de preços de materiais (como gases, seringas etc.) ou procedimentos (como consultas, internações etc.), é fundamental aferir também a frequência de utilização dos serviços.

Isso porque a variação da despesa somente seria igual à dos preços (inflação) se não houvesse oscilação da frequência. O que não tende a acontecer.

Vale lembrar, mesmo com a redução de beneficiários nos últimos anos, temos visto um aumento expressivo de uso de serviços médicos. Entre 2017 e 2018, tivemos uma leve variação de 0,3%

no total de beneficiários, mas a quantidade de procedimentos realizados saltou 5,4%, chegando a 1,4 bilhão. Ao analisar períodos mais longos, o aumento é ainda mais claro: entre 2007 e 2018, por exemplo, a realização de exames avançou 26,4%; de consultas, 21%; e de terapias, 76,2%.

Há uma série de fatores que influenciam a frequência de uso desses serviços e que devem continuar a impulsionar a VCMH. Entre os principais, destacam-se o envelhecimento – que [abordamos aqui](#) – e a incorporação de novas tecnologias. Os desperdícios ainda pesam nos custos – [tratado aqui](#) – e a judicialização da saúde – [aqui](#).

O documento ainda reforça que a VCMH não pode ser comparada nem mesmo ao IPCA Saúde, componente do IPCA que mede a variação de preços de itens classificados como “saúde e cuidados pessoais” na cesta de serviços aferida pelo IBGE: materiais e medicamentos, exames laboratoriais, honorários médicos, taxas e diárias hospitalares, planos de saúde, produtos de higiene e limpeza etc. Isso porque esse índice, como todos os indicadores de inflação de preços, não considera a variação da frequência de utilização.

Vamos deixar mais claro: em um cenário em que as pessoas faziam 4 consultas ao custo de R\$ 100 cada no ano 1 e passaram a fazer 5 consultas ao custo de R\$90 cada no ano 2, o IPCA Saúde captaria uma deflação de 10%, enquanto a VCMH indicaria um avanço de 12,5%, resultante do gasto per capita ter subido de R\$400/ano para R\$ 450/ano.

Esperar que o setor passe a ter reajustes em linha com o IPCA ou qualquer indicador de inflação, sem considerar o peso da variação da frequência de uso, é uma receita que compromete a sustentabilidade econômico-financeira da saúde suplementar.

---

## "PRECISAMOS FALAR SOBRE OS PLANOS DE SAÚDE INDIVIDUAIS"

Fenasaúde – 24/07/2019

### **Confira o artigo do presidente da FenaSaúde publicado no O Estado de São Paulo**

Como pode um produto que tem alta demanda reprimida não ser comercializado em larga escala pelas empresas? Esse fenômeno acontece com os planos de saúde individuais no Brasil. Segundo pesquisa Ibope, o plano de saúde é o terceiro maior desejo do brasileiro, perdendo apenas para a educação e a casa própria. Nesse cenário, há uma realidade muito paradoxal: se o consumidor deseja, por que tantas operadoras deixaram de ofertar planos individuais? A resposta é simples, as operadoras de planos de saúde precisam ter garantias de que a carteira ou conjunto vendido de planos individuais permanecerá solvente e economicamente viável ao longo do tempo.

Caso contrário, perdem todos: as empresas, que ficarão insolventes e irão encerrar suas operações, e o consumidor, que ficará sem a proteção contratada. Em outras palavras, as regras impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) -- especialmente a política de reajuste -- inviabilizaram economicamente as carteiras de planos individuais, levando as operadoras a suspenderem as vendas e, em alguns casos, a alienar as carteiras existentes.

A estrutura de custo das operadoras é fortemente impactada pela inflação médica -- aumento das despesas com consultas e exames, elevação da frequência do uso do plano pelos beneficiários, compra de materiais e insumos cada vez mais caros, utilização intensa de tecnologia, aumento das despesas com internações e inclusão de novas coberturas, tratamentos e medicamentos no Rol de Procedimentos da

ANS (cobertura mínima obrigatória) a cada dois anos, entre outras.

Além disso, as empresas arcam com despesas administrativas e outras não previstas, como o gasto crescente com a chamada judicialização da saúde -- ações judiciais que a cada tempo obrigam as operadoras a assumirem despesas inesperadas em seus contratos. Inevitavelmente, o somatório do impacto nos custos dessas variáveis precisa ter a contrapartida no valor das mensalidades dos planos que os beneficiários pagam.

É preciso destacar que toda e qualquer atividade econômica requer regulação para coibir distorções prejudiciais a todas as partes envolvidas -- o fundamento econômico para qualquer regulação é a existência de falhas de mercado, típicas na Saúde Suplementar. O excesso de interferência governamental, no entanto, acaba inibindo o desenvolvimento do mercado.

Historicamente, já vimos que controle de preços e, no caso em questão, dos reajustes anuais não protege o consumidor, apesar da falsa sensação de segurança que traz no primeiro momento. Na verdade, políticas de controle de preços e reajustes acabam tirando conquistas do consumidor no curto, médio e longo prazo.

No Brasil, um bom exemplo é o desaparecimento do Banco Nacional de Habitação (BNH) e do Sistema Financeiro de Habitação (SFH) -- ambos criados pelo governo para viabilizar a aquisição da casa própria e, ao mesmo tempo, ajudar a fortalecer a indústria da construção civil.

Ao longo do tempo, no entanto, banco e programa sucumbiram ao excessivo controle de preços e às taxas de juros subsidiados que os sucessivos governos impuseram e que não asseguraram a sustentabilidade das iniciativas, que poderiam ter tido vida longa e ajudado milhões de brasileiros a ter seu imóvel.

O exemplo acima tem semelhança com o contexto que se observa no segmento de planos de saúde individuais e familiares. O fato é que a política de reajustes da ANS adotada até 2018 resultou em fortes desequilíbrios das carteiras existentes, e na inviabilidade econômica de novos produtos. Esse tipo de política de reajuste pode ter

ajudado no desaparecimento de mais de três centenas de operadoras nos últimos 11 anos, segundo dados do próprio órgão regulador, reduzindo a oferta e a concorrência no mercado. De acordo com cálculos da FenaSaúde, de 2008 a 2018 os reajustes autorizados pela ANS para os planos individuais totalizaram 155%. No entanto, as despesas assistenciais per capita atingiram 192% no mesmo período. A conta, portanto, não fecha!

A FenaSaúde tem defendido nos últimos anos a revisão das regras e da metodologia de reajustes adotada pela ANS. É fato que as propostas de mudanças da fórmula de reajuste apresentada pelo órgão regulador, em 2018, já indicaram avanços importantes, mas é preciso mais. A nova fórmula ainda é única para todos os planos individuais que são comercializados Brasil a fora.

Para a FenaSaúde, criar uma única regra que estabelece os mesmos percentuais de reajuste para todos os planos individuais e familiares, oferecidos por operadoras dos mais diversos portes, nas mais diversas regiões do Brasil, acaba por alimentar as distorções que persistem no sistema de saúde privado.

A FenaSaúde entende que, no caso dos reajustes de planos individuais, é preciso considerar as particularidades de cada região do Brasil assim como dos produtos comercializados e suas características específicas de redes credenciadas, desenho de plano, amplitude geográfica etc. Somente com regras que permitam a manutenção do equilíbrio atuarial e a viabilidade econômica das carteiras de planos individuais, as operadoras voltarão a comercializar tais planos.

Não existe mágica e nem almoço grátis nesse segmento de planos individuais. A regulação excessiva -- incluindo a metodologia que limita os reajustes -- não gera valor para ninguém. É preciso deixar que o mercado encontre o melhor caminho para criar produtos que sejam viáveis tecnicamente, que atendam a demanda por planos individuais e, principalmente, que tenham preços que "caibam no bolso" dos consumidores.

Finalmente, que os bons ventos liberais, que surgiram nos últimos meses, soprem também na direção do setor de Saúde Suplementar.

---

**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.