

**10 de Janeiro de 2018**

## **PLANOS DE SAÚDE: MODELO DE REAJUSTE SERÁ DEBATIDO EM EVENTO DA FENASAÚDE**

**FenaSaúde –08/01/2018**

Workshop de Análise de Impacto Regulatório acontecerá no dia 26, no Rio de Janeiro

A política de controle do reajuste dos planos de saúde será tema do segundo Workshop de Análise do Impacto Regulatório, no dia 26 de janeiro (sexta-feira), no Rio de Janeiro. Organizado pela Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), o evento reunirá representantes do setor, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e da área acadêmica. As inscrições já foram encerradas, mas você pode acompanhar o evento ao vivo. Saiba como acessando a [área de eventos da CNseg](#).

Em um cenário de inflação geral baixa e de custos assistenciais elevados e crescente, o Workshop de Análise do Impacto Regulatório busca apontar caminhos. Dentre eles, está um novo modelo de reajuste dos planos de saúde, que considere a real evolução dos custos da saúde.

O resultado efetivo da política de reajuste dos últimos anos foi a diminuição da oferta de planos individuais no mercado. “O reajuste definido pela ANS não cobre os custos, que são crescentes. Historicamente, já nos certificamos que o controle de preços não é a

solução. No caso da Saúde Suplementar, essa prática não está ajudando a reduzir a variação dos custos médico-hospitalares, o que seria importante para permitir a ampliação do acesso da população ao serviço”, explica Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da FenaSaúde.

A executiva alerta que uma nova política de reajuste dos planos de saúde precisa ser equilibrada para todos: pessoas e empresas contratantes do serviço, prestadores de serviço e operadoras. “É preciso que o preço caiba no orçamento das empresas empregadoras e dos consumidores, ou seja, isso requer custos menores e não uma política de autorização de reajuste irreal, que limita a oferta de planos no mercado. Atualmente, o preço tornou-se uma barreira de acesso para os consumidores, e não por culpa das operadoras”, afirma.

Na programação do evento haverá uma palestra inicial sobre a ‘Estrutura do Mercado de Saúde Suplementar: Regulamentação e Concorrência’. Em seguida, será formado o painel ‘Fundamentos e Efeitos do Controle de Reajustes dos Planos Individuais’, com o respectivo debate. Por fim, irá se constituir o painel ‘Alternativas e propostas para um novo modelo de reajuste’, com espaço também para debate. Para saber mais detalhes, [clique aqui](#).

Na primeira edição do workshop, foram debatidos temas como os custos de regulação e desafios regulatórios no Brasil, e a nova lei das Agências. A FenaSaúde é a entidade referência em estudos da regulação e seus impactos.

## **PLANOS DE SAÚDE SEGUEM BEM AVALIADOS**

**IESS –08/01/2018**

Pesquisa da Interfarma e Instituto DataPoder360 confirmam resultados da pesquisa IESS/Ibope que indicam satisfação com planos de saúde

O brasileiro continua satisfeito com os planos de saúde. Segundo dados da pesquisa “Saúde no Brasil”, encomendada pela Associação da Indústria Farmacêutica de Pesquisa (Interfarma) ao Instituto DataPoder360, 56% dos entrevistados avaliam os planos como positivo ou regular, apenas 18% avaliam os planos negativamente e 26% não responderam ou souberam opinar.

Os dados da “Saúde no Brasil” vão ao encontro da pesquisa realizada em 2017 pelo IBOPE Inteligência a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) que revelou que 80% dos brasileiros que possuem plano de saúde estão “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” com seus planos. “Mesmo com as diferenças metodológicas, o sistema de saúde suplementar segue bem avaliado pela maioria dos beneficiários. Os números da pesquisa encomendada pela Interfarma confirmam que os planos de saúde são um elemento-chave na estrutura da saúde do Brasil”, aponta Luiz Augusto Carneiro, superintendente executivo do IESS.

O levantamento também detectou que o plano de saúde é altamente desejado pelos brasileiros que não contam com esse benefício. “Esse

é o terceiro bem mais desejado pelos não beneficiários, atrás apenas de educação e casa própria”, continua Carneiro. Importante lembrar que a pesquisa IESS/Ibope de 2017 apresentou um avanço de 5 pontos percentuais (p.p.) na avaliação dos planos de saúde em relação à pesquisa anterior, realizada em 2015.

A pesquisa da Interfarma também contemplou outros dados sobre a assistência. Por exemplo, os hospitais lideram as críticas negativas com 39% de reprovação. Médicos e profissionais da saúde foram reprovados por 10% dos entrevistados e as farmácias por 9%. A pesquisa foi realizada pelo DataPoder360 por telefone no mês de outubro de 2017, com 4.133 moradores de 178 municípios brasileiros e possui margem de erro de 2,6 pontos percentuais, para mais ou para menos.

Já a pesquisa IESS/Ibope apontou que o plano de saúde é o benefício mais valorizado pelos brasileiros que contam com este serviço. O levantamento destacou que o plano de saúde é um fator decisivo também na hora de aceitar um emprego. Para 95% dos entrevistados, a oferta desse benefício é considerada “importante” (16%) ou “muito importante” (79%) para decidir entre um trabalho ou outro.

O levantamento do Ibope constatou, ainda, que 82% dos beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares afirmam que recomendariam (“com certeza” ou “provavelmente”) para um amigo ou parente o plano que possuem, um crescimento de 3 p.p. ante à pesquisa anterior; e 87% declaram a intenção de (“com certeza” ou “provavelmente”) manter o plano atual, alta de 1 p.p. sobre os resultados de 2015.

## OS PLANOS DE SAÚDE NÃO SÃO O DIABO

O Estado de S. Paulo –08/01/2018

Os planos privados respondem por mais de 60% dos recursos investidos em saúde

Tem gente que sataniza os planos de saúde privados colocando neles a culpa por todas as mazelas do sistema de saúde nacional. Das filas no SUS aos desempregados que perderam seus planos, as operadoras dos planos de saúde privados, para eles, são os vilões da história porque querem ganhar dinheiro com saúde, o que seria um crime.

Minha primeira reticência começa aí. Que profissional que trabalha com saúde não ganha dinheiro exercendo sua profissão? Indo além, será que o melhor dos mundos não seria as Santas Casas serem superavitárias? Se o fossem, não dependeriam do SUS para exercer a misericórdia e oferecer atendimento digno aos milhões de brasileiros que dependem delas.

Não tenho procuração para defender os planos de saúde privados e concordo que as diferenças entre eles são grandes e que uns operam melhor do que outros. O que não quer dizer que sejam todos bandidos ou responsáveis pelas mazelas que condenam milhões de pessoas a um atendimento chinfrim porque o governo não tem mais dinheiro para investir em saúde.

Os planos de saúde privados não são heróis. Não é essa sua função. O que eles prometem e na maioria das vezes entregam é o cumprimento de seus contratos, arcando direta ou indiretamente com os custos dos procedimentos médico-hospitalares de seus consumidores, desde que estejam cobertos.

Mas se os planos de saúde privados não são heróis, também não são demônios, nem estão aí para assombrar a vida de quem tem um problema de saúde e necessita deles. Na imensa maioria das vezes, os clientes são atendidos dentro de rotinas operacionais fáceis e sem nenhuma complicação, bastando a apresentação da carteira do plano para a realização de uma série de procedimentos.

Existem situações em que o segurado é obrigado a solicitar a autorização prévia para a realização dos procedimentos indicados, mas mesmo estas autorizações normalmente são dadas de forma

rápida, sem maiores burocracias. O exemplo da judicialização crescente do tema não é argumento válido para mostrar a má-fé ou a intenção da operadora do plano em não atender o cliente. É evidente que as operadoras não são iguais e isso pode levar a diferenças importantes nos serviços prestados, variando bastante de plano para plano.

É verdade que a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está buscando soluções viáveis para permitir que os segurados de operadoras sem escala ou condições mínimas para atendê-los dentro dos requisitos exigidos possam migrar para outras operadoras capazes de garantir-lhes o atendimento para o qual pagam. Um grande número de operadoras pequenas não tem condição de fazer frente ao quadro e a única solução é sua saída do mercado, seja pela interrupção das atividades, seja porque é absorvida por outra empresa maior e mais capitalizada.

Esta situação é consequência da Lei dos Planos de Saúde, que impede o surgimento de produtos mais afinados com a realidade.

Além disso, a crise por que o Brasil passa afastou milhões de pessoas dos planos de saúde privados. O impacto da perda de receita fragilizou mais de uma operadora, pela perda de escala, para fazer frente aos seus compromissos. Simplesmente suas despesas passaram a ser maiores do que suas receitas e ninguém consegue viver muito tempo gastando mais do que ganha.

A importância da contribuição das operadoras de planos de saúde pode ser aferida pelo número impressionante de 1,5 bilhão de procedimentos autorizados anualmente. Não só porque significam bilhões de reais pagos aos prestadores de serviços, mas porque praticamente desoneram o SUS do atendimento de 50 milhões de brasileiros que integram o sistema.

Com a retomada do crescimento, alguns milhões de pessoas devem voltar a ser clientes dos planos de saúde privados. É bom, mas é pouco para melhorar o atendimento médico-hospitalar. Os planos privados respondem por mais de 60% dos recursos investidos em saúde. Uma legislação com menos ideologia e mais pragmatismo poderia permitir que mais gente fosse atendida por eles.

ANTONIO PENTEADO MENDONÇA É SÓCIO DE PENTEADO MENDONÇA E CHAR ADVOCACIA E SECRETÁRIO GERAL DA ACADEMIA PAULISTA DE LETRAS.

## DIVULGAMOS A 21ª EDIÇÃO DO BOLETIM CIENTÍFICO IESS

IESS (Blog) –05/01/2018

Está no ar a [21ª edição do Boletim Científico IESS](#), publicação que reúne informações das principais revistas científicas do Brasil e do mundo nas áreas de saúde, tecnologia, economia e gestão. Voltada a pesquisadores, acadêmicos e gestores, a nova edição traz os principais estudos científicos publicados no quinto bimestre de 2017.

O [boletim](#) traz informações, orientações e fornece subsídios para auxiliar pesquisadores e gestores da saúde suplementar na tomada de decisão. A nova edição apresenta estudos de caso, trabalhos

sobre recursos hospitalares, detecção de câncer de mama, automedicação e outros temas.

Entre os destaques desta edição estão os estudos “Efeito de ter um seguro de saúde privado sobre o uso de serviços de saúde: o caso da Espanha”, que repercute também a crise econômica no país europeu, na seção de Economia&Gestão; em Saúde&Tecnologia, o trabalho “A influência da atividade física e o comportamento sedentário na qualidade de vida relacionada à Saúde entre a população geral de Crianças e adolescentes: uma revisão sistemática” relaciona os hábitos de vida com a incidência de doenças crônicas.

Continue acompanhando a nossas publicações aqui no blog. Em breve, analisaremos os trabalhos desta [edição](#).

## **SEGURO DE SAÚDE DEVE TER A MAIOR ALTA NO NÚMERO DE VIDAS EM 4 ANOS**

Folha de S. Paulo –05/01/2018

Os planos de saúde devem terminar o ano com meio milhão de vidas a mais em carteira, projeta a consultoria TCP Latam. É um aumento de 1% em relação ao número atual de atendidos.

O desempenho dependerá do emprego formal, ainda o principal impulsionador desse mercado, lembra Ricardo Jacomassi, diretor da consultoria. "A correlação dessas variáveis é forte, mas tende a se enfraquecer."

Contratantes passarão a negociar a oferta de plano a cada contrato de trabalho, e não como um benefício a todos. O regime intermitente fará com que o seguro seja mais incomum, afirma ele.

O impacto, seja qual for, não virá no curto prazo, afirma, em nota, a Fenasaúde.

Já se percebe a oferta de planos segmentados, como só para internação, diz Charles Lopes, professor da Escola Nacional de Seguros. "O produto completo é caro. Muitas empresas criam alternativas com atendimento mais restrito."

Outra novidade é um tempo mínimo de emprego, geralmente um ano, antes que o trabalhador passe a ter seguro, segundo Irlau Machado Filho, presidente da NotreDame Intermédica.

A empresa atende 3,5 milhões de pessoas, na soma de planos médicos e odontológicos, e a meta é crescer 15%.

"Se o desemprego permanecer em torno de 12% será um alívio. Nós já crescemos dentro do nosso nicho nos últimos anos", afirma.

O grupo fez cinco aquisições de empresas hospitalares no ano passado, e a ideia é seguir com essa política, segundo o executivo.

## **MERCADO DE SAÚDE SUPLEMENTAR ACOMPANHA RETRAÇÃO DO TOTAL DE EMPREGOS FORMAIS NO BRASIL**

IESS (Blog) –04/01/2018

O total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares recuou 1,1% nos 12 meses encerrados em novembro de 2017, encerrando o período com 47,3 milhões de vínculos de acordo com a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), que acabamos de divulgar. Os números foram fortemente influenciados pela redução de postos de trabalho formal em novembro: saldo negativo de 12,3 mil de acordo com dados do Ministério do Trabalho. No período de 12 meses, foram encerrados 178,5 mil empregos formais.

Com a perda de mais de três milhões de beneficiários nos últimos anos, o setor de saúde suplementar deve demorar a se recuperar, e esse movimento só terá início com a retomada do crescimento de empregos com carteira assinada, especialmente nos grandes centros urbanos. Contudo, em novembro do ano passado, os planos coletivos empresariais (contratados pelas empresas) representavam 66,8% do total de vínculos médico-hospitalares no País.

Apesar dos resultados negativos, a última NAB aponta que o Sul do País viu o total de vínculos com planos médico-hospitalares ter uma leve variação positiva de 0,2%, com aumento de 13,8 mil beneficiários nos 12 meses encerrados em novembro de 2017. No mesmo período, a região registrou aumento de 15,2 mil postos de trabalho formal, com destaque para contratações nos setores de comércio e serviços. O que comprova a relevância da geração de postos formais para o reaquecimento do mercado de saúde suplementar.

Nos próximos dias iremos analisar os demais números da NAB. Acompanhe.

## **TJ-SP OBRIGA PLANO DE SAÚDE A PAGAR REMÉDIO FORA DA LISTA DA ANVISA**

Consultor Jurídico –03/01/2018

Por entender que há risco à vida de um homem com câncer de estômago, o desembargador José Luiz Mônaco da Silva, do Tribunal de Justiça de São Paulo, obrigou, liminarmente, um plano de saúde a custear remédio não previsto na lista da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) pelos próximos 90 dias. Na decisão, que reformou cautelar de primeiro grau, o magistrado estipulou multa diária de R\$ 1 mil em caso de descumprimento.

"O estado situação de saúde do agravante é tão grave que está internado na UTI [...] Assim, presentes os requisitos legais, notadamente a probabilidade do direito invocado, defiro os efeitos da tutela recursal pleiteada para que a ré, em 5 dias, custeie o tratamento prescrito com o medicamento 'Keytruda'", disse o desembargador na liminar.

O homem moveu a ação contra o plano depois de ser diagnosticado com câncer de estômago, em 2015. Por conta do rápido desenvolvimento da doença, o médico que o atende lhe receitou o medicamento Keytruda, que não é previsto na lista da Anvisa, mas já é usado em estudos no exterior.

O plano de saúde se negou a custear o tratamento alegando que seria preciso o aval de uma junta médica. Mas esse procedimento também não é coberto pelo convênio. Segundo o advogado do autor da ação, Simon Zveiter, o paciente não tem condições de arcar esse tipo de consulta colegiada, porque tem pago do próprio bolso o medicamento, que custa R\$ 20 mil a dose — que deve ser administrada a cada três semanas.

Na sentença, o juízo da 8ª Vara Cível de São Paulo negou o pedido do autor justamente pela falta de previsão do medicamento na lista da Anvisa: "Indefiro a tutela, posto que o medicamento indicado pelo médico não é reconhecido pela Anvisa, sendo descabida o custeio de medicamento cuja comercialização pende de autorização".

Home care

Depois de conseguir o custeamento do remédio, o paciente obteve autorização médica para continuar o tratamento em casa, pois está debilitado e há risco de infecção hospitalar. Até o momento o plano de saúde não respondeu à solicitação de custeio do chamado "home care".

"A ré claramente não tem interesse no cuidado de seus beneficiários, o autor teve alta, mas com atendimento de homecare, face a situação extremamente delicada, ocorre que faz quase uma semana que tal pedido fora realizado e até a presente data não fora liberado diversos pedidos foram feitos", afirmou Zveiter no aditamento apresentado ao juízo.

Jurisprudência definida

Há inúmeras decisões permitindo o custeio de remédios fora da lista da Anvisa por planos de saúde. Uma delas, do Superior Tribunal de Justiça, [proferida em 2016](#), determina que o plano de saúde, mesmo havendo cláusula contratual limitando o direito do consumidor, não pode excluir do custeio medicamento prescrito por médico responsável pelo tratamento do beneficiário.

Segundo o STJ, a abusividade dessa conduta existe mesmo que o tratamento seja ministrado em ambiente domiciliar. "Se o contrato prevê a cobertura de determinada doença, é abusiva a cláusula que exclui o tratamento, medicamento ou procedimentos necessários à preservação ou recuperação da saúde ou da vida do contratante", disse o relator do caso, ministro Marco Aurélio Bellizze, relator do caso.

Em 2015, o TJ-SP fez uso de entendimento similar para [definir](#) que é conduta abusiva do plano de saúde negar o fornecimento de medicamentos para tratamento de quimioterapia prescritos por médico. [Em outra decisão](#), também do tribunal paulista, mas de 2014, foi determinado que o convênio médico que assume a obrigação de prestar assistência à saúde de um cliente deve fornecer o remédio, mesmo que o Ministério da Saúde proíba o fornecimento de medicamentos sem registro na Anvisa.

Em [sentença](#) de 2013, proferida pelo juiz Daniel Ovalle da Silva Souza, que ocupava à época a titularidade da 8ª Vara Cível do Fórum Central de São Paulo (mesma que analisa o caso noticiado), definiu que o plano de saúde não pode se negar a pagar por medicamentos, estejam eles previstos ou não no rol da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

"Em sede de direitos do consumidor e de contratos de adesão, a interpretação das cláusulas deve ser feita de modo mais favorável ao consumidor, sem prejuízo, ainda, do uso do princípio da razoabilidade. Assim, havendo previsão no contrato de que serão prestados aos usuários do plano serviços médicos, auxiliares e hospitalares, além de tratamentos na medida em que sejam necessários para o controle da evolução da doença e elucidação diagnóstica (artigo 12, inciso II, alínea d, da Lei nº 9.656/98), temos que a utilização do medicamento Lucentis não pode ser obstada", disse o juiz em sua decisão.

## 18 NOVOS PROCEDIMENTOS JÁ ESTÃO SENDO OFERECIDOS PELOS PLANOS DE SAÚDE, MAS INCORPORAÇÕES DEVERÃO AUMENTAR CUSTOS ASSISTENCIAIS

FenaSaúde –03/01/2018

FenaSaúde defende que introdução de novos procedimentos e tecnologias considere a relação custo/eficácia clínica comprovada

As associadas da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) e seus prestadores de serviços assistenciais estão preparados para a renovação desta edição do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), onde foram incorporados 18 novos procedimentos – entre exames, terapias e cirurgias que atendem diferentes especialidades – e a ampliação de cobertura para outros sete procedimentos, incluindo medicamentos orais contra o câncer. Pela primeira vez, foi incorporado um medicamento para tratamento da esclerose múltipla. "As inclusões têm impacto financeiro importante, uma vez que são procedimentos que possuem, individualmente, um custo de alto valor, e isso já fora preliminarmente estimado pela FenaSaúde. No entanto, o real impacto financeiro no custo assistencial dessas incorporações ao Rol precisará ser avaliado ao longo do tempo, passado – no mínimo – um ano ou mais de sua implementação", declarou Solange Beatriz Palheiro Mendes, presidente da Federação.

Com objetivo de colocar em discussão e fornecer subsídios ao debate sobre o peso das incorporações de tecnologias nos orçamentos das famílias e empresas contratantes de planos de saúde, a FenaSaúde elaborou o estudo 'Estimativas de Custo e Impacto de Tecnologias na Despesa Assistencial', que analisou 16 das 26 novas tecnologias (medicamentos, terapias e exames) propostas para a incorporação,

antes da definição da nova lista para 2018. A partir dos dados disponibilizados de custo e prevalência, o resultado mostrou que, caso incluídas, o custo adicional poderia ser de R\$ 5,4 bilhões, o equivalente a aproximadamente 4% do total das despesas assistenciais em 2016. Vale frisar que não se trata de uma Análise de Custo-Efetividade ou de Análise de Impacto Orçamentário, que são análises científicas e mais complexas.

A atualização do Rol da Saúde Suplementar é um mecanismo periódico do mercado, feito a cada dois anos – processo conduzido pela ANS e aberto à participação de toda a sociedade. "A FenaSaúde defende que a incorporação de novos procedimentos e tecnologias considere fatores como a relação custo/eficácia clínica comprovada, além da realização de estudos preliminares de impacto. No setor público, a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (Conitec) avalia as demandas de incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)", esclareceu a presidente da FenaSaúde.

Em 2017, o Rol para cobertura mínima obrigatória já contemplava 91% da lista de procedimentos aprovados pela Associação Médica Brasileira (AMB). Vale lembrar que os procedimentos estéticos e experimentais não são cobertos pelos planos de saúde.

Incorporações na lista do Rol

Na última terça-feira (02), entrou em vigor a resolução normativa da ANS sobre o Rol 2018.

Confira as Principais Incorporações

Câncer

8 medicamentos orais para tratamento de cânceres – pulmão, melanoma, próstata, tumores neuroendócrinos, mielofibrose e leucemia (afatinibe, crizotinibe, dabrafenibe, enzalutamida, everolimo, ruxolitinibe, ibrutinibe e tramatinibe);

1 exame PET-CT para diagnóstico de tumores neuroendócrinos.



#### Esclerose Múltipla

Medicamento imunobiológico para tratamento de esclerose múltipla (natalizumabe).

#### Olhos

Quimioterapia com antiangiogênico e tomografia de coerência óptica para tratamento do edema macular secundário, retinopatia diabética, oclusão de veia central da retina e oclusão de ramo de veia central da retina;

Radiação para tratamento do ceratocone.

#### Mulheres

Cirurgia laparoscópica de câncer de ovário (debulking);

Cirurgia laparoscópica para restaurar o suporte pélvico (prolapso de cúpula vaginal);

Cirurgia laparoscópica para desobstrução das tubas uterinas;

Cirurgia laparoscópica para restaurar a permeabilidade das tubas uterinas.

#### Crianças

Endoscopia para tratamento do refluxo vesicoureteral, doença relacionada a infecções urinárias;

Terapia imunoprolifática contra o vírus sincicial respiratório (palivizumabe).

## A VISÃO DAS OPERADORAS DOS PLANOS DE SAÚDE

IESS (Blog) –03/01/2018

No nosso último [texto](#) sobre o papel regulador da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), falamos sobre como a entidade disponibilizou mecanismos para auxiliar cada vez mais o usuário do plano de saúde. Com isso, a agência atingiu seus índices mais elevados na resolução dos processos e ainda conseguiu ampliar sua arrecadação.

No entanto, [estudo](#) desenvolvido pelo Grupo de Economia da Infraestrutura e Soluções Ambientais da FGV aponta que, na visão das operadoras, ainda há muito o que se fazer para aprimorar as normas e os processos de fiscalização dos planos de saúde no Brasil.

Como já dissemos, um dos problemas mais latentes é a “presunção de culpa da operadora”, como aponta o estudo, que renuncia ao seu direito à defesa, assumindo a responsabilidade efetiva do auto de

infração, já que o mecanismo da agência reguladora oferece desconto no pagamento imediato do auto.

Os especialistas consultados afirmam que o elevado nível de intervenção e as medidas adotadas pelo órgão regulador acaba por onerar o setor como um todo. Segundo eles, os critérios estabelecidos estão sujeitos a interpretação dos fiscais de saúde com legislação pouco clara, o que gera incerteza nas operadoras e afeta diretamente nos investimentos, nas tomadas de decisão e, naturalmente, na melhoria e expansão do serviço oferecido.

Por mais que a Notificação de Intermediação Preliminar (NIP) seja uma medida que busca agilizar os processos em benefício do usuário dos serviços, o dispositivo também estimula a análise superficial dos processos. Portanto, houve aumento nas despesas das operadoras com multas e custos dos processos, reduzindo as margens das empresas que já vinham sofrendo baixas com as sequentes quedas da base de segurados.

No entanto, há alternativas que podem ser colocadas em prática para garantir a sustentabilidade do setor. Não perca nosso próximo texto!

## SUSTENTABILIDADE DO SETOR DE SAÚDE É PREOCUPAÇÃO EM TODO MUNDO

FenaSaúde –03/01/2018

Na Austrália, o número de apólices com exclusões ou co-pagamentos aumentou nos últimos anos

Um Comitê do Senado australiano publicou recentemente um relatório que apurou a acessibilidade e o valor do seguro de saúde privado. O número de apólices com exclusões ou co-pagamentos aumentou drasticamente nos últimos anos, segundo esse relatório.

De acordo com dados da Australian Prudential Regulation Authority (APRA), o número de pessoas cobertas por apólices de exclusão aumentou de 7% em junho de 2007 para 40% em 2017.

O comitê do Senado recomendou ao Ministro da Saúde, Greg Hunt, exigir que as seguradoras de saúde privadas publiquem todos os descontos por apólice e número de itens e que instrua o departamento de saúde a divulgar as tarifas dos cirurgiões individuais em uma base de dados de pesquisa.

Também deve haver maior transparência em torno das comissões do setor privado de seguros de saúde que são recebidas por intermediários que vendem seguro de saúde em nome de organizações privadas de seguro de saúde, concluiu o comitê. Ele também solicitou ao governo da Commonwealth que altere a legislação para exigir que todas as seguradoras de saúde privadas divulguem a remuneração dos executivos e outros custos administrativos.

A diretora executiva da Australian Association of Health Care and Hospitals, Alison Verhoeven, disse que as recomendações eram “sensatas” e deveriam ser implementadas.

“Fez recomendações de grande alcance com o objetivo de melhorar o valor, a transparência relacionada aos custos para o bolso, a clareza de informações para os consumidores e a escolha dos prestadores de serviços”, afirmou ela.

A diretora executiva do Consumers Health Forum, Leanne Wells, disse que estava de acordo com as conclusões do relatório de que o governo deveria considerar estender a cobertura privada em algumas circunstâncias para serviços fora do hospital. Mas ela disse que isso deveria ser feito apenas com a condição de que a universalidade do Medicare não fosse prejudicada e os custos não inflacionem.

"Nós apoiamos firmemente muitas das recomendações do comitê neste relatório inovador que reconhece que o sistema deve atender

às necessidades do consumidor, aqueles que pagam as apólices de seguro de saúde e não o contrário", afirmou.

---

**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.

Milliman

Av. Nilo Peçanha, 50 Sala 601 Centro  
Rio de Janeiro, RJ 20020-906 Brasil

Tel.: +55 21 22106313

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