

ÍNDICE INTERATIVO

[Analisamos a contratação de planos nos últimos 10 anos](#) - Fonte: IESS

[Dilema dos planos de saúde: seguir a lei do setor ou o código do consumidor?](#) - Fonte: Conjur

[A expansão de 16,3% da saúde privada e os modelos de remuneração baseada em valor e compartilhamento de riscos](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS apresenta análises sobre diálogos da agenda regulatória](#) - Fonte: ANS

[Brasileiro está mais preocupado com saúde bucal](#) - Fonte: IESS

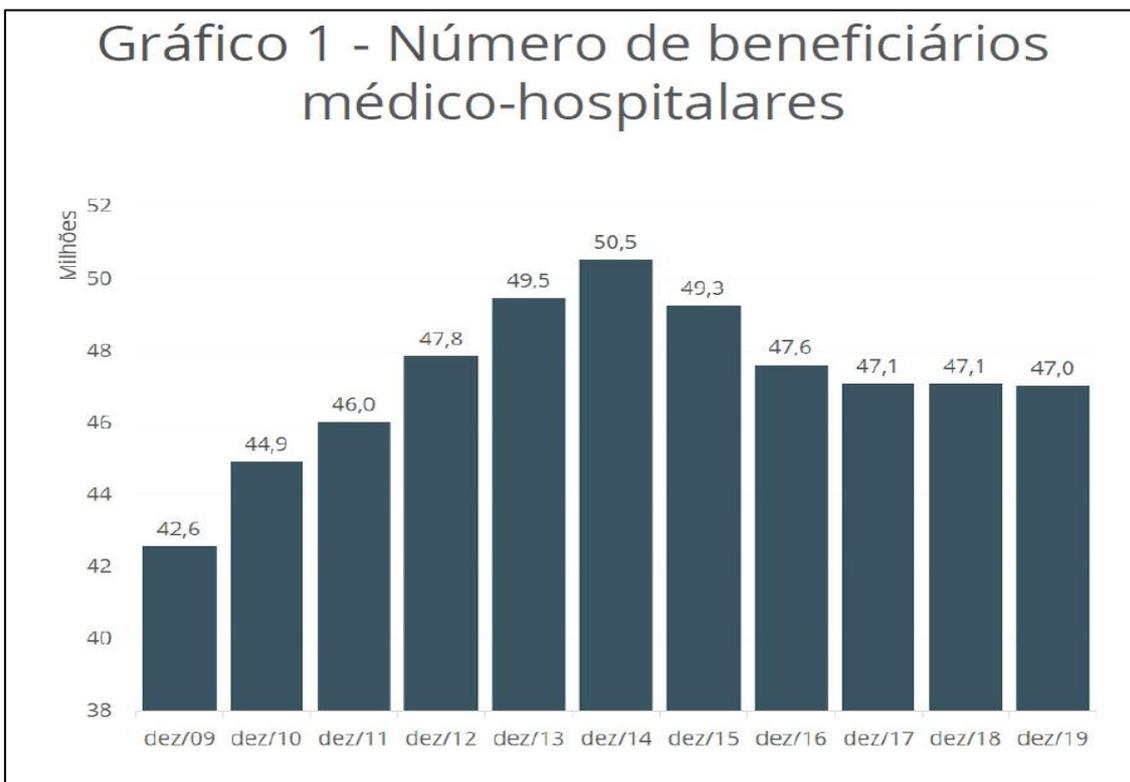
[Boletim econômico da fehoesp aponta crescimento da saúde privada no Brasil](#) - Fonte: FEHOESP

ANALISAMOS A CONTRATAÇÃO DE PLANOS NOS ÚLTIMOS 10 ANOS

IESS – 18/02/2020

Desde 2009 é possível detectar dois momentos bastante distintos no mercado de planos de saúde médico-hospitalares, assim como acontece em boa parte da economia nacional e marcadamente na geração de postos de trabalhos com carteira assinada.

A [análise especial](#) da última [edição](#) da NAB mostra que a contratação de planos de assistência médica cresceu 18,5% entre 2009 e 2014, chegando a marca histórica de 50,5 milhões de beneficiários. Contudo, com a crise econômica, o País registrou o rompimento de 3,5 milhões de vínculos de 2015 a dezembro de 2019. Queda de 6,9%. Como mostra o gráfico abaixo.

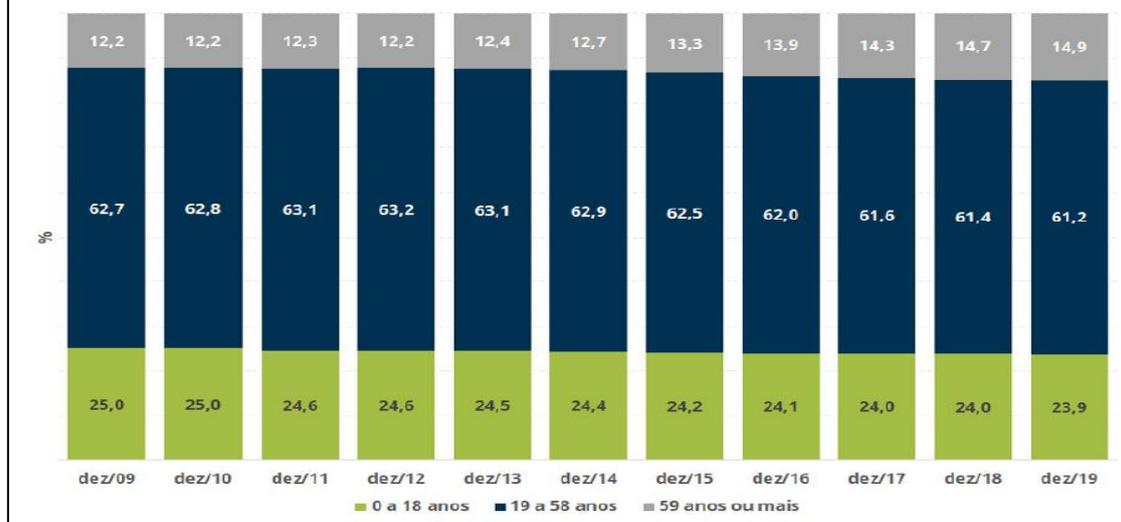


Fonte: SIB/ANS/MS - 12/2019. Elaborado pelo IESS em 10/02/2020

Os beneficiários com idade entre 19 anos e 58 anos respondem pela maior parcela de vínculos em todos os anos analisados. Contudo, desde 2014, sua representatividade vem caindo consequentemente, passando de 63,1% em dezembro de 2013 para 61,2% no mesmo mês de 2019. O movimento também foi notado na faixa etária de até 18 anos, que passou de 24,5% dos vínculos para 23,9% no mesmo período.

A proporção de idosos, por outro lado, está crescendo. Esse grupo respondia por 12,2% dos beneficiários no término de 2009; 12,4% no fim de 2013; e, 14,9% no encerramento do ano passado. Como pode ser visto no gráfico a seguir.

Gráfico 2 - Proporção de beneficiários médico-hospitalares segundo faixa etária



A análise ainda mostra a variação das taxas de cobertura por faixa etária, região metropolitana, interior e capitais, além de números

por tipo de contratação e modalidade da operadora. [Confira a íntegra.](#)

DILEMA DOS PLANOS DE SAÚDE: SEGUIR A LEI DO SETOR OU O CÓDIGO DO CONSUMIDOR?

Conjur – 18/02/2020

Ultimamente se observa que alguns julgamentos da Justiça brasileira têm sido realizados de modo mais favorável para o consumidor quando o assunto é plano de saúde. Só que esta postura do Judiciário presume uma prestação de saúde ilimitada para os cidadãos, quando tal atividade é de responsabilidade do governo, como previsto na Constituição Federal. É que o plano de saúde advém de contrato particular em que as partes concordam com seus termos, já que há uma rede de hospitais que podem atender os tratamentos médicos, bem como medicamentos e materiais previstos.

O atual cenário econômico do país faz com que o debate sobre as decisões judiciais acerca das discussões que tratam dos planos de saúde se desenvolva, de modo que se envolvam não só os juízes, mas os advogados dos consumidores e das operadoras de saúde. É preciso, e se faz necessário, esclarecer para a população que as negativas de cobertura são realizadas com o respaldo da lei que rege os planos, Lei 9.656/1998, e do regulamento da Agência Nacional de Saúde Suplementar, a ANS.

É válido esclarecer que o prejuízo daquele que oferece o serviço é o prejuízo de quem o utiliza. A empresa que opera o plano, ao ser obrigada a cobrir procedimentos médicos e medicamentos de alto custo, que não estão previstos no contrato, fará com que o consumidor, alguns meses ou anos

depois, arque com essas despesas, que certamente trarão reajustes em suas mensalidades para auxiliarem a manter a quantidade e qualidade dos serviços realizados.

Segundo [dados da ANS](#), há aproximadamente 47 milhões de beneficiários, atendidos por 740 operadoras. As receitas, em 2018, giraram em torno de R\$ 195 milhões, enquanto as despesas ficaram em R\$ 161 milhões. De acordo com o [Conselho Nacional de Justiça](#), os planos de saúde possuem o mais alto índice de processos no Judiciário. Nos últimos dez anos, aumentou em 130% a quantidade de ações judiciais na área. É uma taxa de crescimento duas vezes maior que processos da rede pública.

O Poder Judiciário atua neste cenário complexo e bastante regulamentado. É óbvio que os juízes conhecem a matéria e se debruçam constantemente sobre o assunto. Mas não se vê na explicação das decisões o motivo pelo qual a lei dos planos de saúde não deve ser aplicada ou mesmo o regulamento da ANS, prevalecendo o Código de Defesa do Consumidor como um “super código”, havendo ainda respaldo nos princípios constitucionais que se costuma ouvir no meio social que são o direito à vida, à saúde e à dignidade humana. Para o Judiciário, o consumidor está em constante desvantagem, os planos de saúde são abusivos, as normas

da ANS servem como orientações e os serviços devem ser garantidos de modo ilimitado.

“O Ministério da Saúde adverte”: os custos com as ações na Justiça estão subindo, como se pode observar, com base nas análises do [Instituto de Estudos de Saúde Suplementar](#): em 2014, o gasto médio mensal por usuário era de R\$ 173,86. Em 2018, subiu para R\$ 281,81. Isso significa um aumento de 62,1%, motivado por tecnologias, desperdícios, fraudes, envelhecimento da população e ações judiciais.

A partir do momento em que o Judiciário afasta a lei dos planos e supervaloriza a questão da abusividade dos contratos das operadoras, sem maiores explicações sobre temas específicos, a economia responde ao fato e os cidadãos são os maiores prejudicados por isso.

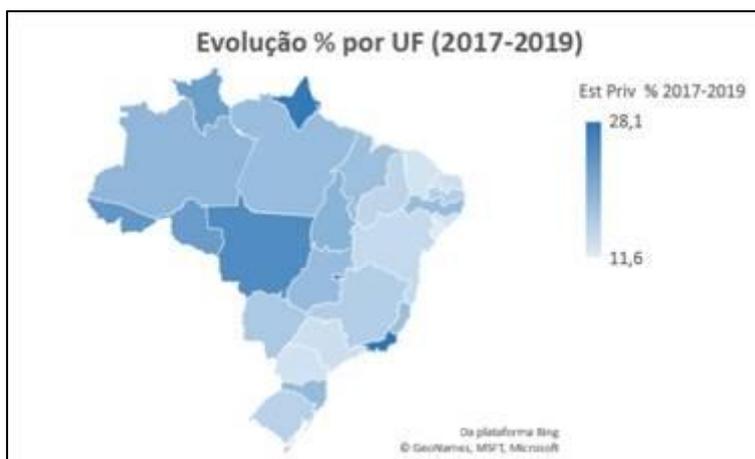
Por exemplo, a lei dos planos permite que a inseminação artificial seja excluída do contrato e a ANS afirma, em seu regulamento, que não só a inseminação, mas todo e qualquer

método de reprodução assistido, deve ter o mesmo destino. Mesmo assim, as pessoas tendem a “colocar o plano de saúde na Justiça”, porque “é um absurdo que se negue a pagar pelo tratamento médico” e, muito embora o Superior Tribunal de Justiça tenha apoiado em todos os seus termos o que consta na lei, alguns tribunais concedem o direito da imposição da cobertura do tratamento da fertilização *in vitro* solicitado na Justiça.

Por fim, acontece algo que infelizmente se combate a todo o tempo: a padronização dos argumentos na Justiça. A repetição das teses. Os juízes recebem afirmações repetidas pelos consumidores, por causa de decisões que já são repetidas e baseadas em todo o tempo pelo CDC e pela Constituição e, por conta disto, as defesas das operadoras seguem a mesma linha, com a vã esperança de suscitar novos debates e, desta maneira, chamar a atenção do Judiciário e de toda a sociedade para o quadro que se desenha.

A EXPANSÃO DE 16,3% DA SAÚDE PRIVADA E OS MODELOS DE REMUNERAÇÃO BASEADA EM VALOR E COMPARTILHAMENTO DE RISCOS

Saúde Business – 17/02/2020



O gráfico demonstra a evolução percentual do número de estabelecimentos de saúde privados entre 2017 e 2019 no Brasil:

- A UF que registrou menor crescimento, este foi de 11,6 %;
- E a maior, impressionantes 28,1 %.

É parte do Capítulo B1 – Estabelecimentos, do Estudo Geografia Econômica da Saúde no Brasil – Edição 2020.

Nos cursos sobre Modelos de Remuneração citamos 11 pontos de atenção que as empresas do segmento (operadoras, hospitais, fornecedores) devem incluir na pauta das ações necessárias para migrar do Fee for Service para

Modelos de Compartilhamento de Riscos e Remuneração Baseada em Valor.

Um desses 11 pontos se refere aos riscos da Elegibilidade e da Seletividade que existem em qualquer modelo que se oponha a um em que não há controle de demanda, que é a principal característica do Fee for Service – o modelo:

- Mais odiado pelas fontes pagadoras;
- Idolatrado pelo paciente / beneficiário;
- Que foi a base do desenvolvimento dos sistemas de financiamento da saúde no mundo todo;

- E continua sendo o mais utilizado

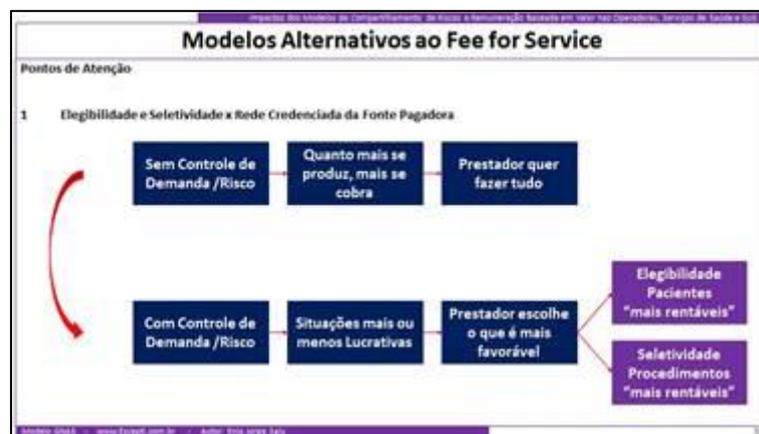
Os modelos de Remuneração Baseados em Valor, na prática, nem iniciaram ainda no Brasil – as iniciativas se restringem a:

- Precificar os produtos de forma diferente, sem parâmetros reais de valor. Tem vários casos em que foram substituídas as tabelas de preços tradicionais (AMB/CBHPM, Brasindice, Negociada) por uma Tabela de Preços de “Pacotes DRG”, sem parâmetro de qualidade assistencial (sem “valor”);
- Inserir parâmetros de qualidade assistencial que penalizam serviços, mas sem bônus, ou seja, um mero estabelecimento de desconto em preço que não incentiva o

prestador a melhorar seu nível de serviço – apenas cumprir minimamente algumas metas;

- Fazer isso, na prática, somente na rede própria da operadora no fim das contas, aconteça o que acontecer, a fonte pagadora vai “pagar as contas” e “uma ou outra cabeça de administrador é trocada” pelo não cumprimento de uma meta geralmente inviável – não negociada adequadamente.

Já os modelos de compartilhamento de riscos são realidade no mundo e no Brasil, tanto na área pública como na área privada, e são mais viáveis aqui no Brasil para mitigar o problema da característica da nossa saúde suplementar de rede absolutamente fragmentada, e boa parte não regulada ... e estão colecionando resultados até além das expectativas.



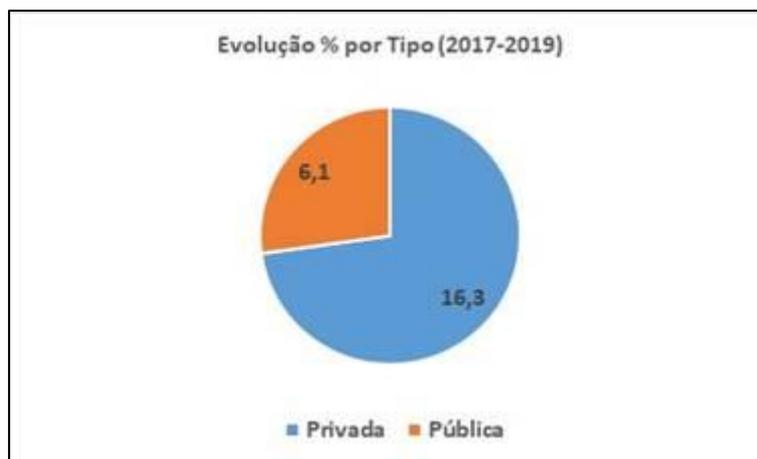
Nos dois casos (Remuneração Baseada em Valor e Compartilhamento de Riscos) o monitoramento da Elegibilidade e da Seletividade é um fator chave de sucesso. Estes eventos ocorrem basicamente porque:

- No Fee for Service a conta acaba sendo paga praticamente na sua plenitude. A fonte pagadora pode dificultar/protelar a realização do procedimento, pode negociar preços em forma de pacote, pode até utilizar a glosa para protelar o pagamento, mas no fim a conta acaba sendo paga. O serviço de saúde não escolhe o que faz basicamente em função da forma de remuneração, mas em função da sua eficiência para realizar o procedimento, porque a margem de lucro é consequência da realização de cada procedimento;
- Nos outros modelos o preço sempre está vinculado a um padrão (ou de meta de produção, e/ou de meta

assistencial pré estabelecida) – em um lote, ou grupo, ou carteira, e o serviço de saúde lucra pela média, a métrica pode ser perder em um procedimento para ganhar em outro. E serviço de saúde passa então a escolher o que fazer basicamente em função da margem de contribuição decorrente do preço x custo, ou seja, prioriza aquilo que lhe dá melhor retorno custo x benefício.

Então, no Fee for Service o serviço quer fazer tudo o for possível fazer, mas nos outros:

- Ou seleciona os pacientes “mais interessantes” (elegibilidade);
- Ou seleciona os procedimentos “mais interessantes” (seletividade).



O gráfico ilustra o que está acontecendo no Brasil:

- Para cada novo estabelecimento público, são criados praticamente 3 novos serviços de saúde privados;

- E já existem hoje (fechamento de 2019) 3 estabelecimentos privados de saúde para cada 1 público (vide post / informe anterior).

(*) Considerar que:

- A maioria absoluta dos estabelecimentos do CNES são serviços de saúde;

- Ao contrário dos serviços de saúde públicos, que raramente se vinculam à saúde suplementar, os privados atuam nos 3 sistemas (SUS, Saúde Suplementar Regulada e Saúde Suplementar não Regulada).

O crescimento do número de serviços privados de saúde implica, entre outras coisas, em aumento da concorrência:

- E naturalmente redução de preço.

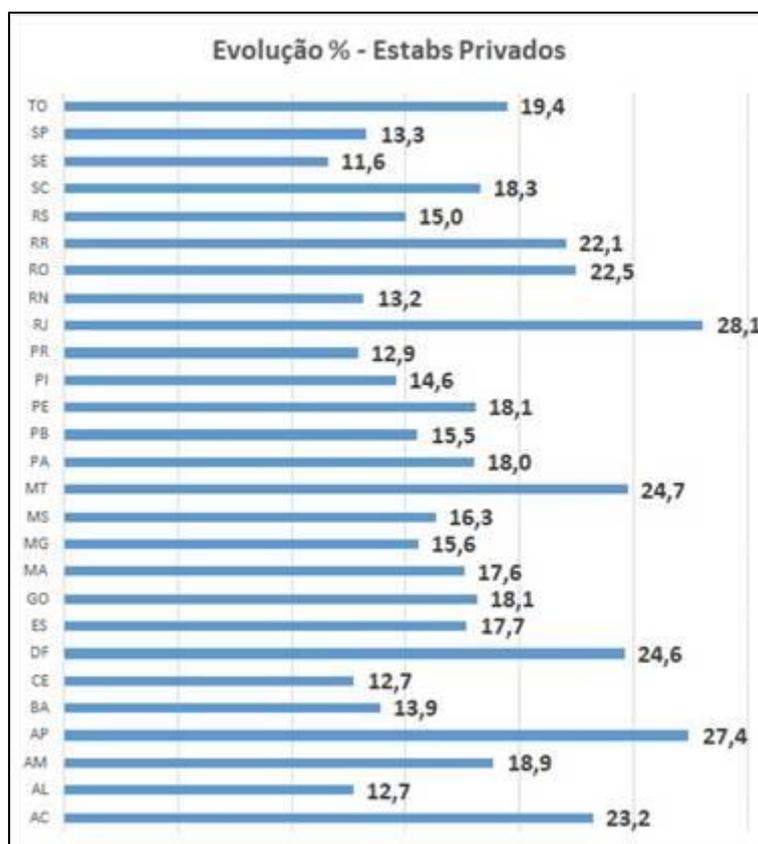
Redução de preço reduz a margem de lucro do serviço de saúde:

- E reduzindo a margem de lucro ele naturalmente procura realizar os que lhe trazem maior relação custo x benefício;

- Fator fundamental para que ele incremente a elegibilidade e seletividade

Este é o ciclo, o aumento do número de estabelecimentos da área da saúde merece ser comemorado, e muito, por todos os atores do segmento, mas dependendo do lado da mesa em que se está, como qualquer coisa que diga respeito aos negócios, também pode trazer efeitos indesejáveis.

Vários números do estudo indicam localizações onde os riscos de Elegibilidade e Seletividade são maiores, mas vamos encerrar com o gráfico que demonstra o crescimento do volume de estabelecimentos privados em cada UF:



Além da grande variação entre UFs o que chama atenção é que, com exceção do DF que tem uma explicação diferente (vide post / informe anterior), os maiores índices estão vinculados às UFs onde o SUS comprovadamente é mais ineficiente, e nas que têm fronteira com países da região central e norte do continente.

O que na verdade não poderia ser diferente não é ?

Nestas UFs (exceto DF), onde o tema Compartilhamento de Riscos e Remuneração Baseada em Valor ainda é desconhecido, o risco real da Elegibilidade e Seletividade na implantação de modelos alternativos ao Fee for Service é o mais evidente.

ANS APRESENTA ANÁLISES SOBRE DIÁLOGOS DA AGENDA REGULATÓRIA

ANS – 17/02/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por intermédio da diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO), realizou no dia 13/02, no Auditório da Secretaria de Estado e Fazenda do Rio de Janeiro, uma reunião técnica com o objetivo de apresentar e discutir as análises das contribuições recebidas por meio do formulário eletrônico disponibilizado a partir das reuniões “Diálogos sobre a Agenda Regulatória – DIPRO”, realizadas com entidades e representantes do setor entre os meses de setembro e dezembro de 2019. O encontro reuniu cerca de 100 participantes, entre eles, representantes de operadoras e de entidades do setor.

Três temas, que fazem parte do primeiro eixo prioritário do Mapa Estratégico da ANS – Equilíbrio da Saúde Suplementar foram abordados na reunião: o Aperfeiçoamento dos critérios para alteração de rede hospitalar; o Aprimoramento da Nota

Técnica de Registro de Produtos (NTRP), e a Estruturação e desenvolvimento de política para revisão técnica.

O Diretor-Adjunto de Normas e Habilitação de Produtos, Maurício Nunes abriu o encontro realizando um panorama sobre as contribuições recebidas e sobre a série de reuniões anteriores, quando a ANS dialogou com os representantes da Câmara de Saúde Suplementar, representantes da sociedade civil e poder legislativo, Tribunal de Contas da União, ministros do STJ e às várias comissões no Senado e Câmara e destacou a importância da discussão constante para a solidez de resultados efetivos para a sociedade e para o ente regulado. “Atualmente, devido à Lei Geral das Agências e da Lei de Liberdade Econômica, o regulador passa a ter papel fundamental junto à sociedade para a apresentação de efetivos resultados regulatórios”, enfatizou.

Em seguida, a Gerente-Geral de Regulação da Estrutura dos Produtos, Carla Soares, destacou a importância da participação de representantes de operadoras, prestadoras e indústria na construção de análises e encaminhamentos com foco na visão global do setor de saúde suplementar. “Não há como falarmos em rede sem olharmos para o rol de procedimentos ou falar em Nota Técnica de Registro de Produtos e Revisão Técnica sem o olhar assistencial. Precisamos deste olhar completo do funcionamento”, frisou.

Na sequência, a Gerente de Acompanhamento Regulatório das Redes Assistenciais, Andreia Abib falou sobre o Aperfeiçoamento dos Critérios para Alteração de Rede Hospitalar, tema relacionado à garantia do acesso ao consumidor aos serviços de saúde suplementar por meio da contratação/adesão de plano privado de assistência à saúde. Na apresentação, foram indicadas sugestões das operadoras em relação ao tema e, após as análises, o detalhamento das contrapropostas de novos critérios para alteração de rede hospitalar com o foco na substituição de rede; manutenção do atendimento em casos específicos no caso de credenciamento; regras de redimensionamento; possibilidade de portabilidade e regras específicas para credenciamento de serviços de urgência e emergência situados dentro de entidades hospitalares. Em suas considerações finais, Andreia destacou a importância de uma regulamentação para o tema, ratificando a acertada opção da ANS em escolher o assunto para debate na Agenda Regulatória, com a efetiva participação da sociedade civil e dos entes regulados.

Na segunda parte do encontro, a Gerente Econômico-Financeiro e Atuarial dos Produtos, Daniele Rodrigues, falou sobre o Aprimoramento da Nota Técnica de Registro de

Produtos (NTRP) e a Estruturação e Desenvolvimento de Política para Revisão Técnica, apresentando as fundamentações legais e normativas da ANS sobre os conteúdos. A exposição seguiu a mesma dinâmica, com os apontamentos das operadoras e entidades na identificação do problema, as causas, consequências, soluções propostas e resultados esperados.

A ANS pretende realizar mais reuniões sobre os temas dos compromissos preestabelecidos como prioritários e receberá, até o dia 20/03, proposições mais consolidadas para possíveis propostas normativas a partir dos assuntos debatidos. Os interessados devem encaminhar as contribuições para o e-mail ggrep.dipro@ans.gov.br

Sobre a Agenda Regulatória da ANS

Submetida à discussão na Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e consulta pública, a Agenda Regulatória 2019-2021 contou com a participação de diversos setores da sociedade, como órgãos de defesa do consumidor, prestadores de serviços, operadoras de planos de saúde e suas entidades representativas. A Consulta Pública nº 74 foi realizada entre 07/03/19 e 05/04/19. Foram recebidas 241 contribuições de 30 instituições identificadas.

Os assuntos da Agenda estão agrupados em quatro eixos vinculados aos objetivos do [Mapa Estratégico da ANS](#): equilíbrio da saúde suplementar, aperfeiçoamento do ambiente regulatório, articulação institucional e fortalecimento da governança institucional.

[Acesse aqui para mais informações sobre a Agenda Regulatória da ANS.](#)

BRASILEIRO ESTÁ MAIS PREOCUPADO COM SAÚDE BUCAL

IESS – 13/02/2020

Estudo do IESS analisa dados consolidados dos planos odontológicos, registra aumento de 23% na utilização destes serviços e indica que setor ainda tem muito espaço para crescer

O número de beneficiários vinculados a planos exclusivamente odontológicos cresceu mais de 10 vezes entre 2000 e 2018. De acordo com o [“Painel da odontologia suplementar”](#), levantamento realizado pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), o setor saltou de 2,3 milhões de beneficiários para 23,6 milhões no período analisado.

O estudo analisa os dados consolidados de 2014 a 2018 e dá importantes indícios que justificam o crescimento expressivo registrado no segmento. Um comportamento, aliás, que deve se manter nos próximos anos. “O custo mais acessível deste tipo de plano, certamente, é um diferencial. Contudo, o Painel da odontologia suplementar revela que o brasileiro está, de modo geral, cada vez mais preocupado com sua saúde bucal”, revela José Cechin, superintendente executivo do IESS.

Apenas em 2018, o setor de saúde suplementar contabilizou 176,2 milhões de procedimentos odontológicos. Um aumento de 23% em relação aos 143,2 milhões registrados em 2014. Cechin destaca que mais importante do que o aumento absoluto no total de procedimentos, o que revela o interesse do brasileiro por este serviço, é o incremento no total de ações com foco em prevenção.

A quantidade de procedimentos preventivos aumentou 52,3% entre 2014 e 2018. Houve um salto de 47,2 milhões para 71,8 milhões. No mesmo período, o total de atividades educativas individuais avançou 49,4% e, a aplicação tópica de flúor por hemi-arcada, em 40,7%. Além disso, em 2014, foram realizadas 12,4 milhões de consultas odontológicas iniciais. O total tem aumentado ano a ano até chegar a 15,3 milhões em 2018. O que revela, por si só, o interesse crescente pelos tratamentos odontológicos.

Despesas assistenciais

Enquanto o total de beneficiários cresceu 19,3% entre 2014 e 2018, subindo de 19,8 milhões para 23,6 milhões, as despesas assistenciais pagas pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS)

exclusivamente odontológicas para custear os serviços utilizados pelos beneficiários em suas carteiras avançou 20,1%. Subiu de R\$ 2,6 bilhões para R\$ 3,1 bilhões.

BOLETIM ECONÔMICO DA FEHOESP APONTA CRESCIMENTO DA SAÚDE PRIVADA NO BRASIL

FEHOESP – 12/02/2020

A FEHOESP acaba de lançar o [Boletim Econômico de número 9](#), que realizou um raio X do setor saúde em 2019, apurando crescimento do segmento privado, tanto em número de serviços e leitos como em geração de empregos

Segundo o Boletim, foram abertos no país 12.364 novos estabelecimentos de saúde privados no ano de 2019 (dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES), apontando um aumento de 5,2%. Dos 12.364 novos serviços privados, destacam-se a abertura de 8.554 consultórios, 1.315 clínicas e ambulatórios especializados e 827 empresas dedicadas à prestação de serviços de apoio à diagnose e terapia. Os segmentos de home care e policlínicas privados apresentaram crescimento idêntico, de 15,9%.

O setor privado de saúde abriu, em 2019, 3.463 novos leitos, com crescimento de 2,2%, enquanto o Sistema Único de Saúde (SUS) fechou 3.959 leitos, o que significa redução de 1,2% no número total de leitos no Brasil.

Segundo Yussif Ali Mere Jr, presidente da FEHOESP e do SINDHOSP, a iniciativa privada da saúde tem investido muito na saúde brasileira, trazendo os mais inovadores tratamentos e respondendo por 65% dos investimentos em saúde no país.

No entanto, ele alerta que a proposta de unificar PIS e COFINS na Reforma Tributária, e criar o Imposto sobre Valor Agregado (IVA), pode aumentar significativamente a carga tributária para as empresas de saúde, que são extremamente dependentes de mão de obra. “A reforma tributária não pode desestimular a manutenção e até mesmo o incremento de postos de trabalho”, destaca.

Empregos crescem na saúde

No acumulado do ano de 2019, segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), do Ministério do

Trabalho, houve abertura de 90.125 novas vagas com carteira assinada nas atividades do setor de hospitais, clínicas e laboratórios no Brasil, totalizando o contingente de 2.319.231 trabalhadores. Entre as atividades, destaca-se a criação de 45.811 postos de trabalho na atividade “atendimento hospitalar” e também a geração de 17.289 vagas de trabalho na atividade “médica ambulatorial”, no período em questão, em relação a dezembro de 2018.

Saúde em franca expansão

O setor da saúde brasileiro encerrou o ano de 2019 com pelo menos 80 fusões e aquisições envolvendo operadoras, hospitais, clínicas e laboratórios, sendo o maior volume de transações desde 2000. Segundo especialistas, este movimento deve continuar em 2020. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) registrou 31 pedidos de aprovação de compra de controle em 2019, um aumento de 24% quando comparado a 2018.

O país está consolidado como o oitavo maior mercado de saúde do mundo, dispondo de 6.742 hospitais e mais de 2 milhões de profissionais de saúde, entre médicos, auxiliares, técnicos e enfermeiros. Atualmente, o Brasil ocupa o nono lugar mundial em gastos com saúde, com 9,1% do PIB, ou US\$ 1.109 per capita (mais de R\$ 300 bilhões por ano, segundo o Sebrae). A quarta população médica do mundo, com 2,18 profissionais por mil habitantes é a brasileira.

Para Yussif Ali Mere Jr, esse crescimento da saúde privada deve continuar a depender de políticas públicas que incentivem e priorizem o segmento da saúde. “A iniciativa privada e o setor filantrópico iniciaram atividades complementando os serviços que a área pública não podia suprir. Hoje, os investimentos privados superam os públicos e propiciam ao país atendimento de primeiro mundo e medicina de ponta. Paralelamente, precisamos melhorar o financiamento e a gestão da saúde pública”, finaliza o presidente da FEHOESP.

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.