

ÍNDICE INTERATIVO

[Usuários de planos de saúde economizaram R\\$ 6 bilhões em 8 anos](#) - Fonte: Saúde Business

[ANS recebe mais de 26 mil contribuições na consulta pública do Rol](#) - Fonte: ANS

[Amil está na emergência?](#) - Fonte: Isto é Dinheiro

[ANS promove reunião sobre processo de atualização do Rol de Procedimentos](#) - Fonte: ANS

[PGR fecha delação premiada com fundador da Qualicorp](#) – O Globo

[FenaSaúde manifesta seu apoio a nova Frente Parlamentar de Telessaúde](#) - Fonte: Fenasaúde

[Startup de cripto brasileira permite contratar plano de saúde com bitcoin](#) - Fonte: Exame

[Ressarcimento ao SUS: protocolo de intenções possibilita a solução de ações judiciais](#) - Fonte: ANS

[Amil põe hospitais à venda junto com plano individual](#) - Fonte: Valor Econômico

USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE ECONOMIZARAM R\$ 6 BILHÕES EM 8 ANOS

Saúde Business – 30/11/2020

Esse é o resultado de estudo da ANAB, entidade que representa as administradoras de benefícios. Para 2021, após a suspensão do reajuste de 2020 pela ANS, a recomendação da Associação é que as empresas ajudem os consumidores a encontrar as melhores alternativas para manter o plano de saúde. Benefício é o terceiro maior desejo de consumo dos brasileiros, atrás apenas de educação e casa própria, segundo o Ibope.

Estudo feito pela Associação Nacional das Administradoras de Benefícios (ANAB) aponta que os consumidores de planos de saúde deixaram de pagar entre 2012 e 2020 R\$ 6 bilhões. Esse valor representa a diferença entre o índice médio de reajuste anual pedido pelas operadoras de planos de saúde e o preço médio real que os beneficiários acabaram pagando nesses últimos 8 anos. A ANAB é a entidade que representa empresas como Qualicorp, Alter, Benefit. São as administradoras que atuam na negociação dos valores dos planos empresariais e coletivos, representando os consumidores, junto às operadoras. São 150 administradoras cadastradas na Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em todo Brasil.

2021 preocupa – Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da ANAB, esclarece que a Associação tem atuado pela sustentabilidade do setor. Mas há uma preocupação para 2021, já que o reajuste anual dos planos foi postergado pela ANS em 2020 por conta da pandemia do novo coronavírus. Mas é uma bola de neve, já que a partir de janeiro do ano que vem o saldo retroativo se acumulará aos reajustes de faixa etária, além de IPTU, IPVA.

Em 19 de novembro, a ANS definiu que a recomposição do reajuste suspenso em 2020 será parcelada em 12 meses a

partir de janeiro do próximo ano, mas não esclareceu sobre a data base do reajuste anual, já que em 2021 há novo reajuste previsto.

“Com a crise financeira, muitas pessoas podem desistir dos planos se o aumento percentual em 2021 for na casa de dois dígitos. Já estamos em negociação para garantir o equilíbrio dessa relação usuário e plano de saúde”, destaca Acayaba de Toledo.

A recomendação é se antecipar nos cálculos – A ANAB tem alta representatividade porque reúne 80% do mercado de administradoras de benefícios empresariais e por adesão. O presidente Alessandro Acayaba de Toledo recomenda que as administradoras de benefícios busquem orientar os consumidores a não esperar janeiro e fazer o quanto antes os cálculos de impacto no orçamento do reajuste anual de 2021 e do retroativo de 2020. Assim, poderão buscar alternativas o mais rapidamente possível para manter o seu plano de saúde.

As administradoras de benefícios devem também oferecer outras categorias de plano, ainda que inferiores, mantendo o acesso do usuário à saúde privada.

Plano de saúde é prioridade do brasileiro – Contar com um plano de saúde é o terceiro maior desejo de consumo da população do Brasil, segundo pesquisa realizada pelo Ibope Inteligência a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS). 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).

ANS RECEBE MAIS DE 26 MIL CONTRIBUIÇÕES NA CONSULTA PÚBLICA DO ROL

ANS – 27/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) recebeu 26.141 contribuições na consulta pública que realizou de 8/10 a 21/11 para a atualização da lista de procedimentos com cobertura obrigatória pelos planos de saúde, o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. O total representa um aumento de 400% em relação à última consulta pública para revisão do Rol, realizada em 2017, que teve 5.229 contribuições. As manifestações recebidas estão sendo analisadas pela equipe técnica da ANS e o resultado será encaminhado para deliberação da Diretoria Colegiada. O novo Rol será obrigatório a partir de março de 2021.

Nesta última etapa de participação social, foram recebidas 15.242 contribuições sobre procedimentos (59,84% do total) e 9.964 para medicamentos (39,12%). As demais foram

referentes a alterações em termos descritivos, atualização extraordinária e resolução normativa do Rol (RN nº 439/2018, que estabelece as etapas e fluxos da revisão periódica). Ao todo, foram submetidas à apreciação da sociedade 185 propostas com as respectivas recomendações técnicas preliminares (positivas ou negativas), sendo 138 relativas a tecnologias em saúde - medicamentos e procedimentos - em sua maioria encaminhados à ANS através de formulário eletrônico (Formrol).

Entre os contribuintes, os grupos que mais apresentaram contribuições foram: profissionais de saúde (9.669), pacientes (4.352), familiares, amigos ou cuidadores de pacientes (3.832). Veja mais no gráfico abaixo.

Ciclo 2019-2020

O processo de atualização do ciclo 2019-2020 do Rol foi iniciado em dezembro de 2018, seguido da etapa de abertura do Formrol para envio de propostas de inclusão e alteração de procedimentos. Nessa primeira etapa de participação social, a ANS recebeu 1.137 propostas de atualização, sendo 285 (25%) relativas a medicamentos, 671 (59%) a procedimentos e 181 (16%) a termos descritivos.

Após verificação, 214 propostas foram consideradas aptas à análise técnica, pois atenderam aos critérios de elegibilidade necessários. Destas, após amplo debate em 27 reuniões técnicas com os membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS), os autores das propostas e representantes de entidades do setor, chegou-se às 185 propostas apresentadas na última consulta pública.

Todas as etapas, o cronograma e as gravações das reuniões técnicas realizadas ao longo desse período de discussões estão disponíveis para consulta no site da ANS. [Confira aqui.](#)



AMIL ESTÁ NA EMERGÊNCIA?

Isto é Dinheiro – 27/11/2020

Na contramão do crescimento do setor de planos de saúde neste ano, a companhia coloca ativos à venda em São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná. A estratégia busca aumentar a rentabilidade.

Terceira maior operadora de planos de saúde do País, com 2,8 milhões de clientes, a Amil deve passar por um tratamento intensivo em sua estrutura operacional nos próximos meses. A prescrição é, basicamente, encolher em tamanho para crescer em rentabilidade. Sob o comando do CEO José Carlos Magalhães, que assumiu a cadeira do médico Claudio Lottenberg há um ano, o grupo procurou o banco BTG Pactual para tentar vender as carteiras de planos de saúde individual dos usuários de São Paulo, Rio de Janeiro e Paraná, além dos hospitais Paulistano, Caieiras e Sumaré, localizados na capital paulista, e o Hospital Vitória, em Curitiba. Procurado

pela DINHEIRO, Magalhães não concedeu entrevista. Em nota, a Amil informou que “não comenta rumores de mercado ou especulações.”

Nos bastidores, no entanto, sabe-se que a companhia já colocou vários ativos à venda e que está em conversas avançadas com operadoras regionais para se desfazer de carteiras de planos individuais e dos planos de livre escolha — considerados “ativos podres” pela Amil, segundo fontes ligadas à empresa. “A Amil está determinada a abrir mão de volume para ter mais margem em carteiras empresariais em cidades de médio porte e capitais”, afirmou um executivo ligado à empresa, a par das negociações. “Existe uma grande insatisfação da controladora, a americana UnitedHealth, com o desempenho da empresa em alguns segmentos, e uma pressão grande sobre o presidente.”

ANS PROMOVE REUNIÃO SOBRE PROCESSO DE ATUALIZAÇÃO DO ROL DE PROCEDIMENTOS

ANS – 27/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou de maneira virtual, no dia 24/11, a 3ª Reunião Técnica com membros da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS) e toda a diretoria da Agência sobre melhorias na Resolução Normativa (RN) nº 439, que dispõe sobre o processo de atualização periódica do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde e incorporações de novas tecnologias.

O diretor-presidente substituto e diretor de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS, Rogério Scarabel, abriu o encontro agradecendo a presença dos participantes e reportou os resultados expressivos das contribuições da Consulta Pública do Rol de Procedimentos, finalizada no dia 21/11. Scarabel informou que os dados estão sendo analisados e que serão apresentados em dezembro. O diretor também enfatizou a importância do diálogo que vem sendo realizado entre a Agência e os representantes do setor de saúde suplementar para a melhoria estrutural da RN 439, que permitirá um maior alinhamento com as expectativas da sociedade.

Em seguida, o gerente-geral de Regulação Assistencial, Teófilo Rodrigues, realizou uma apresentação contextualizando como é realizado atualmente o processo de atualização do Rol e falou sobre um estudo de simplificações nas fases do processo, elaborado a partir de discussões realizadas internamente na Agência e de sugestões recebidas dos participantes nas reuniões anteriores.

Ao longo da reunião, os participantes – dentre os quais representantes da Fenasaúde, Abramge, Conselho Federal

de Medicina, associações, sociedades clínicas, operadoras de planos de saúde, órgãos de defesa do consumidor e outros atores do setor de saúde suplementar – parabenizaram a Agência e expuseram seus argumentos sobre o tema, destacando que as mudanças acompanham a nova realidade social de inovação e celeridade nos processos. Os participantes enfatizaram a preocupação em manter nas atualizações do Rol a participação democrática, a transparência social e a manutenção do equilíbrio financeiro do setor, sugerindo o estreitamento e alinhamento das análises de incorporação de tecnologias entre o setor público e privado.

No encontro também foram abordados os desdobramentos do Projeto de Lei nº 6.330/2019, aprovado no Senado e que aguarda votação na Câmara dos Deputados, que altera a Lei nº 9.656 para ampliar o acesso a tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral pelos usuários de planos de assistência à saúde. Os diretores da ANS enfatizaram que os parlamentares estão sendo reportados de todas as discussões que a Agência vem realizando e que o diálogo tem sido realizado de forma multisetorial, com interlocuções entre o Legislativo, Executivo e a agência reguladora.

A partir das reuniões realizadas no dia 14/08 ([saiba mais](#)), 18/09 ([saiba mais](#)) e 24/11, nas quais a ANS vem apresentando considerações sobre o processo de incorporação de procedimentos ao Rol e as sugestões dos membros da CAMSS que atuam nas discussões, a ANS formalizará um parecer final para ser apresentado ao setor e ao parlamento.

PGR FECHA DELAÇÃO PREMIADA COM FUNDADOR DA QUALICORP

O Globo – 26/11/2020

Acordo entre PGR e José Seripieri ainda terá de ser validado pelo ministro do STF Edson Fachin. Empresário foi preso em operação sobre suposto caixa 2 em campanha de José Serra em 2014.

A Procuradoria-Geral da República (PGR) fechou acordo de delação premiada com o empresário José Seripieri Filho, fundador da Qualicorp. O caso tramita sob sigilo, e o acordo ainda precisa ser homologado pelo Supremo Tribunal Federal (STF).

O relator do processo é o ministro Edson Fachin. Se a delação for validada pelo Supremo, as informações compartilhadas por Seripieri poderão ser utilizadas em investigações.

A assinatura do acordo foi revelada pelo jornal "O Globo" e confirmada pela TV Globo. A colaboração foi negociada com a PGR e está em tramitação no Supremo porque o empresário citou políticos com foro privilegiado na Corte.

As tratativas da delação começaram após a Justiça Eleitoral ter determinado, em julho, a [prisão do empresário](#) em uma operação da Polícia Federal que investigou suposto caixa dois na campanha de José Serra (PSDB) ao Senado em 2014.

O caso tramita em sigilo até o próximo domingo (28), quando acontece o segundo turno das eleições municipais, para que as informações não sejam usadas nas campanhas.

A defesa do senador José Serra afirmou em nota que "repudia com veemência a denúncia oferecida contra ele pelo Ministério Público Eleitoral na noite desta quarta-feira (4), formulada com base em uma investigação vazia, sobre a qual ele nunca teve nem mesmo a oportunidade de ser ouvido".

"A acusação, oferecida às pressas e sem fundamento, constrói uma narrativa fantasiosa, que será devidamente

desmentida pelos fatos. O episódio reforça o caráter espetacular de mais esta ação contra o senador, cuja reputação e carreira são destacadamente incompatíveis com as práticas que lhe foram atribuídas. José Serra reitera sua confiança na Justiça", disse a nota dos advogados Flávia Rahal e Sepúlveda Pertence.

Procurado, o empresário José Seripieri Filho, da Qualicorp, disse também por meio de nota que "o Ministério Público Eleitoral apresentou uma denúncia repleta de ilegalidades", onde "permanece ainda o ambiente de excessos, apesar das correções já feitas pelo Supremo Tribunal Federal".

"Ao apurarem uma doação eleitoral, os denunciante conseguiram transmutar essa ação em crime típico de funcionário público, mas atribuído a uma pessoa de atividade privada, o que é vedado pela lei.

E, ao que parece, levou a contradições inerentes à própria delação colhida anteriormente, que pode ter sido ou esquecida ou confundida. Difícil saber pela peça do MPE. Diante de tão frágil alegação e do pouco nexos probatório, a denúncia deve ter vida breve nos tribunais. Sim", disse Seripieri Filho.

FENASAÚDE MANIFESTA SEU APOIO A NOVA FRENTE PARLAMENTAR DE TELESSAÚDE

Fenasáude – 26/11/2020

Presidente da Federação ressalta importância da modalidade de atendimento durante a pandemia

O presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, foi uma das lideranças presentes, nesta quinta-feira (26/11), no lançamento da Frente Parlamentar da Telessaúde, no Congresso Nacional. O evento foi virtual e transmitido pelo canal da Câmara dos Deputados.

Em sua fala, Amoroso Lima destacou que as operadoras de planos de saúde estão bastante alinhadas com a relevância que a telemedicina assumiu durante o período de pandemia. "Seja pela covid-19, seja pela própria evolução do relacionamento digital entre os pacientes e seus profissionais médicos".

Ele também reforçou a posição da FenaSaúde sobre três temas importantes que serão objeto de discussão quando da regulamentação mais detalhada da telemedicina, relacionados à importância da autonomia de pacientes e médicos. Esses três pontos são: a territorialidade, a remuneração médica e a primeira consulta.

"Com relação à territorialidade somos contrários a qualquer limite geográfico que impeça a relação de um brasileiro com o seu médico. Há discussão sobre se um paciente em um estado pode se consultar, via digital, com um médico ou profissional da saúde que esteja em outro Estado. Nós somos contra esta restrição devido aos vazios assistenciais que temos no Brasil. Há vários lugares com total falta de especialistas ou mesmo do médico generalista", exemplificou João Alceu.

Sobre a remuneração médica, o presidente da FenaSaúde esclareceu que o tema não deve ser regulado. Deve ser livremente negociado entre as partes. "Não há que se falar se tem que pagar mais ou menos por ser da forma digital ou não. A relação de remuneração deve se dar entre empresas, no caso das operadoras de planos de saúde, e os profissionais médicos ou entre paciente e profissional médico".

Segundo João Alceu, a questão da primeira consulta ser presencial também não deve estar na regulação da Telessaúde. "Nós defendemos a autonomia do médico, profissional da saúde e do paciente. Só eles podem acordar sobre o formato presencial ou não da primeira consulta, sem necessidade de regulação pelos Conselhos ou peça legislativa", concluiu.

A Frente Parlamentar de Telessaúde reúne deputados federais e senadores e tem por objetivo unir forças dentro e fora do Congresso Nacional para implementar definitivamente a prática de Telessaúde no País, melhorando o atendimento à população brasileira.

A Frente defende estabelecer a Telessaúde como modalidade permanente no Brasil, por meio de Lei específica e tem como principais objetivos a discussão de temas relacionados com as tecnologias e inovação na área da saúde; respaldo e dados técnicos para auxiliar no esclarecimento e na educação da população sobre os benefícios da Telessaúde; e diálogo constante com as principais entidades profissionais da área de saúde.

A presidente da Frente da Telessaúde, deputada federal Adriana Ventura (NOVO/SP), autora da Lei nº 13.989, que autoriza o uso da telemedicina durante o estado de calamidade pública, ressalta a importância dessa ação. "Comprovou-se na pandemia que essa modalidade é fundamental para dar acesso à saúde, principalmente para aqueles que mais precisam. Agora devemos discutir suas aplicações para dar segurança e conforto tanto para pacientes quanto para médicos".

São integrantes da Frente: 207 parlamentares, sendo 200 deputados federais e sete senadores. Ao todo, 27 entidades profissionais de saúde no Brasil, entre as quais a FenaSaúde, são apoiadoras do projeto e irão colaborar com os debates relacionados ao tema.

Telessaúde

A telessaúde consiste em um sistema de prestação de serviços de saúde à distância que utiliza tecnologias da informação e comunicação, via computador ou aplicativos. A telessaúde abrange todas as áreas da saúde, sendo a médica a principal delas, mas não a única, pois conta com demais

profissionais como psicólogos, nutricionistas, preparadores físicos, entre outros. Esses serviços, de forma multidisciplinar, visam melhorar a qualidade de vida de milhões de pessoas, já que a grande maioria está conectada à internet.

STARTUP DE CRIPTO BRASILEIRA PERMITE CONTRATAR PLANO DE SAÚDE COM BITCOIN

Exame – 25/11/2020

Carteira de criptoativos nacional se une à Yalo para oferecer assinaturas de saúde com acesso ao programa Dr. Consulta com pagamento em BTC

A Bitfy, startup brasileira de carteira de criptoativos, anunciou uma parceria inédita com a Yalo, programa de assinatura focado em saúde com parceiros como Dr. Consulta, Droga Raia e Drogasil, para permitir que consumidores contratem [planos de saúde](#) com pagamento em bitcoin.

Por meio da wallet da Bitfy, os usuários poderão contratar os planos da Yalo e efetuar o pagamento com [criptoativos](#). Os planos da Yalo oferecem consultas médicas na rede Dr. Consulta por 40 reais e oferecem descontos de até 20% em exames e nas lojas Droga Raia e Drogasil.

“Por meio da carteira, você tem acesso à uma infinidade de serviços, e a saúde não poderia ser diferente. Com esta parceria, temos mais uma opção de pagamento da sua assinatura, facilitando, por consequência, o acesso à saúde”, destacou Lucas Schoch, CEO da Bitfy.

Segundo informações da Yalo, apenas 20% dos brasileiros possuem convênios médicos particulares, o que significa que

mais de 150 milhões de pessoas contam, exclusivamente, com os serviços públicos do SUS. A proposta da empresa é oferecer à população brasileira, acesso a serviços de saúde e bem-estar de qualidade.

Além da nova parceria, pioneira na união dos setores de criptoativos e saúde no Brasil, a Bitfy também anunciou o lançamento do seu programa de afiliação, que distribuirá prêmios para clientes da plataforma que indicarem novos usuários.

O “Desafio Bitfy” é uma ação que visa ampliar o alcance da empresa e incentivar o uso do [bitcoin](#) no país, oferecendo, para isso, premiações semanais que variam de mil a 5 mil reais, além de outros prêmios.

Além do armazenamento de bitcoins e a possibilidade de compra e venda de criptoativos no ambiente do aplicativo, a Bitfy foi a primeira carteira cripto nacional a oferecer a possibilidade de uso dos ativos digitais em estabelecimentos e serviços parceiros, por meio dos terminais de pagamento da Cielo.

RESSARCIMENTO AO SUS: PROTOCOLO DE INTENÇÕES POSSIBILITA A SOLUÇÃO DE AÇÕES JUDICIAIS

ANS – 25/11/2020

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) abriu mais um caminho de diálogo com as operadoras de planos de saúde com o objetivo de solucionar processos judiciais referentes ao ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS). A reguladora, a Procuradoria-Geral Federal (PGF) e a Unimed BH acabam de assinar um Protocolo de Intenções inédito para encerrar litígios e ampliar a arrecadação de recursos devidos em razão do uso dos serviços públicos de saúde por beneficiários de planos de saúde.

A iniciativa faz parte do Projeto de Integração da ANS com a PGF, cujo principal objetivo é a celebração de acordos com as operadoras de planos de saúde para a solução de questões judiciais e o consequente pagamento de débitos.

“Neste primeiro Protocolo de Intenções assinado, teremos o ingresso praticamente imediato de R\$ 150 milhões no SUS, antes em depósitos judiciais mantidos pela Unimed BH. O

recurso é de grande relevância, ainda mais no momento de pandemia. A partir do projeto de integração com a PGF e com a primeira experiência concretizada de forma bastante positiva para todas as partes, acreditamos ser possível uma mudança no comportamento das demais operadoras em relação ao ressarcimento ao SUS, tendo como resultado uma postura extrajudicial”, explica César Serra, diretor-substituto de Desenvolvimento Setorial da ANS.

No caso da Unimed BH, a empresa desistirá de litigar judicialmente sobre créditos devidos à ANS decorrentes do ressarcimento ao SUS. Em contrapartida, a ANS se compromete a analisar questões contratuais e técnicas com maior celeridade na esfera administrativa.

Cabe destacar que no primeiro semestre de 2020, a ANS fez o repasse de R\$ 491 milhões ao Fundo Nacional de Saúde.

AMIL PÕE HOSPITAIS À VENDA JUNTO COM PLANO INDIVIDUAL

Valor Econômico – 20/11/2020

Grupo tenta se desfazer de carteiras de São Paulo, Rio e Curitiba

A Amil está vendendo as carteiras de planos de saúde individual dos usuários de São Paulo, Rio de Janeiro e Curitiba. A negociação envolve ainda os hospitais Paulistano, Caieiras e Sumaré, localizados em São Paulo, e o Hospital Vitória, na capital do Paraná, segundo o Valor apurou.

A possibilidade de uma venda casada está sendo ofertada porque uma das estratégias dessa transação é vender a carteira de planos individuais para as operadoras verticalizadas. Pelas regras da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), a empresa que adquirir essas carteiras é obrigada a oferecer aos usuários hospitalares do mesmo padrão dos ofertados pela Amil. Esses quatro hospitais colocados à venda são os mais utilizados pelos usuários dos planos individuais da Amil. No entanto, ainda assim, há risco de judicialização, porque há uma parcela de beneficiários da Amil que contratou convênios médicos com direito a outros hospitais. “É preciso uma negociação individualizada com os usuários para que eles continuem usando a rede da Amil ou sejam convencidos a trocar. É uma transação bem complexa”, disse uma fonte.

A Amil tem um total de 465 mil usuários de planos individuais, mas o que está à venda representa cerca de 370 mil beneficiários. As três carteiras de São Paulo, Rio e Curitiba têm juntas um lucro operacional de R\$ 264 milhões. A transação está sendo tocada pela equipe americana da UnitedHealth Group, dona da Amil, que contratou o BTG Pactual. O banco já conversou com cerca de 15 potenciais interessados, mas as negociações não avançaram até o

momento, devido à complexidade da transação, ainda de acordo com fontes.

O grupo americano tenta se desfazer dessas carteiras desde o primeiro semestre, mas na época os hospitais ainda não faziam parte do pacote.

Um ponto negativo destacado pelas fontes é a taxa de sinistralidade muito elevada, o que torna o negócio deficitário. Na carteira paulista, que tem 272 mil vidas, a sinistralidade do ano passado variou entre 91% a 112%. No Rio de Janeiro, com 95 mil vidas, esse índice oscila de 78% a 82%. Já em Curitiba, que tem cerca de 26 mil clientes, a sinistralidade vai de 90% a 109%. Uma operação rentável tem uma sinistralidade na casa dos 75% ou menos.

Ainda de acordo com fontes, a venda da carteira de plano individual não é uma unanimidade dentro da Amil. Alguns acreditam que um trabalho intenso de gestão de saúde, uso de tecnologia de dados e boa precificação em novos contratos podem melhorar os números deficitários. A operadora não vende há muitos anos planos para pessoa física e com isso, a carteira tem um grande contingente de pessoas mais velhas, com alto custo. Além disso, há um parcela relevante de contratos firmados antes da Lei dos Planos de Saúde, de 1998, quando as regras eram mais frouxas.

Os defensores da manutenção da carteira na companhia destacam que o tíquete médio do plano individual é maior se comparado ao empresarial e as taxas de cancelamento e inadimplência em praças como São Paulo são menores, devido à escassez do produto.

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