

ÍNDICE INTERATIVO

[Plano de saúde no estilo startup, Sami recebe novo investimento de R\\$ 110 milhões](#) - Fonte: InfoMoney

[STF tem maioria para barrar lei da PB que retira carência de plano em caso de Covid-19](#)- Fonte: Jota Info

[ANS suspende a comercialização de 12 planos de saúde](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Planos de saúde pagaram apenas 37% da dívida com o SUS](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

[Grupo Sabin assume controle acionário da Amparo Saúde](#) - Fonte: Saúde Business

[Comissão aprova regras para reajuste de planos de saúde por mudança de idade](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

[Carteira de 370 mil planos da Amil é vendida para fundo de investimentos e operadora paulista. o que muda para usuários](#) - Fonte: O Globo

PLANO DE SAÚDE NO ESTILO STARTUP, SAMI RECEBE NOVO INVESTIMENTO DE R\$ 110 MILHÕES

InfoMoney – 14/12/2021

A startup de saúde administra sete mil vidas. Sete em cada dez clientes são microempreendedores individuais (MEIs)

O Brasil tem mais de 500 startups de saúde. E a pandemia do novo coronavírus colocou os holofotes dos investidores sobre esses negócios. Segundo a empresa de inovação Distrito, as healthtechs representam a terceira categoria de startups que fez o maior número de rodadas entre janeiro de novembro de 2021. Foram 56 acordos de investimento, atrás apenas das 71 rodadas das startups de varejo e das 153 rodadas das conhecidas fintechs.

A Sami vai aumentar o placar das healthtechs até o final do ano. O plano de saúde digital focado em pequenas empresas anunciou nesta terça-feira (13) uma captação de R\$ 110 milhões. A rodada ponte (bridge round) será usada para escalar a empresa, após o primeiro ano de funcionamento da operadora de saúde própria da Sami.

O Do Zero Ao Topo, marca de empreendedorismo do InfoMoney, conversou com o cofundador Vitor Asseituno sobre o modelo de negócios da healthtech e sobre os próximos passos. “Nosso primeiro ano de operação serviu para provar nosso modelo de negócio por meio do acompanhamento de métricas, como tíquete médio, satisfação, sinistralidade e taxa de reajuste. O momento agora é de escalar”, disse Asseituno.

Plano de saúde no estilo startup

A Sami foi criada pelos empreendedores de saúde Guilherme Berardo e Vitor Asseituno em 2018. O negócio está de olho em um grande mercado: a receita de contraprestações das operadoras somou cerca de R\$ 179 bilhões nos nove primeiros meses de 2021, segundo a Agência Nacional de Saúde (ANS). O potencial de expansão ainda é grande. Mais de 64% dos brasileiros vivem em famílias em que nenhum dos membros tem plano de saúde, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Médico de formação, Asseituno trabalhou na aceleradora americana de startups Rock Health e conheceu benchmarks que levariam à criação da Sami. As operadoras de saúde digitais Bright Health e Oscar Health levantaram US\$ 1,6 bilhão e US\$ 1,5 bilhão com investidores, respectivamente. De volta ao Brasil, Asseituno criou primeiro a empresa de eventos na saúde Live Healthcare. A companhia foi vendida há dois anos para o grupo de eventos Informa.

Então, o empreendedor se uniu a Berardo para fundar a Sami. Berardo fez carreira no banco de investimentos Merrill Lynch. Depois, montou um hospital de transição (para pacientes com cuidados médicos complexos) junto do tio, que era médico. O

empreendimento se tornou a rede Premium Care, com oito clínicas de longa permanência atualmente.

A Sami começou abordando outras operadoras de saúde, implementando telemedicina e usando análise de dados para filtrar os melhores médicos. O objetivo era reduzir a evolução dos casos, reduzindo a sinistralidade e os custos das operadoras. O mínimo produto viável (MVP) acumulou dados de 500 mil pessoas. Porém, muitas operadoras não tinham essa cultura de coletar informações com precisão. Então, a startup de saúde criou sua própria operadora de saúde no final de 2020.

O foco da Sami está em atender pequenos CNPJs, com uma até 200 pessoas. Sete a cada dez clientes são microempreendedores individuais (MEIs), com uma ou duas vidas.

A contratação é feita de forma completamente online. Cada usuário tem um médico responsável por acessar seu histórico, acompanhar sua saúde e orientar o agendamento de consultas com especialistas. Esses profissionais recebem feedbacks do usuário, assim como as estrelas do Uber.

O custo fica entre 20% até 30% mais barato em comparação com um plano de saúde corporativo tradicional, segundo Asseituno. A mensalidade média está em R\$ 300. O cofundador também afirma que a taxa de sinistralidade da Sami fica entre 40% a 60%, ante uma média de 75% a 80% do mercado. A taxa de sinistralidade mostra quanto a operadora paga em comparação com sua receita.

O reajuste dos planos da Sami segue o Índice de Preços para o Consumidor Amplo (IPCA), e não o reajuste tradicional das operadoras de saúde. A ideia é que as pequenas empresas não precisem renegociar e trocar de plano frequentemente por conta de grandes reajustes. Em maio de 2021, a Sami aplicou um reajuste anual de 6,2%. A startup afirma que essa taxa foi quase 40% menor que a média de reajuste dos planos comerciais destinados a pequenas e médias empresas no Brasil, de 9,95%.

A Sami continua praticando a tradicional remuneração por serviço em procedimentos como exames laboratoriais. Mas criou outros modelos de monetização no caso de consultas médicas e procedimentos cirúrgicos, para evitar ocupação desnecessária de leitos hospitalares. “O fee for service faz sentido para laboratórios, porque eles apenas executam os exames. O problema é quando esse modelo é aplicado por quem ganha com base na demanda, como um hospital. É como se você deixasse o dono do restaurante escolher qual prato você vai pedir”, disse Asseituno.

Além das discussões sobre monetização, os médicos e instituições de saúde deverão concordar em coletar dados precisos sobre seus pacientes. As informações são fundamentais para a Sami continuar aprimorando sua análise de performance – a startup afirma que está de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD). A healthtech já tem parcerias com 20 instituições de saúde, como os hospitais Beneficência Portuguesa de São Paulo e Oswaldo Cruz.

A Sami atende a cidade de São Paulo e regiões próximas, como ABC, Guarulhos, Osasco e Taboão da Serra. A startup coordena o atendimento de 7 mil vidas atualmente. O crescimento anual foi de 70 vezes: eram apenas 100 vidas no começo de 2021.

Novo investimento e planos de expansão

Asseituno e Berardo receberam o primeiro investimento externo para a Sami em março de 2019. Os fundos Canary e Redpoint eventures aportaram US\$ 1,3 milhão na startup de saúde, acompanhados de anjos como Paulo Veras (99), Sérgio Ricardo dos Santos (Amil) e Alan Warren (Oscar Health). Depois, receberam um aporte de R\$ 86 milhões em outubro de 2020. O série A foi liderado pelos fundos Valor Capital Group e Monashees.

A Sami considera que a rodada de R\$ 110 milhões é uma ponte entre esse série A e um futuro série B, que está

planejado para o próximo ano. O aporte atual foi liderado pelo DN Capital, fundo inglês que investiu em negócios como RecargaPay e OLX. Participaram antigos investidores da Sami, como Monashees, Redpoint eventures, Valor Capital Group, Two Culture Capital e Ricardo Marino (Itaú). Novos investidores são os fundos Endeavor Scale-Up, Lakewood Capital e The Fund, além do investidor anjo Kevin Efrusy (Accel).

“Os dois últimos anos mostraram como o setor de saúde no Brasil está carente de soluções capazes de otimizar processos, melhorar o atendimento aos usuários e aproximá-los dos profissionais da área. A Sami tem conquistado ótimos resultados e mostrado eficiência e um crescimento sustentável”, afirmou em comunicado Michael Nicklas, sócio do Valor Capital Group.

A Sami usará os novos recursos para crescimento, tecnologia e contratações. O objetivo é crescer entre três e quatro vezes no próximo ano, atendendo de 21 mil a 28 mil vidas. Em tecnologia, a Sami está investindo em frentes como aplicativo, chatbot, análise de dados clínicos dos usuários e automação de processos. Por fim, a startup espera ir dos atuais 400 funcionários para 800 a 1.000 até o final de 2022. A depender da quantidade de brasileiros sem um plano de saúde, a Sami ainda tem muitas vidas para administrar.

STF TEM MAIORIA PARA BARRAR LEI DA PB QUE RETIRA CARÊNCIA DE PLANO EM CASO DE COVID-19

Jota Info – 13/12/2021

Ministros entendem que competência para redigir leis é exclusiva da União em casos como o analisado.

Formou-se maioria entre os ministros do Supremo Tribunal Federal (STF) nesta segunda-feira (13/12) para entender pela inconstitucionalidade da Lei 11.756/2020, da Paraíba, que proíbe que as operadoras de plano de assistência à saúde limitem o tempo de internação dos pacientes suspeitos ou diagnosticados com Covid-19, em razão de prazos de carência dos contratos com cobertura hospitalar.

Até o momento, seis ministros já se manifestaram na ADI 6497 a favor de manter a jurisprudência consolidada no tribunal de que a competência para redigir leis é exclusiva da União quando se tratar de custeio de exames e procedimentos cirúrgicos realizados pelos conveniados das empresas de plano de saúde durante a Covid-19.

O STF vem entendendo que essas atividades se inserem no núcleo essencial das atribuições e serviços prestados pelas operadoras e estão previamente estabelecidos em contrato. Sendo assim, cabe apenas à União regular contratos e, portanto, as leis estaduais são inconstitucionais.

A relatora, ministra Rosa Weber, lembra, em seu voto, que tem entendimento diferente sobre a matéria, mas, em respeito

aos princípios da colegialidade e da uniformidade das decisões judiciais, ela acolhe a compreensão majoritária do Supremo. Weber cita precedentes de ações similares em que saiu vencedora, como as ADIs 6441, 6491 e 6538, com leis estaduais do Rio de Janeiro e da Paraíba.

Em todos os casos, venceu o entendimento de que normas atinentes a contratos de prestação de serviços de saúde são inconstitucionais porque é de competência privativa da União legislar sobre direito civil e políticas securitárias.

Os ministros Rosa Weber, Edson Fachin e Marco Aurélio entendem que a Constituição não impede a elaboração de legislação estadual que, sem tratar especificamente dos negócios jurídicos firmados, venha a afetar a atividade das operadoras de plano de saúde durante a pandemia da Covid-19. Para eles, as leis estaduais podem aumentar os direitos dos consumidores. Porém, após inúmeros julgamentos em que saíram vencidos, eles passaram a adotar a jurisprudência da Corte.

No caso concreto, a União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) ajuizou a ADI contra a lei paraibana por entender que a lei questionada estabelece que as operadoras de plano de saúde não poderão limitar o tempo de internação dos pacientes suspeitos ou diagnosticados com

Covid-19, em razão dos prazos contratuais de carência, além de determinar que todos os serviços prestados em razão de suspeita ou confirmação da referida patologia serão considerados emergenciais.

Para a associação, essa previsão não se limita às relações de consumo, mas adentra em matéria contratual e comercial, violando competência privativa da União para legislar sobre direito civil e comercial, como previsto no art. 22, I e VII da Constituição da República.

ANS SUSPENDE A COMERCIALIZAÇÃO DE 12 PLANOS DE SAÚDE

GOV (ANS) – 13/12/2021

Medida é resultado do Monitoramento da Garantia de Atendimento, que avalia as operadoras a partir de reclamações assistenciais.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulga nesta segunda-feira (13/12) a lista de planos de saúde que terão a venda temporariamente suspensa devido a reclamações relacionadas a cobertura assistencial. A medida faz parte do Programa de Monitoramento da Garantia de Atendimento, que acompanha regularmente o desempenho do setor e atua na proteção dos consumidores. Nesse ciclo, a ANS determinou a suspensão de 12 planos de 4 operadoras devido a reclamações efetuadas no 3º trimestre deste ano.

A proibição da venda começa a valer no dia 17/12. O objetivo da suspensão de planos é impedir a entrada de novos usuários em planos com problemas na assistência até as operadoras apresentarem melhora no resultado no monitoramento. Dessa forma, os 55.197 beneficiários desses 12 planos suspensos ficam protegidos com a medida. Importante esclarecer que é permitido ingresso de novo filho, novo cônjuge, ex-empregados demitidos ou aposentados nos contratos já vinculados aos planos suspensos.

Além das suspensões, a ANS também divulga a lista de planos que poderão voltar a ser comercializados. Nesse ciclo,

um plano de uma operadora terá a venda liberada pelo Monitoramento da Garantia de Atendimento.

Resultados do Monitoramento da Garantia de Atendimento (3º trimestre)

- 12 planos com comercialização suspensa
- 1 plano com a comercialização liberada
- 55.197 beneficiários protegidos
- 34.133 Reclamações analisadas no período de 01/07/2021 a 30/09/2021

[Consulte o resultado nas listas abaixo:](#)

[Planos com comercialização suspensa](#)

[Operadoras com planos reativados](#)

[Planos suspensos por outros motivos e que foram suspensos pelo monitoramento da garantia de atendimento](#)

[Planos liberados pelo monitoramento da garantia de atendimento mas que continuam suspensos por outros motivos.](#)

PLANOS DE SAÚDE PAGARAM APENAS 37% DA DÍVIDA COM O SUS

Agência Câmara de Notícias – 12/12/2021

O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor informa que os planos de saúde pagaram apenas 37% de sua dívida com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A dívida total é de R\$ 1,6 bilhão cobrada das operadoras pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A Lei dos Planos de Saúde estabelece que os planos devem ressarcir o SUS quando os seus clientes usam a rede pública. Das 1510 operadoras cobradas pela ANS, apenas 24% estão adimplentes.

GRUPO SABIN ASSUME CONTROLE ACIONÁRIO DA AMPARO SAÚDE

Saúde Business – 11/12/2021

A estratégia de crescimento em novos negócios, com a aquisição do controle acionário da healthtech, amplia a atuação na área de atenção primária e saúde digital.

"Com este movimento, fortalecemos a estratégia do Grupo Sabin na ampliação de cuidados integrados e na construção de um ecossistema de saúde que assegure a melhor experiência do cliente e desfechos clínicos". Dessa forma a Presidente do Grupo Sabin, Lídia Abdalla anuncia ao

mercado que o Grupo assumiu o controle acionário da Amparo Saúde.

Criada em 2017, a Amparo Saúde se tornou referência em Atenção Primária à Saúde (APS), investindo no desenvolvimento de tecnologias a partir da análise de dados que tornam os atendimentos médicos mais humanos, eficientes e a custos mais acessíveis. Além dos serviços de telemedicina, a healthtech de APS, conta com unidades

físicas localizadas na Região Metropolitana de São Paulo, Campinas, Rio de Janeiro e Brasília. A empresa atende as maiores operadoras de saúde brasileiras com uma equipe de cuidado coordenado que abrange médico de família, equipe de enfermagem, farmácia, nutrição e psicologia. O time completo acompanha o paciente durante toda a jornada de cuidado e resolve cerca de 85% dos casos, beneficiando todo o sistema de saúde.

A dedicação ao cuidado coordenado da saúde, inspiraram o Grupo Sabin a investir, em 2018, na aquisição de 17% da startup. Em menos de um ano, o acordo motivou um novo aporte do Sabin, que alcançou 30% de participação da Amparo. Em dezembro de 2019, a união resultou na primeira unidade de APS In Company no Brasil. Criado em Brasília, o espaço proporciona atendimento individualizado e assistência primária à saúde aos mais de 2.700 colaboradores do Sabin.

Por meio do Centro de Telessaúde, desenvolvido para atendimento na telemedicina, a healthtech ganhou mais notoriedade e relevância em 2020, diante do cenário de pandemia. Atualmente a empresa atende em sua estrutura física e digital mais de 90 mil pacientes ao ano.

O anúncio da nova negociação, feito em menos de mês após a aquisição do Hemos Laboratório Médico, em Blumenau, é mais um passo para o crescimento do Grupo Sabin no Brasil e dá continuidade ao ciclo de investimentos em aquisições que já superou a marca de R\$ 420 milhões nos últimos nove anos. "Essa nova aquisição faz parte dos planos de diversificação dos negócios do Grupo com o foco na integração da cadeia produtiva, trazendo novas sinergias para o Rita Saúde, o centro de saúde digital do Sabin", estimou a Presidente.

O novo movimento da empresa é um avanço da estratégia de ampliação da jornada coordenada da saúde. "A crise gerada pela pandemia e a necessidade de ampliação do acesso a serviços de saúde no país estimularam os investimentos em serviços que reforçam a entrega de valor na gestão de saúde populacional, integrando a cadeia de saúde e contribuindo para operadoras, auto-gestões e empresas nos cuidados a seus beneficiários e colaboradores."

Grupo Sabin: prevenção, cuidado, inovação e assistência 360

Investimentos na integração da assistência à saúde, que enxerga o paciente como um todo, não focando apenas na doença, sempre figuraram entre as prioridades do Grupo e inspiraram a criação do seu primeiro centro de saúde digital, o Rita Saúde. A plataforma desenvolvida para democratizar o acesso à saúde, foi lançada em março deste ano no Brasil. "Não há como negar que a evolução dos recursos e ferramentas tecnológicas têm sido nossos aliados diante dos desafios para entregar medicina com inovação e qualidade. Por isso, destinar recursos é sinônimo de assegurar respostas efetivas e eficientes na oferta de negócios que

garantam a melhor experiência dos clientes e integrando parceiros e fornecedores. É um ecossistema inovador, que garante saúde de forma planejada prática, moderna e facilitada".

Desenvolvida dentro dos conceitos de saúde 5.0, com as pessoas estão no centro do cuidado, a plataforma integradora oferece uma rede virtual de assistência, com atendimento em telemedicina, integração dos registros de saúde, além de interação da equipe médica durante toda a jornada de cuidados. Estruturada nos pilares da medicina participativa, preventiva e preditiva, o Rita Saúde disponibiliza também atualmente consultas com especialistas focais, serviços de análises clínicas e diagnóstico por imagem, portfólio de vacinas, medicamentos e outros serviços oferecidos por meio de sua rede própria e de parceiros das empresas, integrando assim diversos elos da cadeia de saúde.

A plataforma permite também financiamento de forma colaborativa por stakeholders (crowdfunding), pacientes e copatrocinadas por empresa ou iniciativas da sociedade civil, atendendo à proposta de ampliar acesso à saúde por meio de uma nova forma de custeio. "Com o Rita Saúde preenchemos as lacunas da assistência à saúde e podemos impactar positivamente o maior número de pessoas. Em um país onde oferecer saúde a custo mais baixo é desafiador, vemos o centro de saúde digital do Sabin se consolidando como importante aliado da vida dos brasileiros".

Além de tornar mais acessível a saúde de qualidade o centro também contribui significativamente para a sustentabilidade do setor, por meio dos impactos dos resultados. A executiva explica ainda que o Rita Saúde permite também que financiadores sociais façam contribuições às pessoas em situação de vulnerabilidade. Ainda este ano vamos integrar ao centro digital uma nova modalidade de assinatura econômica dando aos clientes acesso a exames, medicamentos e consultas com especialistas a preços bastante atrativos", destacou.

A inovação no DNA e os pilares estratégicos de ESG (Environmental, Social and Governance), que envolvem todos os aspectos ambientais, sociais e de governança do Grupo Sabin, inspiram a atuação da empresa para seguir fortalecendo cada vez mais o sistema de saúde brasileiro e o Rita Saúde é mais uma das entregas de produtos e serviços de consistência que consolida a empresa como um dos maiores players do setor, além de influenciar as iniciativas e os investimentos para uma atuação de impacto positivo, priorizando os valores que pautam sua atuação: ética, respeito à vida, inovação e responsabilidade social, para cumprir seu principal compromisso de oferecer serviços de saúde com excelência. "Nossos investimentos têm objetivos estratégicos de resultados: diversificar nosso portfólio, fortalecer a cadeia de saúde do país, mas, sem dúvida, nossa prioridade é com o cuidado coordenado e individualizado com a saúde de milhões de pessoas que todos os anos confiam na gente o seu bem maior: a vida", finalizou.

COMISSÃO APROVA REGRAS PARA REAJUSTE DE PLANOS DE SAÚDE POR MUDANÇA DE IDADE

Agência Câmara de Notícias – 10/12/2021

Texto aprovado incorpora parte de resolução da ANS que trata da variação de preços por faixa etária nos planos de saúde

A Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara dos Deputados aprovou projeto de lei que fixa regras para o reajuste da prestação dos planos de saúde devido à mudança de faixa etária.

Pela proposta, as operadoras dos planos de saúde deverão adotar dez faixas etárias, sendo a primeira faixa de 0 a 18 anos e a última de 59 anos ou mais. O valor fixado para a última faixa não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa. Já a variação acumulada entre a sétima (44 a 48 anos) e a última não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixas.

Por fim, o texto determina que as variações por mudança de faixa etária não podem apresentar percentuais negativos. As medidas são inseridas na Lei dos Planos de Saúde.

Mudança

O texto aprovado é o substitutivo do relator, deputado Eduardo Barbosa (PSDB-MG), ao Projeto de Lei 1575/20, do

ex-deputado Roberto Pessoa (CE). Barbosa explicou que o substitutivo incorpora parte de uma resolução da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que trata da variação de preços por faixa etária nos planos de saúde.

Ele defendeu a iniciativa. “Ao elevarmos determinadas regras contidas nas resoluções normativas da ANS ao status legal, damos mais segurança aos beneficiários de planos de saúde e facilitamos o cumprimento da norma”, disse.

O projeto original é mais amplo, pois trata ainda de assuntos como requisição de pessoal, produtos e serviços privados em situação de calamidade pública. O relator optou por não acatar as demais medidas por entender que elas já estão previstas na legislação.

Tramitação

O projeto tramita em caráter conclusivo e será analisado ainda pelas comissões de Seguridade Social e Família; de Finanças e Tributação; e de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJ).

[Saiba mais sobre a tramitação de projetos de lei.](#)

CARTEIRA DE 370 MIL PLANOS DA AMIL É VENDIDA PARA FUNDO DE INVESTIMENTOS E OPERADORA PAULISTA. O QUE MUDA PARA USUÁRIOS

O Globo - 10/12/2021

Fiord se associa à Saúde APS em negócio de R\$ 3 bilhões, que inclui a compra de quatro hospitais. ANS analisa.

O Fiord Capital, veículo de investimento, se juntou à operadora paulista APS (Assistência Personalizada à Saúde), que tem pouco mais de 11 mil usuários, para assumir a carteira de planos de saúde individuais da Amil, que totaliza 370 mil beneficiários em Paraná, Rio e São Paulo (onde há maior concentração, 260 mil).

A operação na qual a Amil se desfaz de seus planos individuais foi antecipada pelo jornal Valor Econômico.

A UnitedHealth, dona da Amil, vai pagar R\$ 3 bilhões para que outra empresa assuma os contratos.

Segundo fontes, do valor total, R\$ 1,6 bilhão se refere à carteira, que é deficitária. O restante inclui quatro hospitais da Amil para garantia de atendimento e o pagamento de provisão (espécie de depósito) à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A princípio, para os consumidores nada muda, pois os contratos deverão ser mantidos pela nova operadora. (Tire suas dúvidas no perguntas e respostas no fim deste texto)

A Amil protocolou a informação de transferência de carteira na ANS na última semana. A solicitação ainda está em análise, mas, segundo fontes do setor, na prática há pouco espaço para o regulador interferir, tratando-se mais de um processo protocolar.

Foco no coletivo

No entanto, a agência pretende fazer recomendações às empresas envolvidas para garantir uma transição sem problemas para o consumidor e manterá o monitoramento contínuo da assistência. Uma reunião deve ser marcada já na próxima semana.

— A negociação dessa carteira pela Amil deixa claro o desejo das grandes operadoras de focarem no mercado coletivo, em que há menos regulação da ANS, e se livrem dos planos individuais — diz a advogada Maria Stella Gregori, ex-diretora da ANS.

Os planos individuais têm reajuste limitado pela ANS. Nos coletivos, eles são negociados entre as partes.

Composta primordialmente de idosos, a carteira de planos individuais da Amil é deficitária.

O índice de sinistralidade — percentual que representa o custo de prestação de assistência sobre o total arrecadado — é de 120%, quando a média de mercado fica entre 80% e 85%. Fontes próximas afirmam, porém, que mudanças na gestão abririam caminho para que 80% da carteira se tornassem lucrativos.

Segundo pessoas a par da negociação, esses contratos já não fazem parte da estratégia central da Amil, mas a nova gestão deve trabalhar com horizonte de cinco a sete anos para rentabilizar a carteira e evitar o comprometimento do negócio.

O Fiord foi fundado em novembro por profissionais com experiência no mercado de reestruturação financeira, vindos da gigante Starboard Partners.

Nos bastidores, diz-se que a negociação com a Amil teria sido a razão da abertura do Fiord. Nem o fundo nem a Amil quiseram se manifestar sobre a negociação.

O advogado Rafael Robba, especialista em saúde, teme que se repitam problemas vistos em 2013, na venda de planos individuais da Golden Cross à Unimed-Rio:

— Houve uma enorme judicialização, principalmente por mudanças na rede credenciada. É fundamental que a ANS seja muito diligente.

Entenda as regras na troca de gestão da carteira

Com a venda da carteira, o valor da mensalidade pode mudar?

Não. De acordo com a ANS, em uma operação de transferência de carteira é obrigatório que a operadora adquirente garanta a manutenção das condições contratuais dos beneficiários, inclusive o valor da mensalidade e as regras de reajuste previstos em contrato, não sendo permitida qualquer cobrança de carência para as já cumpridas pelos beneficiários.

E quanto à rede credenciada, ela pode ser modificada?

Numa negociação como essa também é prevista a manutenção da rede credenciada. Qualquer alteração deve

ser submetida à avaliação da ANS, mas, na prática, especialistas afirmam que é comum haver mudanças na rede.

Segundo especialistas, esse costuma ser o ponto mais sensível quando é feita a mudança de operadora. Para analistas, a ANS deveria recomendar que os clientes da Amil em tratamento pudessem manter o atendimento na rede credenciada atual.

Pode haver alteração no critério de reajuste por faixa etária?

Não. A operadora deve manter tudo que estabelecido em contrato, inclusive as datas e percentuais de reajustes por mudança de faixa etária previamente acordados.

Se eu não quiser permanecer na nova operadora, há algum benefício para portabilidade?

Não há nenhuma condição especial para troca de operadora prevista para casos de transferência de carteira.

ANS destaca, no entanto, que os beneficiários que não ficarem satisfeitos com a transferência podem optar pela portabilidade, seguindo as condições previstas pelas regras da ANS, entre elas, estar em dia com a mensalidade e ter cumprido o prazo de carência na Amil.

Quem optar por aceitar a transferência de carteira e se vincular à nova operadora poderá, no futuro, optar pela portabilidade. Nesse caso, será computado todo o tempo passado na Amil na transferência para outro plano.

Alguma coisa muda para os clientes da Amil que não têm contrato individual?

De forma alguma. A operadora permanece como responsável assistencial de todos contratos atrelados a produtos não contemplados na operações de transferência de carteira, não havendo qualquer modificação na relação contratual em virtude de eventual alienação de parte da carteira.

Em casos de problema ou de dúvidas, a quem recorrer?

As operadoras deverão informar a mudança clara e ostensivamente aos consumidores. Em caso de dúvidas ou problemas, os usuários dos planos podem se informar ou registrar queixa na ANS pelo Disque ANS (0800 701 9656) ou pelo site (www.gov.br/ans/pt-br).

Também é possível registrar reclamações nos Procons ou pela plataforma de intermediação de conflito do Ministério da Justiça, Consumidor.gov.br.

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.