

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

15 de maio de 2024



ANS PRORROGA PRAZO PARA ENVIO DO DIOPS

Informações das operadoras de planos de saúde poderão ser encaminhadas até 31 de maio

GOV (ANS) – 15/05/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) prorrogou, até 31 de maio de 2024, o prazo para que as operadoras de planos de saúde possam enviar o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS/ANS) referente ao 1º trimestre deste ano. A prorrogação é válida para todos os documentos que devem ser encaminhados junto do referido DIOPS, como o PPA e o Relatório Circunstanciado de Auditoria, por exemplo.

A decisão será publicada na edição de amanhã, 16 de maio, do Diário Oficial da União (DOU).

ÍNDICE INTERATIVO

[ANS publica novas medidas relacionadas à situação de calamidade no RS](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Fraudes na saúde: enfrentando o abuso de reembolsos e compartilhamento de contas](#) – Fonte: Saúde Debate

[Planos de saúde continuarão "saudáveis" com a reforma tributária, mas merecem cuidado](#) – Fonte: Saúde Business

[Planos de saúde: ANS decide hoje índice de reajuste dos individuais. percentual deve ficar entre os menores em dez anos](#) – Fonte: O Globo

[Reforma tributária desestimula planos de saúde corporativos, diz entidade](#) – Fonte: GOV (ANS)

[STJ: planos odontológicos deverão se registrar em Conselho Regional de Odontologia](#) – Fonte: Jota Info

[ANS suspende prazos para operadoras com sede no Rio Grande do Sul](#) – Fonte: GOV (ANS)

[Rede D'Or e Bradesco criam nova rede de hospitais: Atlântica D'Or, com investimento de R\\$ 1,1 bilhão](#) – Fonte: O Globo

[Exclusivo: Amil avalia venda de hospitais e carteira de planos de saúde no Nordeste](#) – Fonte: Exame

ANS PUBLICA NOVAS MEDIDAS RELACIONADAS À SITUAÇÃO DE CALAMIDADE NO RS

GOV (ANS) – 13/05/2024

Confira a Decisão publicada no Diário Oficial desta segunda-feira, 13/05/2024

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou, na edição desta segunda-feira 13/05 do Diário Oficial da União (DOU), uma nova decisão relacionada a medidas regulatórias excepcionais, ocasionadas pela situação de

calamidade pública decorrente das inundações no estado do Rio Grande do Sul.

[Confira aqui a Decisão de 9 de maio de 2024, publicada no DOU de 13/05/2024](#)

[Confira a Decisão de 7 de maio de 2024, publicada no DOU de 08/05/2024](#)

FRAUDES NA SAÚDE: ENFRENTANDO O ABUSO DE REEMBOLSOS E COMPARTILHAMENTO DE CONTAS

Saúde Debate – 13/05/2024

Confira a Decisão publicada no Diário Oficial desta segunda-feira, 13/05/2024.

A proteção de dados na área da saúde não é apenas uma necessidade operacional, mas também uma questão ética fundamental. A Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD) representou um avanço significativo ao estabelecer práticas e padronizações para garantir maior confiabilidade no ambiente digital. Contudo, algumas práticas fraudulentas, como abuso de reembolsos e compartilhamento de contas, representam uma ameaça constante às tentativas de estabilização desse setor vital.

De acordo com um estudo do Instituto de Estudos da Saúde Suplementar (IESS), fraudes de reembolso em planos de saúde causaram um prejuízo entre R\$30 e R\$ 34 bilhões ao setor em 2022, e têm aumentado consideravelmente nos últimos anos. As práticas, que envolvem documentos falsos e até simulações de exames e consultas médicas, causam danos que podem levar anos para serem reparados pelas companhias. Ainda segundo o IESS, das 14 empresas participantes do estudo, nove comprovaram um rombo de R\$ 2,4 bilhões causado pelas fraudes.

Diante desse cenário alarmante, torna-se imprescindível adotar tecnologias avançadas e estratégias proativas para garantir a segurança dos dados e prevenir fraudes, especialmente no que diz respeito ao abuso de reembolsos e compartilhamento de contas, que são algumas das maiores dores do setor.

Entre as medidas que as empresas do setor de saúde podem adotar para fortalecer sua defesa, destacam-se:

Biometria comportamental: Mais do que nunca, é importante a utilização de tecnologias que analisam o comportamento do usuário para verificar sua identidade, adicionando uma camada de segurança à autenticação de acesso sem impactar negativamente a experiência do usuário.

Análise de dados com Inteligência Artificial: Empresas de saúde devem implementar algoritmos avançados para identificar padrões suspeitos ou atividades incomuns nos sistemas, permitindo uma detecção precoce de ameaças cada vez mais elaboradas.

Análise de dispositivos e contextos: Sejam informações dos pacientes ou da própria empresa, é importante uma avaliação do contexto em que os dados estão sendo acessados e utilizados, levando em consideração fatores como localização geográfica, dispositivo utilizado e histórico de comportamento do usuário.

Monitoramento contínuo e resposta proativa: Estabelecimento de sistemas de monitoramento em tempo real para identificar atividades suspeitas e responder rapidamente a incidentes de segurança, minimizando o impacto de potenciais violações.

Parcerias com especialistas em cibersegurança: Especialmente para empresas de saúde, que lidam majoritariamente com dados sensíveis, é imprescindível a colaboração com empresas especializadas em segurança digital para desenvolver estratégias personalizadas de proteção de dados e capacitar equipes internas na identificação e mitigação de riscos.

É crucial lembrar que o impacto deste tipo de fraude vai além das consequências financeiras para as empresas envolvidas. Essas práticas comprometem a integridade do sistema de saúde como um todo, afetando a confiança dos pacientes e prejudicando o acesso a cuidados médicos de qualidade.

O tratamento correto e a proteção dos dados no setor de saúde não é apenas uma obrigação legal, mas uma responsabilidade ética que deve ser priorizada por todas as organizações envolvidas nesse ecossistema vital. Somente por meio de uma abordagem abrangente e proativa para a segurança digital é que podemos garantir a integridade e confiabilidade dos dados de saúde, sem interromper a experiência do usuário final.

PLANOS DE SAÚDE CONTINUARÃO "SAUDÁVEIS" COM A REFORMA TRIBUTÁRIA, MAS MERECEM CUIDADO

Saúde Business – 13/05/2024

Uma análise detalhada sobre os impactos do crédito tributário nos planos de saúde e suas consequências para empresas e funcionários.

A apresentação do Projeto de Lei Complementar nº 68/2024, destinado à regulamentação da reforma tributária, gerou uma corrida dos setores da economia para conhecer os impactos sobre as atividades desenvolvidas por cada um. Assim ocorreu com os planos de saúde, que se viram diante de muitas preocupações com a reforma.

O PLP 68/2024 apresentado pelo governo estabeleceu uma restrição à tomada de "créditos IVA" quando ocorre a contratação de plano de saúde por empresas em prol de seus funcionários. Temos aqui a aplicação dos chamados "fringe benefits" ou, simplesmente, benefícios indiretos nas relações de trabalho. Assim, ainda que pague o IVA referente ao plano de saúde, a empresa encontra-se vedada ao seu respectivo creditamento.

Essa situação gerou enormes ruídos, com manifestações públicas de que as empresas reduziriam a contratação de planos de saúde, bem como a alegação de que o setor já estava sendo penalizado com uma majoração brutal de tributos, dada a aplicação de uma alíquota estimada de 26,5%.

Devemos sempre trazer a técnica e a racionalidade jurídica-tributária ao debate, esclarecendo o tema para uma compreensão genuína. A estimativa apresentada pela equipe técnica do governo federal é de que as alíquotas de referência dos novos tributos (IBS e CBS), somadas, alcançarão 26,5%. Contudo, o próprio PLP prevê expressamente que os planos de assistência à saúde gozarão de alíquota reduzida concedida aos serviços médicos e hospitalares, tornando a sua alíquota efetiva neste cenário de somente 10,6%, conforme o artigo 220.

Estamos, portanto, diante de um setor beneficiado por alíquotas reduzidas. Um setor que, inclusive, hoje paga PIS e Cofins em tributação exclusiva de 4,65%, e 2% a 5% (ISS), ambas sem qualquer direito a crédito. Somadas, tem-se uma alíquota que gira em torno de 6,65% a 9,65%.

Assim, realizando uma comparação direta, temos uma tributação atual de 6,65% até 9,65% sem direito a nenhum crédito contra 10,6% no regime futuro, com a possibilidade de creditamento.

Ou seja, considerando que o crédito – operacionalizado pelo mecanismo da não cumulatividade previsto pela reforma tributária – tende a ser universal e financeiro, as operadoras de seguro de saúde vão poder se creditar de pagamentos sobre comissões de vendas, prestação de serviços de terceiros, pagamento sobre aluguéis, pagamento sobre

publicidades, pagamento sobre softwares, todas essas despesas com valores extremamente relevantes, conforme disponibilização de alguns balanços públicos do setor.

Dessa forma, é seguro dizer que o impacto da reforma tributária nas operadoras de planos de saúde é na verdade de equilíbrio com o atual sistema; em alguns casos, poderá haver até redução da carga tributária incidente sobre a sua atividade.

Não obstante tais ponderações, o principal ponto de insurgência apresentado diz respeito não à tributação dos planos de assistência à saúde, mas à tomada de créditos pelas empresas que contratarem, aos seus funcionários, tais planos.

Aqui, vale a pena lembrar: nem todas as despesas contraídas pelas empresas no atual sistema são classificáveis como crédito. Hoje, há diversas regras para creditamento, conforme o tipo de tributo (PIS/Cofins, ICMS e IPI). Essa situação é a razão pela qual, inclusive, os contribuintes instauram incontáveis litígios com o fisco, com o objetivo de aumentar o maior número de despesas classificáveis como crédito.

No caso de planos de saúde contratados em favor de funcionários, o atual sistema já veda a tomada de crédito. Ou seja, não há atualmente ambiente jurídico favorável à tomada de crédito de planos para funcionários, salvo raríssimas situações.

Portanto, com relação ao crédito, a reforma tributária não traz mudanças em relação ao atual regime, em que planos de saúde já não são objeto de creditamento. Nesse particular, a reforma tributária em nada inova. Não será em função dela que haverá cortes no fornecimento do benefício do plano de saúde pelas empresas a seus funcionários.

No entanto, apesar desse histórico e da análise técnica da questão, nada impede que o assunto seja objeto de uma avaliação mais aprofundada, bem como de uma discussão ampla sobre a função social dos planos de saúde no Brasil, especialmente os corporativos, visando, no mínimo, garantir o direito ao crédito sobre essas despesas.

Neste ponto, é inconteste que os planos de saúde são concedidos aos funcionários muitas vezes por força de convenções coletivas de trabalho, tornando a despesa praticamente mandatória para as empresas.

Ainda, é negável que a concessão de tais benefícios indiretos ocasiona o pagamento pelo setor privado de uma obrigação estatal, ampliando o acesso da população a serviços de saúde privados, o que gera um evidente desafogamento das redes públicas de atendimento.

PLANOS DE SAÚDE: ANS DECIDE HOJE ÍNDICE DE REAJUSTE DOS INDIVIDUAIS. PERCENTUAL DEVE FICAR ENTRE OS MENORES EM DEZ ANOS

O Globo – 13/05/2024

Operadoras fazem uma pressão crescente sobre a reguladora para mudança no modelo de cálculos de aumentos e liberação de revisão técnica dos contratos.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) bate o martelo nesta segunda-feira sobre o índice de reajuste dos planos individuais. O percentual deve ser o menor em uma década, excetuando o reajuste negativo concedido em 2021, de -8,19%, devido a pandemia de Covid-19. A expectativa é que fique próximo aos 7%. A decisão será tomada em uma reunião reservada da diretoria colegiada nesta tarde, após a realização de reunião extraordinária que será transmitida ao vivo pelo YouTube, a partir das 14h30m.

Decidido o percentual, o índice de reajuste será enviado ao Ministério da Fazenda para avaliação. A Fazenda tem 15 dias para retornar com um posicionamento à ANS. Só depois esta análise o percentual será divulgado pela agência para aplicação nos contratos pelas operadoras. O índice é válido para aplicação entre maio de 2024 e abril de 2025.

Apesar de representar menos de 20% dos contratos da saúde suplementar, o reajuste dos planos individuais funciona como um balizador dos reajustes do planos coletivos.

O modelo de reajuste da ANS para os planos individuais reflete a variação de custos médico hospitalares em um ano, sendo sempre de 31/12 do último ano em comparação ao do ano anterior. O percentual mais baixo este ano, em 2023 foi de 9,63%, põe em xeque o discurso das empresas de escalada de custos, diz Ana Carolina Navarrete, advogada especialista em Saúde, coordenadora da Comissão Intersetorial de Saúde Suplementar, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), do Ministério da Saúde.

- A nova metodologia da ANS reflete a variação dos custos dos individuais, e são um risco às empresas, porque mostra o quanto os reajustes que elas querem aplicar está longe da realidade dos custos. Os reajustes dos individuais mostram que a regulação é melhor sucedida em produzir transparência e índices mais equilibrados do que o livre mercado. Não à toa,

nos coletivos há uma enxurrada de reajustes muito elevados, que sabemos, não necessariamente refletem a cadeia de custos, mas repassam problemas de gestão e risco do negócio pro usuário. Os planos individuais são vítimas do seu próprio sucesso. Como possuem reajustes mais baixos, as empresas fazem absolutamente de tudo para não oferecer, ou tentar ludibriar a regulação - destaca Navarrete.

Nos bastidores o que se fala é que a divulgação do índice deve aumentar a pressão das operadoras por mudanças no modelo de reajuste e por revisão técnica dos contratos individuais, diante da alegação das operadoras que os planos individuais são deficitários.

Na prática, a revisão técnica significa a liberação de um reajuste extra, além do índice calculado pela agência reguladora como forma de reequilibrar os contratos. Na avaliação de especialistas, essa pode ser uma saída viável, mas que precisa ser analisada criteriosamente contrato a contrato. A visão é de que a revisão técnica só é válida caso signifique a volta das vendas dos individuais o que beneficiaria os consumidores, já que a maioria das grandes empresas não oferta essa modalidade de contrato que tem seus reajustes regulados pela ANS, além de critérios mais rigorosos para rompimento.

Na avaliação da especialista, se aprovar o modelo de reajuste por operadora a ANS estará abrindo mão, de fato, de regular os reajustes dos individuais, retirando a proteção hoje oferecida aos consumidores mais vulneráveis do setor, já que não têm nenhum poder de barganha com as operadoras. Ela ainda acrescenta:

- Reajuste por revisão técnica é uma frontal violação ao Código de Defesa do Consumidor (CDC). Esta modalidade, aliás, está sendo questionada judicialmente, especialmente porque premia operadoras que tomam más decisões de gestão, com a possibilidade de alterar o preço unilateralmente, a qualquer tempo, em qualquer valor. Ela é uma ferramenta que desequilibra ainda mais as forças entre operadora e consumidor - avalia Navarrete.

REFORMA TRIBUTÁRIA DESESTIMULA PLANOS DE SAÚDE CORPORATIVOS, DIZ ENTIDADE

GOV (ANS) – 09/05/2024

Associação de operadoras afirma que impacto virá do fim do crédito tributário gerado para empresas com despesas na contratação dos benefícios

A Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge) afirma que, ao impedir que empresas aproveitem o crédito gerado com despesas de contratação de planos de saúde para deduzir impostos devidos, a reforma tributária desestimula a oferta desse benefício aos funcionários.

“A proposta apresentada coloca o Brasil na contramão mundial no tratamento tributário dado ao setor de saúde”, afirma Gustavo Ribeiro, presidente da associação. “Nos demais países, o setor é desonerado ou tem alíquota zero.”

Na avaliação das operadoras, o fim do crédito tributário com despesas com planos de saúde vai reduzir o sistema de saúde suplementar, que já acumula cerca de 17,5 bilhões de reais em prejuízo operacional nos últimos três anos, e sobrecarregar o SUS.

De acordo com estudo da Abramge, dos 50 milhões de brasileiros que têm acesso à assistência médico-hospitalar no sistema privado, 60% são de coletivos empresariais – o que significa que há mais de 30 milhões de usuários de planos oferecidos por empresas.

“A sustentabilidade e complementaridade dos sistemas público e privado é fundamental para que ainda mais pessoas tenham acesso ao sistema de saúde”, diz o presidente da associação, alertando para o impacto sobre o acesso a exames.

STJ: PLANOS ODONTOLÓGICOS DEVERÃO SE REGISTRAR EM CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA

Jota Info – 09/05/2024

Para o colegiado, enquanto parte do serviço de assistência odontológica, os planos devem se subordinar à regulação e fiscalização dos CROs.

Por unanimidade, a 2ª Turma do Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu, em julgamento no dia 2/4, que planos odontológicos privados são obrigados a se registrar no Conselho Regional de Odontologia (CRO) dos locais onde oferecem serviços. Para o colegiado, enquanto parte do serviço de assistência odontológica, os planos devem se subordinar à regulação e fiscalização dos CROs nas regiões em que opera, independentemente da sede da operadora. Leia [aqui](#) o acórdão na íntegra.

Na ação, os ministros julgaram o recurso especial ajuizado por uma operadora de planos odontológicos contra decisão que obrigava seu registro no CRO do Espírito Santo. No pedido, a empresa afirmou que atuava na concessão de reembolsos de procedimentos odontológicos, com análise e verificação feita na sede, no Rio de Janeiro. Além disso, sustentou que a competência de fiscalização do CRO está limitada aos profissionais dentistas de modo que, enquanto operadora de planos odontológicos, deveria se submeter apenas à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Entretanto, para o relator da ação, ministro Mauro Campbell Marques, a legislação determina que as operadoras não apenas devem se registrar nos conselhos regionais de medicina e odontologia, como estarão subordinadas às entidades das regiões em que ofereçam seus serviços. “O art. 13, § 1.º, da Lei 4.324/1964, estabelece que o registro no

conselho profissional odontológico deve ser feito na jurisdição em que o sujeito ao registro esteja sediado ou em que ele exerça as suas atividades”, considerou.

A decisão manteve o entendimento da 4ª Vara Federal Cível de Vitória e do Tribunal Regional Federal da 2ª Região (TRF2), que reconheceram o vínculo entre as operadoras e os CRO's. Para os desembargadores do TRF2, mesmo que o plano de saúde não tenha sede no Espírito Santo, em 2009, a operadora já oferece o serviço para 6 mil beneficiários sem regulação da entidade.

Na sentença de primeiro grau, o magistrado afirma que a atividade das empresas do setor de planos está diretamente vinculada com o exercício da assistência odontológica. “O legislador pátrio tornou imprescindível o registro das operadoras de planos privados de assistência odontológica ao Conselho de Odontologia, por entender que a sua atividade preponderante está ligada à odontologia (art.8º da Lei nº 9.656/98 e art. 1º da Lei nº 6.839/80), além de considerar indispensável a inscrição das mesmas nos respectivos Conselhos Regionais Dos locais onde

desempenham as suas atividades”, afirmou o juiz federal Luiz Henrique Horsth Da Matta.

A ação consta como REsp nº 2099521 / ES (2023/0348868-4).

ANS SUSPENDE PRAZOS PARA OPERADORAS COM SEDE NO RIO GRANDE DO SUL

GOV (ANS) – 09/05/2024

Decisão é decorrente da situação de calamidade pública na qual o estado se encontra.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que estão suspensos por 30 dias, a partir de 1º de maio de 2024, os prazos para envio das seguintes informações periódicas obrigatórias por operadoras com sede no Rio Grande do Sul:

- Sistema de Informações de Beneficiários (SIB);
- Sistema de Informações de Produtos (SIP);
- Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos de Assistência à Saúde (DIOPS); e
- dados do padrão de Troca de Informações de Saúde Suplementar (TISS).

REDE D'OR E BRADESCO CRIAM NOVA REDE DE HOSPITAIS: ATLÂNTICA D'OR, COM INVESTIMENTO DE R\$ 1,1 BILHÃO

O Globo - 08/05/2024

Nova empresa já nasce com três unidades em construção em RJ e SP

A Rede D'Or e a Atlântica, da Bradesco Seguros, estão criando uma nova rede de hospitais juntas. Com investimento inicial de R\$ 1,15 bilhão, a sociedade vai financiar a construção de três unidades em Macaé (RJ), Alphaville (SP) e Guarulhos (SP), cujas obras já estão em andamento. A nova empresa foi batizada de Atlântica D'Or.

"Está sob análise o potencial desenvolvimento conjunto de futuros novos hospitais em outras praças, em particular em Taubaté e Ribeirão Preto, ambos no estado de São Paulo, cujos ativos já foram oferecidos à Atlântica Hospitais no âmbito da parceria", disse a Rede D'Or em fato relevante na noite desta quarta-feira.

Os hospitais em construção terão cerca de 620 leitos e espaço para expansão. A Rede D'Or terá 50,01% da sociedade e será a operadora dos hospitais.

Sócias e rivais

A sociedade alinha os interesses de duas companhias que, para analistas do mercado financeiro, iriam duelar pela liderança do movimento de consolidação na saúde. Segundo relatório publicado há poucas semanas pelo Itaú BBA, a pressão de custos do pós-pandemia e a alavancagem financeira que pesa sobre o setor tenderiam a tornar Dasa e Américas (rede de hospitais da Amil) em potenciais alvos de aquisição, enquanto Rede D'Or e Bradesco atuariam na ponta compradora.

Além do segmento hospitalar, as duas já concorrem de maneira indireta no segmento de planos de saúde, uma vez que a Rede D'Or é dona da SulAmérica e a Atlântica pertence

a uma de suas principais rivais, a Bradesco Seguros. A própria criação da Atlântica, em 2021, foi lida pelo mercado como um movimento de defesa diante da fusão entre D'Or e SulAmérica.

Guinada

No último ano, a Atlântica deu uma guinada em suas operações, anunciando negócios em série. Em março de 2023, se associou ao Albert Einstein para construir um hospital de R\$ 600 milhões e cerca de 300 leitos, previsto para 2027. Depois, em agosto, comprou 20% do grupo por trás de um dos maiores hospitais de Brasília, o Santa Lúcia, em transação estimada em R\$ 1 bilhão. Em dezembro, a Atlântica se uniu à mineira Mater Dei para erguer um hospital em São Paulo ao custo de R\$ 600 milhões.

Antes, ainda em 2022, a companhia já havia se unido à Beneficência Portuguesa e à rede de laboratórios Fleury na criação de uma rede de clínicas especializadas em oncologia, orçada inicialmente em R\$ 678 milhões.

Já a Rede D'Or, que vale quase R\$ 68 bilhões na Bolsa, opera 73 hospitais (sendo 70 próprios) em 13 estados e no Distrito Federal, com um total de 11,7 mil leitos. Parte importante do crescimento desde o fim de 2020, quando estreou na B3, se deu por meio de aquisições: foram 17 hospitais comprados desde então.

Na terça-feira, em teleconferência de resultados, o presidente da companhia, Paulo Moll, deu mais ênfase ao chamado crescimento "orgânico" do que a aquisições. A companhia calcula ter mais de 50 projetos de novas unidades e expansões em andamento, com potencial total de 6,6 mil novos leitos. Entre eles está o Barra D'Or II, na Zona Oeste do Rio.

EXCLUSIVO: AMIL AVALIA VENDA DE HOSPITAIS E CARTEIRA DE PLANOS DE SAÚDE NO NORDESTE

Exame - 07/05/2024

Sob o comando de Junior, operadora quer focar sua atuação em São Paulo e no Rio de Janeiro e sonda interessados pelos seus hospitais de Fortaleza, Natal e Recife

A Amil começou a sondar o mercado para uma potencial venda de suas operações na região Nordeste, com o objetivo de focar sua atuação em São Paulo, Rio de Janeiro e Distrito Federal, fontes com conhecimento do assunto disseram ao INSIGHT.

A companhia tem três hospitais na região: o Monte Klinikum, em Fortaleza, com 102 leitos; o Promater, em Natal, com 142 leitos; e Santa Joana, em Recife, com 219 leitos.

A ideia é vender os hospitais e também a carteira de planos de saúde na região. As vendas podem acontecer de forma casada ou não.

Nas últimas semanas, a Amil tem sondado possíveis interessados nos ativos, mas ainda de maneira informal, sem um banco mandatado para a venda.

Esse é o primeiro movimento mais organizado para reestruturação da empresa desde que o empresário José Seripieri Junior comprou a Amil, no fim do ano passado, por cerca de R\$ 11 bilhões – incluindo aí tanto R\$ 2 bilhões em dinheiro quanto a assunção de dívidas.

Além de uma carteira de 5 milhões de vidas entre planos de saúde e dentais, a Amil também é dona da Rede Américas, que conta com 15 hospitais, a maior parte deles em São Paulo e no Rio de Janeiro.

Desde que a Junior assumiu a Amil, o mercado vem se questionando qual será a estratégia do empresário para a companhia, que vem sofrendo principalmente por conta da carteira de planos de saúde individuais, que tem reajustes

tabelados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e se tornou um ralo de dinheiro, com sucessivos prejuízos ao longo dos últimos anos.

A venda dos hospitais e da carteira de planos daria fôlego para fortalecer o restante da operação, num momento de alta sinistralidade nos planos de saúde e de desafios para os prestadores de serviços hospitalares, cada vez mais espremidos por políticas mais restritivas das seguradoras e operadoras de saúde.

A Rede Américas opera de forma independente, sem verticalização com os planos da Amil, ainda que obviamente haja um bom alinhamento comercial entre as duas pontas que fazem parte da mesma empresa.

O momento, no entanto, não é dos mais propícios para a venda de hospitais. Diversos ativos estão no mercado, com poucos compradores dispostos a assinar os cheques. “É um buyer’s market, num momento em que há poucos compradores capitalizados para fazer as aquisições”, diz uma fonte que conhece de perto o setor. “E quem está capitalizado está esperando um momento mais propício de preço”.

De acordo com fontes ouvidas pelo INSIGHT, os hospitais da Amil já foram oferecidos para Unimed locais: a de Recife é uma das cooperativas mais fortes do sistema e tem ampla presença no Norte e Nordeste. A Hapvida também é muito forte na região, mas atua numa faixa de preço mais baixa do que a Amil.

Procurada, a Amil disse apenas que “não comenta rumores de mercado”.

Fonte: As matérias publicadas nesta Newsletter são de assuntos de consultoria atuarial e do 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](https://www.milliman.com)

© 2024 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.