

NEWSLETTER MILLIMAN

Setor de Saúde Suplementar

15 de janeiro de 2025



ÍNDICE INTERATIVO

[Regras tão abertas para planos de saúde prejudicam setor e clientes, diz Presidente da Abramge](#) – Fonte: IstoÉ Dinheiro

[ANS promove nova audiência pública sobre política de preços e reajustes](#) – Fonte: (GOV) ANS

[Estudo do IESS mostra a evolução do mercado de planos de saúde no Brasil](#) – Fonte: Medicina S.A

[Lei inclui teste para detectar fibrodysplasia ossificante na triagem neonatal](#) – Fonte: Camara Leg

[Mudanças na saúde suplementar e os impactos para o consumidor](#) – Fonte: Revista Apólice

[Apenas 18% dos Hospitais Brasileiros possuem estratégias digitais definidas, revela estudo](#) – Fonte: Saúde Business

REGRAS TÃO ABERTAS PARA PLANOS DE SAÚDE PREJUDICAM SETOR E CLIENTES, DIZ PRESIDENTE DA ABRAMGE

IstoÉ Dinheiro – 14/01/2025

A judicialização descontrolada do setor de saúde privada tem comprometido não apenas a capacidade das gestoras manterem suas operações como também penaliza os clientes dessas empresas, uma vez que impacta diretamente nos custos dos planos. Crítico do excesso de processos judiciais na área, o presidente da Associação Brasileira dos Planos de Saúde (Abramge), Gustavo Ribeiro, aponta que a quantidade desmedida de ações nos tribunais brasileiros, alvo de reportagem no site IstoÉ Dinheiro há duas semanas (confira [aqui](#)), decorre do fato de o Brasil ser o único país do mundo a ter normativas pouco claras e ambíguas para o setor. Na visão do executivo, a falta de clareza abre brechas para a enxurrada de processos judiciais no segmento, danosos tanto para as empresas como para os usuários, principalmente os de menor poder aquisitivo.

Em entrevista à IstoÉ Dinheiro, o executivo citou declarações do ministro do Supremo Tribunal Federal (STF), Luís Roberto Barroso, que defendeu que não há insegurança jurídica no Brasil, com exceção de três setores – saúde, tributário e trabalhista.

“O Brasil é o único país do mundo que tem regras tão abertas para um setor tão sensível e tão importante”, afirma o presidente da Abrange.

Segundo Ribeiro, o volume excessivo de processos contra operadoras de plano de saúde impacta o equilíbrio financeiro das empresas – que por sua vez as obriga a aumentar o ticket médio dos seus produtos, fazendo com que os outros beneficiários ‘paguem a conta’.

“Então você imagina o seguinte, você precifica um produto, um plano de saúde, e você tem muitas variáveis que podem acontecer, e que estão previstas na formação do preço. Mas, uma questão de judicialização endêmica, como temos no Brasil, isso não tem como você precificar. Então por óbvio que esse impacto econômico é diluído entre todos os usuários do sistema na forma de reajuste, de aumento de preços, e isso é muito ruim para a economia”.

Número de processos disparou

O número de processos judiciais contra operadoras de planos de saúde no Brasil tem aumentado significativamente nos últimos anos. Os dados do Conselho Nacional de Justiça (CNJ) mostram que em 2023 foram registrados 234.111 novos processos, representando aumento de 60% em relação a 2020, quando foram contabilizados 145.695 processos, e também um recorde para a série histórica.

No ano de 2024 foram, de janeiro a outubro, 36.525 novas ações judiciais relacionadas a planos de saúde, uma média de 120 processos por dia, segundo dados do Business Intelligence (BI) do CNJ.

No total, existem mais de 330 mil processos envolvendo operadoras de planos de saúde no Brasil, sendo que os principais motivos para a judicialização incluem negativas de cobertura, reajustes abusivos, cancelamentos de contratos e recusas de serviços por parte das operadoras.

Brasil opera sem rol taxativo

Ribeiro, da Abramge, destaca que o Brasil é um dos poucos países que opera sem regras fixas e claras acerca da cobertura de planos de saúde.

“Em praticamente todo país há rol taxativo. Você tem um produto, que precisa ser precificado, e ela passa por algumas premissas, sendo que uma das principais é saber o que ela entrega, qual é o rol de que precisa ser entregue”.

O rol taxativo é uma lista que contém uma relação descritiva de itens, serviços ou direitos, significando que apenas o que está listado deve ser cumprido ou fornecido. Ou seja, um rol taxativo implica que as operadoras de planos de saúde não são obrigadas a cobrir tratamentos ou procedimentos que não estejam clara e expressamente previstos nessa lista.

O Brasil se destaca pela existência do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, que serve como referência nacional para a cobertura obrigatória dos planos de saúde.

Até 2022, a interpretação predominante do rol era exemplificativa, permitindo a inclusão de tratamentos prescritos por médicos mesmo que não estivessem na lista. Em 2022 o Superior Tribunal de Justiça (STJ) decidiu que o rol passou a ser considerado taxativo, mas mitigado, com exceções possíveis para casos específicos.

A decisão gerou amplo debate na sociedade, que e diversos recursos chegaram ao STF.

Ainda em 2022, em meados de junho, a suprema corte então confirmou a taxatividade mitigada do rol da ANS.

Ou seja, a regra atual é que embora a lista seja considerada taxativa, há exceções que permitem a cobertura de tratamentos fora do rol, como indicação médica fundamentada.

Impacto nos preços dos planos de saúde

O presidente da Abramge chama atenção para que justamente um dos principais desafios do segmento é a inflação médica. O executivo explica que na média, os preços do setor já tendem a subir de forma mais intensa do que os demais – cenário que também é agravado pelas judicializações.

Um estudo do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) indica que os reajustes médios dos planos coletivos, que abrangem mais de 80% dos beneficiários, superaram significativamente a inflação no período.

No ano de 2023 o reajuste médio aplicado aos contratos coletivos de assistência médico-hospitalar foi de 14,38%, ante 11,52% registrados no Índice de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) para o setor de saúde no mesmo período.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu um reajuste máximo de 6,91% para o período entre maio de 2024 e abril de 2025.

Para 2025, analistas do Citi estimam um reajuste médio de 6,5%, refletindo um cenário operacional mais favorável.

Além disso, o segmento de planos de saúde acaba tendo um problema único, relativo à tecnologia.

“A medicina é a única área que, com mais tecnologia, os preços ficam mais caros. Quanto mais inovadora é a tecnologia, mais cara ela é. Isso porque é difícil ela ganhar escala e não existem protocolos de utilização claros”, analisa Ribeiro, da Abramge.

“Você tem exames de imagem – Raio X, tomografia, tomografia com contraste, ressonância -, e você entra no hospital e faz todos esses exames e vai mapeando os sintomas. Isso é um empilhamento sucessivo de tecnologias

que acabam agregando custos, que são cada vez mais caros. Medicamento também está cada vez mais caro. Quanto mais tecnológico é, mais caro ele é. O custo continua alto”, completa.

Nos 12 meses encerrados em março de 2018, o Índice de Variação do Custo Médico-Hospitalar (VCMH) registrou uma alta de 16,9%, enquanto o IPCA no mesmo período foi de 2,7%, indicando que a inflação médica foi aproximadamente 6,3 vezes maior que a inflação geral.

Em anos mais recentes, o cenário não é destoante disso, sendo que em 2024 a inflação não chegou aos 5% ao passo que a inflação médica foi projetada para atingir 14,1% pela consultoria AON.

ANS PROMOVE NOVA AUDIÊNCIA PÚBLICA SOBRE POLÍTICA DE PREÇOS E REAJUSTES

(Gov) ANS – 14/01/2025

Encontro debaterá propostas para reformulação de regras nos dias 28 e 29/1, das 9h às 17h.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) vai realizar, nos dias 28 e 29/1, a Audiência Pública 50, com o objetivo de debater o projeto de reformulação da política de preços e reajustes dos planos de saúde. Trata-se de mais uma etapa de participação social, além da Audiência Pública 48 e da Consulta Pública 145 em prol da construção conjunta das novas regras. Durante o encontro, que será realizado de forma remota, das 9h às 17 horas, a reguladora vai levar para discussão os seguintes pontos:

Reajuste de planos coletivos

- Definição do tamanho do agrupamento – atualmente, os agrupamentos são compostos por contratos com até 29 beneficiários. A ideia é ampliar esse universo para maior diluição do risco e, conseqüentemente, obtenção de reajustes mais equilibrados; e
- Definição de cláusula padrão de reajuste, para dar ao consumidor maior transparência sobre o cálculo realizado para a definição do percentual.

Mecanismos financeiros de regulação (coparticipação e franquia)

- Definição do limite financeiro do fator moderador por procedimento, que é o percentual máximo que poderá ser cobrado por procedimento;
- Definição dos limites financeiros mensal e anual; e
- Definição dos procedimentos não elegíveis, ou seja, aqueles sobre os quais não poderá haver cobrança.

Venda on-line

- Avaliação de critérios de venda on-line, que estabeleça a obrigatoriedade da venda de planos via internet, a fim de facilitar o acesso dos consumidores a diferentes opções de produtos, de forma rápida; e
- Avaliação da necessidade de aprimoramento da Resolução Normativa 413/2016.

Revisão técnica de preços de planos individuais/familiares

- Definição dos critérios de elegibilidade, apontando os requisitos para que operadoras possam ter reajustes excepcionais para o conjunto da carteira individual em razão de desequilíbrio econômico-financeiro em determinado contrato;
- Definição de indicador que caracterize ameaça ao equilíbrio econômico-financeiro da operadora;
- Definição de indicador que caracterize participação efetiva da carteira individual no âmbito da carteira total da operadora (representatividade);
- Definição do tempo e volume que caracterizem existência e continuidade de atuação no mercado de planos individuais;
- Definição de contrapartidas;
- Comercialização de planos individuais; e
- Definição de prazo de implementação e frequência dos pedidos.

Aberto à participação de todos os interessados, o evento vai ocorrer pela plataforma Teams, com transmissão pelo **YouTube**, das 9h às 17h.

Para participar da **Audiência Pública 50**, é preciso fazer inscrição até as 17h do dia 27/1, [clique aqui](#). A gravação ficará disponível no site da Agência.

[Clique aqui](#) para conferir todos os documentos referentes a esta audiência pública, ou acesse o Portal da ANS e, no menu Acesso à Informação, entre na seção Participação da Sociedade, item Audiências Públicas.

Informações recentes sobre o tema:

[ANS apresenta resultados sobre a política de preços e reajustes dos planos de saúde](#)

[ANS recebe contribuições sobre Política de Preços e Reajustes](#)

ESTUDO DO IESS MOSTRA A EVOLUÇÃO DO MERCADO DE PLANOS DE SAÚDE NO BRASIL

Medicina S.A – 13/01/2025

O mercado de planos de saúde tem evoluído e segue em expansão com peso significativo para o País, já que atualmente cobre cerca de 25% da população brasileira, ou 51,5 milhões de beneficiários com assistência médico-hospitalar, marca histórica recorde atingida em outubro deste ano.

Com o objetivo de mapear e entender a dinâmica desse segmento importante, o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) idealizou, em junho de 2016, a Nota de Acompanhamento de Beneficiários (NAB), publicação periódica que, em dezembro de 2024, chega à edição de número 100.

A análise disponibilizada mensalmente busca apresentar desde a evolução do número de beneficiários até as transformações nas operadoras de planos de saúde, abrangendo uma série de segmentações como gênero, faixa etária e tipo de contratação, além de fornecer dados sobre o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

A centésima edição da NAB traz dados e informações sobre os movimentos mais recentes do setor, incluindo a evolução dos beneficiários entre 2000 – início da série histórica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) – e 2024, período que teve oscilações e desafios. Isso porque, entre 2000 e 2014, o mercado foi marcado por um crescimento consistente, atingindo a marca de 50,1 milhões de beneficiários nesse último ano. No entanto, nos anos

seguintes, entre 2015 e 2020, o setor passou por uma desaceleração, com quedas no número total de vínculos, fechando o período, marcado por instabilidade pré-pandemia da Covid-19, com 47 milhões de contratos.

A partir de julho de 2020, no entanto, os indicadores começaram a mudar e apresentaram uma situação mais favorável até atingir, em 2024, um recorde histórico de 51,2 milhões de beneficiários de planos de saúde, reflexo de um cenário mais favorável com recuperação econômica e também pela retomada dos empregos formais no País.

Para José Cechin, superintendente executivo do IESS, a NAB é um instrumento importante que contribui e auxilia o setor com elementos e insights, visando o aprimoramento e melhora da saúde suplementar como um todo. “Estamos muito satisfeitos de termos chegado à edição número 100 dessa Nota de acompanhamento de Beneficiários. Já são mais de oito anos de análise e o mercado tem demonstrado resiliência e capacidade de adaptação diante de mudanças econômicas, demográficas e sociais”, avalia.

Além de trazer análise detalhada sobre beneficiários inseridos em planos de saúde, a última edição de 2024 da NAB também mostra a ascensão dos planos coletivos empresariais, o envelhecimento da população e a transformação do mercado com a redução no número de operadoras.

LEI INCLUI TESTE PARA DETECTAR FIBRODISPLASIA OSSIFICANTE NA TRIAGEM NEONATAL

Camara Leg – 10/01/2025

Diagnóstico precoce pode ajudar a reduzir o impacto da doença no desenvolvimento da criança.

As redes pública e privada de saúde com cobertura do Sistema Único de Saúde (SUS) serão obrigadas a testar os bebês recém-nascidos para identificar se são portadores da fibrodysplasia ossificante progressiva (FOP).

A exigência do exame está na Lei 15.094/25, publicada no Diário oficial da União desta quinta-feira (9).

A fibrodysplasia ossificante progressiva é uma doença rara, de origem genética, que se caracteriza pela formação de ossos em músculos, tendões, ligamentos e outros tecidos de forma

progressiva, restringindo movimentos e podendo levar o paciente à imobilidade permanente.

O diagnóstico precoce pode ajudar a reduzir o impacto da doença no desenvolvimento e na qualidade de vida da criança.

A norma estabelece que o teste será feito durante a triagem neonatal, que já inclui, por exemplo, o teste do pezinho, que é utilizado para diagnosticar várias doenças.

A nova lei teve origem no Projeto de Lei 5090/20, de autoria do ex-deputado Marcelo Aro (MG), aprovado pela Câmara dos Deputados e pelo Senado.

MUDANÇAS NA SAÚDE SUPLEMENTAR E OS IMPACTOS PARA O CONSUMIDOR

Revista Apólice – 10/01/2025

Entre as decisões na saúde suplementar mais debatidas estão as mudanças dos planos coletivos e reajustes nos planos individuais.

A última reunião da diretoria colegiada da Agência Nacional de Saúde (ANS), realizada em dezembro, culminou na aprovação de relatórios que propõem mudanças regulatórias consideradas indigestas por grande parte do mercado, de

entidades representativas de especialistas em direito e saúde complementar e inclusive dos consumidores. As alterações, na percepção predominante desses agentes, poderão exacerbar a já delicada relação entre consumidores e operadoras de planos de saúde.

Para Alessandro Acayaba de Toledo, presidente da Associação Nacional de Administradoras de Benefícios (ANAB), os problemas não residem apenas no conteúdo das deliberações, mas também na opacidade do processo, nos prazos exíguos para adequação e na ausência de um diálogo amplo com a sociedade. “Estamos diante de um verdadeiro Frankenstein regulatório que, em vez de trazer avanços concretos, gera confusão e incertezas tanto para o setor quanto para os beneficiários”, critica Acayaba.

Entre as decisões mais debatidas estão mudanças relativas a planos coletivos, reajustes nos planos individuais, fatores moderadores (coparticipação e franquias), revisão técnica e comercialização online, todas com potenciais repercussões negativas para beneficiários e operadoras. O executivo analisou os principais pontos dessas deliberações e destacou os impactos mais preocupantes:

Regras de coparticipação e franquias

A nova resolução normativa sobre “Fatores Moderadores” estabelece limites para coparticipação (fixando um teto de 30% por procedimento) e franquias, além de determinar isenções obrigatórias para serviços essenciais, como consultas preventivas e exames de pré-natal.

Apesar da intenção de promover maior transparência e proteção ao consumidor, a análise do mercado aponta que a medida poderá acarretar custos adicionais para os beneficiários, além de incrementar a complexidade administrativa para as operadoras.

Para a Acayaba a falta de clareza na implementação é um dos principais problemas. “Sem diretrizes detalhadas e sem diálogo com o setor, o que poderia ser uma medida de equilíbrio corre o risco de onerar beneficiários com cobranças arbitrárias e dificultar o acesso a serviços essenciais. Precisamos de regulamentações que priorizem a proteção do consumidor sem inviabilizar a sustentabilidade do setor.”

Revisão técnica para planos individuais e familiares

A proposta prevê a revisão técnica dos planos individuais e familiares, com o objetivo de corrigir desequilíbrios financeiros das operadoras. Para solicitar reajustes excepcionais, as empresas deverão comprovar desequilíbrios econômicos ao longo de três anos consecutivos, mantendo a comercialização ativa desses planos.

Entre as contrapartidas propostas, estão a oferta obrigatória de contratação online e a comunicação prévia aos beneficiários acerca de mudanças. Contudo, o especialista

alerta que os principais requisitos para que as operadoras possam praticar as novas propostas não foram divulgados, colando em dúvida a quem interessa o tema e não deixando dúvidas de que desinteressa aos consumidores. Se não houver a devida transparência e previsibilidade, a norma poderá gerar insegurança jurídica, além de penalizar os beneficiários de maneira abrupta e injusta.

Regras para reajustes e rescisão contratual para os planos coletivos

Neste caso, a proposta busca alterar uma regra já existente e impõe, entre outros pontos, a comunicação prévia obrigatória de 60 dias para rescisão contratual, com justificativa por escrito, e a exclusão de situações de inadimplência imediata. Afinal, valerá qualquer justificativa para a rescisão unilateral, inclusive aquelas que tem sido atualmente praticadas e não aceitas pela sociedade? Em relação aos reajustes, as mudanças incluem maior detalhamento da metodologia de cálculo, proibição de índices acumulados para um mesmo contrato e ampliação do agrupamento obrigatório de contratos, abrangendo até mil beneficiários.

Os temas são extremamente importantes para o avanço e modernização da regulação, contudo, a colheita das considerações da sociedade e do mercado foram feitas em forma de perguntas de vestibular em que o candidato tinha quatro opções de respostas, sem a oportunidade de debater as questões.

Para Alessandro Acayaba, especialista em direito e saúde e presidente da ANAB, essa abordagem uniforme ignora as especificidades de cada carteira de planos por adesão, por exemplo, que atendem autônomos, profissionais liberais e estudantes. “Unificar o cálculo dos reajustes prejudica contratos equilibrados, penalizando beneficiários e favorecendo ineficiências. Essa abordagem transfere o ônus das más gestões para os consumidores, o que é inaceitável”, alerta.

Vendas online de planos de saúde

Mais uma vez, a proposta modifica uma resolução já existente. Dessa vez, a Resolução Normativa nº 413, que torna obrigatória a oferta de contratação eletrônica de planos de saúde para modalidades individuais, familiares e coletivas. Antes facultativa, essa medida visa ampliar o acesso, mas gera desafios de adaptação para operadoras e consumidores menos familiarizados com a tecnologia. “Forçar a migração para o digital é excelente, mas sem uma transição equilibrada pode excluir consumidores menos familiarizados com tecnologia e prejudicar pequenos operadores. O ideal é que a ANS busque soluções que não criem novos gargalos, mas promovam inclusão e eficiência para todos os envolvidos no setor”, finaliza Acayaba.

APENAS 18% DOS HOSPITAIS BRASILEIROS POSSUEM ESTRATÉGIAS DIGITAIS DEFINIDAS, REVELA ESTUDO

Saúde Business – 08/01/2025

O Mapa da Transformação Digital dos Hospitais Brasileiros 2024 destaca que, apesar de 62% das instituições reconhecerem a importância do digital, a falta de governança e planejamento limita avanços significativos no setor.

O Mapa da Transformação Digital dos Hospitais Brasileiros 2024 revelou uma importante lacuna entre intenção e execução. Apesar de 60% das instituições de saúde reconhecerem o papel estratégico das iniciativas digitais na melhoria da eficiência e qualidade dos serviços, a ausência de uma direção clara ainda impede a implementação de projetos.

O relatório, elaborado pela FOLKS, baseia-se na análise de 189 hospitais em todo o país. Ele mostra que, embora 62% dos gestores incluam o digital em seus planos estratégicos, apenas 18% possuem estratégias claramente definidas. A falta de governança e planejamento coordenado, somada a investimentos pouco direcionados, tem limitado o potencial de transformação digital no setor.

“Sem uma estratégia robusta, o setor continuará sobrecarregado, incapaz de aproveitar plenamente o potencial das tecnologias para melhorar a experiência dos pacientes, a eficiência operacional e a segurança,” afirma o Dr. Claudio Giulliano, CEO da FOLKS.

Desafios para a digitalização completa

Um dos principais obstáculos destacados no relatório é a falta de competência digital entre gestores e equipes de TI, que raramente contam com especialistas em informática clínica. Como resultado, apenas 9% das instituições alcançam o status de full paperless. Esse cenário reduz significativamente os benefícios da digitalização em termos de eficiência, qualidade no atendimento e segurança da informação.

O estudo também alerta para a tendência de focar na aquisição de tecnologia antes de preparar equipes e processos. Apenas 26% dos hospitais conseguem alinhar a adoção tecnológica a estratégias de longo prazo, o que frequentemente resulta em iniciativas fragmentadas e pouco efetivas.

“Menos de 4% das instituições estruturam suas operações antes de adotar novas soluções, o que compromete iniciativas digitais em sua totalidade,” explica Bernardo Alves, Gerente de Estratégia da FOLKS.

Índice de maturidade digital: resultados médios e lacunas

O Mapa da Transformação Digital utiliza o índice de maturidade digital (DMI-H) para avaliar os hospitais em cinco domínios: Serviços e Aplicações, Dados e Informações, Estrutura e Cultura, Infraestrutura e Arquitetura, e Estratégia e Governança. A maturidade média geral foi de 46,19%. Estrutura e Cultura teve o menor índice (38,63%), enquanto Infraestrutura e Arquitetura liderou com 58,55%.

“É comum que se foque mais na tecnologia e menos nos aspectos culturais e organizacionais, que são fundamentais para uma transformação genuína,” observa o Dr. Leandro Miranda, Líder Médico de HealthTech da FOLKS.

Eficiência e redução de custos como prioridades

Com recursos limitados, os hospitais enfrentam o desafio de equilibrar projetos inovadores e estruturantes com objetivos claros de retorno clínico, operacional ou financeiro. A fragmentação de esforços em sistemas isolados gera ineficiências e custos elevados. Para superar isso, o relatório recomenda investir em governança sólida e equipes multidisciplinares com competências clínicas e tecnológicas.

“Além de estruturar processos e capacitar equipes, é essencial engajar profissionais de saúde e pacientes por meio de jornadas digitais bem planejadas. Isso melhora a experiência e a satisfação de todos os envolvidos,” reforça Giulliano.

Cultura digital e liderança estratégica

O DMI-H não apenas diagnostica a maturidade digital, mas também orienta os próximos passos. “A transformação digital precisa ser vista como uma jornada estratégica que envolve a criação de uma cultura digital e a formação de lideranças capacitadas para promover mudanças reais e sustentáveis,” conclui o CEO da FOLKS.

Entre as recomendações, o relatório sugere:

- Estabelecer governança robusta e estratégias digitais bem estruturadas.
- Integrar tecnologias às estratégias organizacionais, priorizando pessoas e processos.
- Investir na capacitação digital de equipes multidisciplinares.

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)

© 2023 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.