

ÍNDICE INTERATIVO

[As cirurgias mais comuns no Brasil](#) - Fonte: IESS

[Aposentado que não contribuiu na ativa não tem direito a manter plano](#) - Fonte: Conjur

[Como se comportou o total de beneficiários ao redor do país?](#) - Fonte: IESS

[Telemedicina: Ferramenta essencial para assegurar a universalidade da saúde](#) - Fonte: Healthcare

[Resultado trimestral da SulAmérica sobe](#) - Fonte: Valor Econômico

[Intermédica deve lançar plano para idosos no 3º trimestre](#) - Fonte: Valor Econômico

[Rede D'or fecha acordo e compra 10% da Qualicorp](#) - Fonte: Correio Braziliense

[SulAmérica lança plano com preço mais baixo e vai competir com verticalizadas](#) - Fonte: Brazil journal

AS CIRURGIAS MAIS COMUNS NO BRASIL

IESS – 12/08/2019

No mês passado, destacamos as [diferenças regionais na realização de cesáreas](#) e a [falta de conhecimento sobre o procedimento](#) que ainda existe no País. De acordo com dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), foram realizadas 425,9 mil cesarianas no Brasil em 2018, apenas na saúde suplementar, tornando essa a cirurgia obstétrica mais comum no País, a despeito das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) de que apenas 15% dos partos sejam feitos por meio desta técnica.

E, falando em intervenções cirúrgicas mais comuns no País, a cirurgia bariátrica é outro procedimento que, especialmente no Brasil, tem sido realizado com muito mais frequência do que seria necessário ou recomendado pelos órgãos competentes, no caso, o Ministério da Saúde (MS).

Em 2018, foram realizados 49,5 mil procedimentos deste tipo no Brasil. Apesar de o montante ser substancialmente menor do que o total de cesáreas, é importante notar que o total de cirurgias bariátricas tem crescido, enquanto o de partos cesarianos tem recuado.

No total, em 2013, 41,1 mil cirurgias bariátricas foram realizadas no Brasil. O que significa que o total de procedimentos desse tipo cresceu 20,4% nos últimos 5 anos. Por outro lado, o total de cesáreas recuou 6%, já que, em 2013, registrou-se 453,2 mil partos deste tipo no País. Os números constam no [Mapa Assistencial](#) da ANS – que já [analisamos aqui no blog](#).

Segundo a [última edição do Vigitel Saúde Suplementar](#), 17,4% dos beneficiários de planos de saúde (já que os

números acima também se referem a esta população e não ao total do País) estão obesos. Ou seja, apresentam Índice de Massa Corporal (IMC) – peso dividido pela altura ao quadrado (kg/m²) – igual ou superior a 30kg/m². Vale lembrar que estar obeso não qualifica, automaticamente, uma pessoa para a realização da cirurgia.

De acordo com as normas do MS, antes de passar pelo procedimento, é necessário que o paciente apresente:

- IMC superior a 50 kg/m²;
- IMC superior a 40 kg/m² sem sucesso em tratamento clínico por ao menos 2 anos;
- IMC superior a 35 kg/m² com comorbidades como alto risco cardiovascular, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica etc. que não tenham obtido sucesso em tratamento clínico por ao menos 2 anos.

Além disso, mesmo após passar pela cirurgia, é necessário fazer acompanhamento médico, já que o tratamento, apesar de efetivo, possui riscos, assim como qualquer procedimento invasivo.

Em nossa [Área Temática](#), você pode acessar rapidamente os estudos que desenvolvemos, nossas análises e mesmo os trabalhos de terceiros que apresentamos sobre o tema, como o vencedor do [Prêmio IESS: “Impacto da Cirurgia Bariátrica, em médio prazo, na utilização de serviços de saúde, morbimortalidade e custo com atenção médica”](#), de Silvana Bruschi Kelles.

APOSENTADO QUE NÃO CONTRIBUIU NA ATIVA NÃO TEM DIREITO A MANTER PLANO

Conjur – 10/08/2019

Trabalhador que não contribuiu para manutenção de contrato com plano de saúde não tem direito a manter o benefício depois de aposentador. Com esse entendimento, a Subseção I Especializada em Dissídios Individuais (SDI-1) do Tribunal Superior do Trabalho indeferiu a manutenção do plano de saúde a um supervisor de compras aposentado de um hospital em Santo André (SP).

Como ele nunca havia contribuído para o custeio do benefício na vigência do contrato de trabalho, a SDI-1 entendeu ser inviável sua manutenção após a aposentadoria.

Após seu pedido ter sido rejeitado pelo juízo de primeiro grau e pelo Tribunal Regional do Trabalho da 2ª

Região (SP), o aposentado, dispensado após 23 anos de serviço prestado à empresa, recorreu ao TST.

Sustentou que, por mais de dez anos, os valores relativos ao plano de saúde tinham sido descontados diretamente do salário e que, posteriormente, o sistema foi alterado para coparticipação. De acordo com sua argumentação, os requisitos para a manutenção do benefício seriam a contribuição durante dez anos na vigência do contrato e o custeio integral após o desligamento. Argumentou ainda que não podia ser prejudicado pela liberalidade concedida pela empresa.

Liberalidade

A 3ª Turma do TST acolheu o recurso de revista, por entender que, conforme a lei dos planos de saúde (Lei 9.656/1998), a exigência seria que o empregado estivesse vinculado ao plano de saúde na vigência do contrato de trabalho, e o custeio integral pelo beneficiário seria exigido somente após

a aposentadoria."A liberalidade da empresa em custear integralmente o benefício durante a vigência do contrato de trabalho não pode ser fator obstativo à manutenção do benefício", concluiu a Turma, ao condenar a Rede D'Or a manter o plano de saúde nas mesmas condições anteriores, desde que o aposentado assumisse o pagamento integral das mensalidades.

Custeio integral

Nos embargos à SDI-1, a Rede D'Or reiterou que o empregado nunca havia contribuído para a manutenção do plano de saúde. Para a empresa, a coparticipação (apenas em alguns procedimentos, quando utilizados) não deve ser entendida como contribuição e, uma vez que o plano de saúde era custeado integralmente por ela, não havia nenhuma obrigação legal de mantê-lo após a rescisão do contrato de trabalho.

"Manutenção inviável"

Segundo o ministro José Roberto Freire Pimenta, relator dos embargos, o direito à manutenção do plano de saúde após a aposentadoria, nos mesmos moldes em que fora oferecido durante o contrato de trabalho, "é assegurado ao aposentado que contribuir para o plano de saúde coletivo e desde que, após a jubilação, assuma integralmente o custeio do plano", nos termos do artigo 31 da Lei 9.656/1998.

No caso, tanto a Turma quanto o TRT registraram que o indeferimento tivera como fundamento a ausência de contribuição do empregado. "Sendo incontroverso que o profissional não contribuiu para o custeio do plano de saúde na vigência do contrato de trabalho, é inviável a manutenção do benefício após a aposentadoria", concluiu. *Com informações da Assessoria de Imprensa do TST.*

COMO SE COMPORTOU O TOTAL DE BENEFICIÁRIOS AO REDOR DO PAÍS?

IESS – 09/08/2019

A região Sul foi a única que registrou recuo do total de beneficiários de planos médico-hospitalares de acordo com a [última edição da NAB](#), que divulgamos esta semana. No total, a região teve 19,7 mil vínculos rompidos entre junho de 2019 e o mesmo mês do ano anterior, retração de 0,3%. No Brasil, como [já mostramos aqui](#), o total de beneficiários destes planos cresceu 0,2%, o que equivale a 108,1 mil novos vínculos.

O resultado negativo da região Sul foi puxado pelos números do Rio Grande do Sul, que teve 30,1 mil vínculos rompidos no período analisado, a maior retração no País. Com a redução de 1,1%, o Estado passa a contar com 2,6 milhões de beneficiários. Santa Catarina também registrou queda. Foram 1,3 mil beneficiários que deixaram os planos médico-hospitalares, um recuo de 0,1%. No total 1,5 milhão de beneficiários são atendidos pelas Operadoras de Planos de Saúde (OPS) no Estado. Já o Paraná seguiu em outra direção e teve incremento de 0,4% no total de vínculos, o que equivale a 11,6 mil novos beneficiários.

No Sudeste do Brasil, o mercado permaneceu praticamente estável, com ligeira alta de 0,1% ou acréscimo de 37,2 mil vínculos. Sendo que São Paulo e Espírito Santo tiveram resultados positivos, com incremento de 64,6 mil e 11,9 mil beneficiários, respectivamente. Já Rio de Janeiro e Minas

Gerais registraram rompimento de 33,7 mil e 5,5 mil vínculos, também respectivamente.

Nas demais regiões do País, o aumento de beneficiários foi de 11,7 mil no Nordeste (+0,2%); mais 6,9 mil, no Norte (+0,4%); e outros 69,7 mil, no Centro-Oeste (2,2%).

Dentro da região Centro-Oeste, que teve o incremento mais expressivo de beneficiários em termos de variação porcentual, os números do Distrito Federal e de Goiás se destacam. No Distrito Federal, 27,5 mil novos vínculos foram firmados. O que fez o total de beneficiários avançar de 873,1 mil, em junho de 2018, para 900,6 mil em junho de 2019. Alta de 3,2%.

Já em Goiás, a alta foi proporcionalmente menor, de 2,8%, mas em números absolutos o resultado é mais expressivo. O total de vínculos no Estado subiu de 1,11 milhão para 1,14 milhão no período. Ou seja, 30,7 mil novos beneficiários. Isso significa que essas pessoas realizaram o sonho de ter um plano de saúde, que, conforme mostramos na [Pesquisa IESS/Ibope](#), já [analisada aqui](#), é o terceiro maior desejo de consumo da população sem plano de saúde.

Os dados sobre total de beneficiários de planos de saúde médico-hospitalares e exclusivamente odontológicos (que não abordamos hoje) podem ser vistos em detalhes no [IESSdata](#).

TELEMEDICINA: FERRAMENTA ESSENCIAL PARA ASSEGURAR A UNIVERSALIDADE DA SAÚDE

Healthcare – 08/08/2019

A Telemedicina como meio de ampliar o acesso universal e integral à saúde, expressa em políticas públicas legitimadas, integra o mínimo existencial de cada cidadão brasileiro. É, portanto, um direito de todos e dever do estado, e deve ser garantida mediante políticas sociais e econômicas vigentes no país. O notável avanço das tecnologias da informação e comunicação, e sua aplicação na saúde, deve ser foco constante da atenção do poder público, sendo um instrumento de equidade e fomento à dignidade da pessoa humana.

Essa tecnologia pode ser conceituada como forma organizada e eficiente de exercício da Medicina a distância para fins de informação, diagnóstico e tratamento de indivíduos, isoladamente ou em grupo, baseada em dados, documentos ou outras informações confiáveis transmitidas por intermédio de telecomunicações. Atualmente, o emprego da Telemedicina tem abrangência crescente, sendo possível realizar desde consultas (teleconsulta), diagnósticos (telediagnóstico) até complexas cirurgias robóticas (telecirurgia). Todo esse avanço deve ocorrer centrado no melhor interesse do paciente.

As doenças cardiovasculares são responsáveis por mais de 30% da mortalidade global, inclusive no Brasil, e esse contexto será agravado com o envelhecimento e o adoecimento da população. Não há como desconhecer que os recursos para ofertar a ampliação da assistência à saúde, especialmente para a crescente prevalência das moléstias cardiovasculares, sobretudo em áreas remotas de um país como o Brasil, é uma missão complexa. Será um desafio, a

ser superado, levar profissionais de saúde aos mais longínquos rincões.

Cerca de 65% dos municípios brasileiros estão situados em áreas remotas e localizam-se nas regiões Norte e Centro-Oeste. Por outro lado, o estudo Demografia Médica no Brasil, de 2018, relatou significativa desigualdade na distribuição dos médicos, que predominam nos grandes aglomerados urbanos das regiões Sul e Sudeste, onde se encontra também o maior número de especialistas, com menor densidade médico/habitante nas regiões Norte e Nordeste. A Telemedicina, se aplicada em seu contexto amplo, poderia permitir o acesso e a equidade, ofertando serviços de qualidade com suposta custo-efetividade.

Os benefícios dessa tecnologia poderiam ser, igualmente, aplicáveis à saúde suplementar, mesmo diante de marco regulatório diverso, e da cobertura assistencial presencial adequada. Cabe ressaltar que a maior parte dos beneficiários da saúde suplementar reside em centros maiores, onde a relação médicos/especialistas por habitante é apropriada, e as consultas presenciais, uma imposição legal.

Recomenda-se que sejam mantidas, nos procedimentos de Telemedicina e Telecardiologia, as bases estabelecidas pelo Código de Ética Médica. A Telemedicina deve ser considerada uma ferramenta adicional para a relação médico-paciente presencial, sem jamais substituí-la. É uma ferramenta importante para assegurar a universalidade e integralidade do sistema de saúde e tem que ser implementada com embasamento técnico, ao seu tempo, e de forma bastante precisa e equilibrada.

RESULTADO TRIMESTRAL DA SULAMÉRICA SOBRE

Valor Econômico – 08/08/2019

A seguradora SulAmérica teve lucro líquido atribuído aos controladores de R\$ 260,8 milhões no segundo trimestre deste ano, um avanço de 92,6% frente ao mesmo período do ano passado, resultado de estabilidade nos sinistros e de aumento das vendas.

O total de prêmios ganhos foi de R\$ 5,239 bilhões de abril a junho, alta de 9,2% em relação ao mesmo período do ano passado. A carteira de seguro saúde e odontológico, que representa 80,6% do total, cresceu 11% em prêmios no

mesmo período. A sinistralidade, por sua vez, ficou estável em 77,4% entre o segundo trimestre de 2018 e de 2019.

O índice combinado — sinistros retidos mais despesas em relação aos prêmios ganhos — foi de 98,6% no segundo trimestre, 0,3 ponto percentual menor do que no mesmo período do ano passado. Abaixo de 100%, o indicador remete a lucro operacional. O retorno sobre o patrimônio médio foi de 17,6% no segundo trimestre, ante 15,1% um ano antes.

INTERMÉDICA DEVE LANÇAR PLANO PARA IDOSOS NO 3º TRIMESTRE

Valor Econômico – 08/08/2019

A NotreDame Intermédica deve lançar no terceiro trimestre seu plano de saúde voltada à terceira idade. O produto está em fase de teste na GreenLine, operadora adquirida no ano passado, com 18 mil usuários. A informação é do presidente da operadora de saúde, Irlau Machado, em teleconferência com analistas nesta quinta-feira, sobre os resultados do segundo trimestre.

Machado: “Estamos otimistas” A operadora de saúde divulgou na véspera um lucro líquido de R\$ 89,6 milhões,

equivalente a uma alta de 75% ante o segundo trimestre de 2018.

O desempenho foi favorecido por uma melhora operacional, com aumento do número de beneficiários e do tíquete médio. O resultado, contudo, foi impactado pela adoção da norma contábil IFRS 16. Ao excluir esse efeito, o lucro ajustado foi de R\$ 132,8 milhões, 25,9% superior em base anual.

REDE D'OR FECHA ACORDO E COMPRA 10% DA QUALICORP

Correio Braziliense – 08/08/2019

Seguindo a tendência de verticalização dos negócios, a Rede D'Or São Luis, um dos principais grupos de saúde do Brasil, fechou acordo nesta quinta-feira (08/08), para a aquisição de aproximadamente 10% das ações da Qualicorp, a maior administradora de planos de saúde do país.

Em comunicado à Comissão de Valores Mobiliários (CVM), a Qualicorp informa que essa participação acionária será adquirida do acionista e atual presidente da empresa, José Seripieri Junior. A operação será submetida à aprovação do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

Até o fechamento da operação, Seripieri Junior permanecerá como presidente e membro do Conselho da Qualicorp. Depois, deixará a administração da empresa e permanecerá, como acionista, com cerca de 10% das ações da Qualicorp.

Segundo Seripieri Junior, “a entrada da Rede D'Or no capital da Qualicorp será de grande contribuição para a companhia, devido a sua importância para o setor de saúde”. Para o vice-presidente do Grupo D'Or, Paulo Moll, “a Qualicorp possui um profundo entendimento das demandas relacionadas à saúde. A contribuição da Rede D'Or para a Qualicorp será no sentido de expandir e consolidar sua atuação e excelência”.

SULAMÉRICA LANÇA PLANO COM PREÇO MAIS BAIXO E VAI COMPETIR COM VERTICALIZADAS

Brazil Journal – 06/08/2019

A SulAmérica está lançando um novo plano de saúde que tenta inovar em três frentes — modelo de remuneração, desenho da rede de atendimento e preço acessível — e deve concorrer diretamente com os produtos das operadoras verticalizadas. O novo plano — SulAmérica Direto Sampa — começa em R\$ 192 e vai cobrir empresas a partir de 30 vidas, entre titulares e dependentes. O atendimento primário será feito nos mais de 40 centros médicos do Dr Consulta e os atendimentos de emergência e internações no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, além de outros 11 hospitais.

A rede de atendimento será remunerada por performance, no modelo conhecido na indústria como ‘capitation’, que alinha os interesses dos prestadores e da operadora durante o tratamento. O plano exige ainda coparticipação, em que o usuário tem que pagar uma parte de cada atendimento. Em alguns casos, reinternações não serão cobradas porque o prestador ficará responsável pelo desfecho clínico, um conceito conhecido na indústria como ‘bundle’.

O novo plano é a mais recente tentativa de uma grande operadora de saúde de controlar custos e aumentar o acesso aos planos num mercado encharcado de desperdício e em que a inflação médica tem transformado os planos em artigo de luxo.

“A coparticipação não é para inibir a utilização, é para você pensar em fazer a utilização da forma correta,” disse a vice-presidente de saúde e odonto da SulAmérica, Raquel Giglio. “Muitas vezes as pessoas nem voltam para pegar exames. Quando a gente conversa com alguns parceiros de laboratórios, eles dizem que um percentual altíssimo de exames sequer é retirado, e não digo fisicamente: são sequer acessados pela internet. Isso é desperdício para toda a cadeia que acaba alimentando a inflação médica.”

O preço do novo plano permitirá à SulAmérica atingir clientes que hoje não conseguem pagar por seu plano mais básico. O tíquete médio do Direto custa 23% menos do que o plano mais

barato no segmento de pequenas e médias empresas que a SulAmérica oferece para empresas a partir de 30 vidas.

O novo produto embarca toda a tecnologia já disponível em outros produtos da SulAmérica, incluindo a teletriagem por vídeo para crianças até 12 anos, e o aplicativo SulAmérica Saúde, onde o usuário tem acesso a carteirinha virtual e encontra médicos e clínicas por geolocalização.

No Rio, onde a família de planos Direto foi lançada no final de junho e custa a partir de R\$ 132, o atendimento é feito na Rede D'Or.

“Não é porque custa menos que vamos entregar menos serviço,” disse o vice-presidente comercial André Lauzana. “O que está embarcado neste conceito é o uso sustentável da saúde, por isso o cliente tem a coparticipação, temos o corretor entendendo o propósito, e os prestadores engajados na coordenação do cuidado desse cliente.”

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.