

ÍNDICE INTERATIVO

[Alvo de ações judiciais, reajuste por idade fica fora de agenda da ANS](#) - Fonte: Folha de São Paulo

[Saúde nas empresas diminui custos](#) - Fonte: IESS

[Agenda cheia para a diretoria de saúde do IBA](#) - Fonte: IBA

[Inovações tecnológicas podem aprimorar o setor](#) - Fonte: IESS

[Ressarcimento ao SUS: novidades no Protocolo Eletrônico \(Persus 2\)](#) - Fonte: ANS

[3º Encontro de Comunicação da FenaSaúde debate Atenção Primária à Saúde](#) - Fonte: Fenasaúde

[Inclusão de agregados em plano de saúde se incorpora ao contrato, diz TST](#) - Fonte: Conjur

[Empresas usam planos odontológicos como trunfo para atrair talentos](#) - Fonte: IESS

[Telemedicina: uma nova especialidade ou ferramenta?](#) - Fonte: Saúdebusiness

[Global Summit Telemedicine & Digital Health debate a nova era da saúde digital](#) - Fonte: Fenasaúde

[Mais 1,5 milhão de sorrisos saudáveis](#) - Fonte: IESS

[Unimed-Rio fecha 2018 com lucro líquido de R\\$ 85 milhões](#) - Fonte: Investimentos e notícias

ALVO DE AÇÕES JUDICIAIS, REAJUSTE POR IDADE FICA FORA DE AGENDA DA ANS

Folha de São Paulo – 16/04/2019

Planos têm praticado aumento considerado abusivo aos 59 anos ou mais; agência diz que assunto está sob análise.

Uma das principais queixas de usuários de planos de saúde e motivo de muitas ações judiciais, o reajuste de mensalidades por faixa etária, principalmente aos 59 anos, ficará fora da agenda regulatória da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) para o biênio 2019-2021, segundo especialistas do setor.

Esse é o principal documento de planejamento da agência, que agrega temas que demandam maior regulamentação. A consulta pública sobre a agenda foi encerrada dia 5.

Em nota, a ANS diz que o processo está em andamento e que os temas prioritários não foram definidos. A Folha apurou com técnicos da agência que o reajuste por idade não está entre as prioridades.

A Lei 9.656, de 1998, que regulamenta o setor de planos de saúde, autoriza reajustes por mudança de faixa etária. No entanto, os percentuais de variação devem estar expressos no contrato, e o valor fixado para a última faixa etária (59 ou mais), não pode ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa (0 a 18 anos).

Mas muitas operadoras de planos de saúde têm aproveitado a chegada da última faixa etária, que reúne mais de 6 milhões de pessoas (14% do total de usuários) para aplicar reajustes tidos como abusivos.

Isso tem gerado um grande número de processos judiciais. Só no Tribunal de Justiça paulista (TJSP), de 2011 a 2018, analisando o primeiro semestre de cada ano, as ações sobre reajustes cresceram de 339, em 2011, para 1.743, em 2018, segundo levantamento de um grupo da USP que estuda a judicialização da saúde suplementar.

Em relação ao número total de ações julgadas, o percentual também cresceu: de 14,78%, em 2011, para 28,68% do total em 2018.

Segundo Ana Carolina Navarrete, advogada do Idec (Instituto de Defesa do Consumidor), a atual norma da ANS que trata sobre o assunto, de 2003, não está sendo suficiente para evitar abusos no reajuste de planos na última faixa etária (59 anos), levando à exclusão de idosos.

“Nas faixas etárias anteriores, os reajustes são bem menores. Não está ocorrendo uma distribuição do risco, o que gera um aumento mais pesado quando a pessoa está envelhecendo e tem a renda diminuída”, explica.

Um quinto das ações julgadas pelo TJ paulista no primeiro semestre de 2018 era de idosos que reclamavam da negativa

de atendimento e do valor de mensalidades ou de aposentados com dificuldades de manter o plano de saúde. Foi o caso de João da Cruz Sampaio, 60, que no ano passado abriu mão do plano de saúde por não conseguir mais pagá-lo. “Veio um aumento de 88%. O valor passou para quase R\$ 3.000. Quem consegue manter isso?”, questiona.

De acordo com o advogado Rafael Robba, especializado em direito à saúde do escritório Vilhena Silva Advogados, o aumento da demanda no Judiciário sobre essa questão tem sido tão significativo que o STJ (Superior Tribunal de Justiça) julgou, em 2017, recurso repetitivo –quando ações sobre o mesmo tema possuem decisões controversas– para determinar critérios para reajustes por idade.

Em novembro de 2018, o TJSP também analisou uma ação que envolvia a validade dos reajustes aplicados para a faixa etária dos 59 anos, conforme resolução normativa da ANS de 2003.

As duas decisões foram semelhantes: o índice é permitido, desde que esteja previsto em contrato, de acordo com as normas do órgão regulador, e não seja desproporcional, com valores tão altos que signifiquem a expulsão do consumidor do convênio.

“Mas, mesmo depois desses dois julgamentos, ainda há muitas divergências, muitas ações sendo ingressadas. Não está pacificado qual seria um índice razoável de reajuste. Por isso, a necessidade de uma regulação mais clara e adequada pela ANS. A nova agenda regulatória fechou os olhos para isso”, diz Robba.

A Folha analisou algumas decisões do TJSP sobre a matéria e constatou essas diferentes interpretações. Em uma, de dezembro de 2018, a 10ª Câmara de Direito Privado considerou abusivo reajuste de 131,61% no aniversário de 59 anos de um beneficiário.

“Veja-se que em diversas faixas etárias anteriores houve previsão irrisória de reajuste, a exemplo de 24 a 28 anos (2,72%), de 29 a 33 anos (1,68%), de 34 a 38 anos (3,03%), de 39 a 43 anos (1,37%), de 49 a 53 anos (1,60%), concentrando indevidamente o expressivo reajuste de 131,73% nos 59 anos”, diz trecho da decisão.

Já em março deste ano, uma outra decisão da 3ª Câmara de Direito Privado, do mesmo TJ, reformou sentença que reduzia reajuste também de 131,73% aplicado a um usuário por entender que a operadora seguiu a previsão contratual e as normas da ANS.

Segundo Rafael Robba, em algumas decisões do TJ paulista, os desembargadores têm entendido como um índice de

reajuste razoável a média de mercado —que, em 2017, foi de 45,2% aos 59 anos.

Para o professor do departamento de medicina preventiva da USP Mario Scheffer, a agenda regulatória da ANS tem ficado à margem dos problemas que afetam os usuários de planos, o que tem provocado essa ida cada vez mais frequente à justiça.

“A questão do reajuste se tornou um problema seríssimo, motivo principal que leva as pessoas a perderem seus planos de saúde. Seja porque foi demitida [e não consegue manter o plano bancando do próprio bolso] seja porque o empregador não consegue mais oferecer o benefício.”

Ele diz que outra questão que parece ter ficado fora da agenda regulatória da ANS é a questão dos altos reajustes de planos coletivos com poucas vidas. “São os chamados ‘PJtinhas’, planos com menos de 30 vidas, que muitas vezes

só têm duas, cinco pessoas. Os reajustes são sempre imprevisíveis, uma caixa de surpresa.”

Em nota, a ANS informou que as regras de faixa etária estão definidas em lei. “Desde a vigência do Estatuto do Idoso, em janeiro de 2004, não é mais permitida a aplicação de reajuste por faixa etária após 59 anos para todos os planos contratados a partir de 1/1/2004.”

Diz ainda que, nos planos contratados antes de 1/1/1999, valem as faixas etárias definidas nos contratos e que, para o período posterior (até 1/1/2014), há regras definidas por resoluções.

Afirma também que o reajuste de planos coletivos está previsto na agenda regulatória para o próximo biênio.

SAÚDE NAS EMPRESAS DIMINUI CUSTOS

IESS – 16/04/2019

Recentemente falamos aqui, de como uma alimentação mais balanceada pode salvar vidas. Segundo recente estudo elaborado nos Estados Unidos, incentivos financeiros para o consumo de frutas e verduras podem gerar uma economia de US\$ 40 bilhões em gastos com saúde no Medicare e Medicaid naquele País. Ou seja, reforça o que mostramos periodicamente da necessidade de promoção da saúde.

Os resultados reforçam a premência de adotar políticas de incentivo para uma alimentação mais saudável no Brasil e outros programas de prevenção de doenças, como temos apontado aqui no Blog desde a divulgação do TD 73 – “Hábitos alimentares, estilo de vida, doenças crônicas não transmissíveis e fatores de risco entre beneficiários e não beneficiários de planos de saúde no Brasil: Análise da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013”.

A dica de hoje veio de artigo de autoria de Dr. Luiz Carlos Monteiro, publicado no Diário Comércio Indústria & Serviços (DCI) que lembra da necessidade mudança de mentalidade para a busca do bem-estar dentro do universo corporativo. O especialista mostra que, segundo estudo do The Commonwealth Fund, os gastos na área de saúde totalizam quase 17% do PIB dos Estados Unidos – 5% a mais que a

Suíça, o segundo colocado no ranking que reúne 11 países de alta renda.

“Na prática, o funcionário que cuide de sua saúde fora da empresa. O resultado dessa cultura não poderia ser diferente: doenças crônicas, que no Brasil já respondem por 70% dos gastos com saúde, absenteísmo e perda de produtividade no trabalho. Clínicas e prontos-socorros passam a ser autênticos depósitos de problemas não resolvidos. O bode está na sala. Quem se dispõe a enfrentá-lo?”, alerta o médico.

Por isso, cita diferentes exemplos práticos de disrupção no mercado para além da simples adoção de novas posturas com foco na prevenção. Ele cita projeto que reuniu Amazon, J.P. Morgan e o fundo Berkshire Hathaway para a criação de uma empresa própria de saúde liderada pelo renomado cirurgião Atul Gawande, professor da Universidade de Harvard.

“O mercado norte-americano oferece ao Brasil mais um exemplo do que deve ser feito para transformar a saúde corporativa. Não há mais lugar para acomodar bodes”, finaliza o médico.

AGENDA CHEIA PARA A DIRETORIA DE SAÚDE DO IBA

IBA – 15/04/2019

O mês de março foi de muita movimentação para a Diretoria de Saúde do IBA. Durante o período, tratou de assuntos de interesse para os atuários que atuam no segmento. Logo no dia 8 de março, houve a reunião com o Comitê Permanente de Solvência (CPS), que é coordenado pela ANS. Este

encontro teve significativa participação dos atuários (foto). Esse Comitê vem desenvolvendo as propostas relativas ao novo modelo de Capital Baseado em Risco, que gerou a **RN 443** e a **CP 73**, dentre outras já publicadas.

O grupo se reuniu por duas oportunidades tanto em março (dia 28), quanto em abril (dia 2), tendo apresentado algumas contribuições do IBA sobre a matéria da **Consulta Pública 73**, assim como estudo técnico. Para leitura deste material, [CLIQUE AQUI](#) e [CLIQUE AQUI](#).

Em 11 de março houve a Reunião do Grupo de Trabalho de Reajustes, em que foram definidos o plano de trabalho, alinhamento de discussões e acertada a agenda para atuação no exercício 2019.

Dois dias depois, o GT de Provisões reuniu-se para organização da agenda deste ano. Também foram traçados alguns planos, tanto que foi feita a subdivisão do Grupo de Trabalho a fim de atender o início de proposições de pronunciamentos atuariais relativos às diversas provisões necessárias no segmento de saúde suplementar.

CT Saúde

A reunião do CT Saúde contou com mais de 25 participantes em 14 de março. Nessa oportunidade foram reportados o andamento dos projetos conduzidos pelos Grupos de Trabalho relativos ao estudo de Fator Moderador,

Pronunciamento sobre reajustes, provisões e precificação em saúde suplementar.

O CT conta atualmente com cerca de **70 membros participantes**, entre titulares e ouvintes. Este encontro, por exemplo, foi brindado por pessoas de vários estados brasileiros, viabilizado pela ferramenta de reuniões virtuais contratada pelo IBA.

Durante a reunião, foi criado um novo GT para estudar os impactos da **CGPAR 22e 23**, que afetam as autogestões dedicadas a funcionários da União. Também será objeto de avaliação por esse grupo a possibilidade de criação de um indicador de tendência de inflação médica para uso de todos atuários nas projeções futuras ou de critério e apuração periódica de variação dos custos médicos para divulgação através do IBA.

Finalizando as atividades durante o período, em 8 de abril, houve a reunião do GT de Fator Moderador, que atendeu à demanda do órgão regulador. Na oportunidade, os trabalhos foram voltados para a definição e especificação de conjunto de dados para estudo técnico sobre o tema.

INOVAÇÕES TECNOLÓGICAS PODEM APRIMORAR O SETOR

IESS - 15/04/2019

No começo do ano trouxemos alguns dos avanços tecnológicos focados no setor de saúde que foram apresentados na Consumer Electronics Show (CES), a maior feira de tecnologia do mundo – [relembre](#).

O crescimento do interesse pela área tem sido crescente também em outros eventos de tecnologia. O South by Southwest (SXSW), um dos maiores festivais do mundo focado em inovação, também virou seus holofotes para o setor ao entregar quatro dos 13 prêmios de inovação concedidos durante o festival para iniciativas focadas em saúde.

Na categoria Inteligência Artificial e machine learning, o vencedor foi o [iN: Cognitive Patient Care Assistant](#). O dispositivo monitora quartos de hospital e utiliza Inteligência Artificial para detectar e analisar os movimentos dos pacientes, sinais de estresse e a necessidade de intervenção das equipes clínicas.

O My Special Aflac Duck™ foi o vencedor na categoria Robótica e Hardware. Trata-se de um pato robô com sensores espalhados pela plumagem para permitir a

interação com crianças. Seu objetivo é ajudar no tratamento do câncer infantil. Infelizmente, o [site](#) do produto não está disponível para acesso fora dos Estados Unidos.

A utilização de realidade virtual para o treinamento de médicos cirurgiões foi o projeto vencedor da categoria Realidade Virtual, Aumentada e Mista (VR, AR & MR, na sigla em inglês). O Fundamental Surgery (<https://www.fundamentalsurgery.com/>) espera reduzir o custo de educação dos médicos com o emprego de hardware e software para simular cirurgias completas, inclusive com sons de um ambiente real.

Por fim, a categoria Saúde, Medicina e Biotecnologia, a única que efetivamente é voltada para o setor, premiou o [Butterfly iQ](#). Um aparelho de ultrassonografia portátil que exibe os resultados na tela de qualquer smartphone. O aparelho já foi, inclusive, aprovado pelo Food and Drug Administration (FDA) – equivalente da Anvisa nos Estados Unidos – e é comercializado por aproximadamente US\$ 2 mil.

Avanços que, sem dúvida, poderão ser aproveitados por aqui também.

RESSARCIMENTO AO SUS: NOVIDADES NO PROTOCOLO ELETRÔNICO (PERSUS 2)

ANS – 15/04/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) informa que já estão disponíveis melhorias no Protocolo Eletrônico (Persus 2) usado pelas operadoras para a visualização e apresentação de documentos relativos aos processos de ressarcimento ao SUS.

Dentre as novidades, destacam-se a possibilidade de peticionamento pela seleção de atendimentos disponíveis para impugnação ou recurso, com o preenchimento automático dos respectivos campos, bem como a inclusão de

filtros adicionais para busca de protocolos por informações, além da mudança no layout da apresentação das mensagens do sistema.

Com as inovações acima, além de outras que serão mais detalhadas em mensagem aos usuários e no manual que estará disponível junto à nova versão do sistema, espera-se que a utilização do protocolo se torne ainda mais ágil e eficiente, contribuindo para o aperfeiçoamento do ressarcimento ao SUS e do setor suplementar.

3º ENCONTRO DE COMUNICAÇÃO DA FENASAÚDE DEBATE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fenasaúde – 15/04/2019

Além da jornada do paciente com atendimento de APS, evento apresentará as experiências e os resultados da implantação desse modelo de assistência nos planos

A programação do 3º Encontro de Comunicação da Saúde Suplementar – organizado pela Federação Nacional da Saúde Suplementar (FenaSaúde), no próximo dia 23/04 (terça-feira), em São Paulo – tem por objetivo promover amplo debate em torno de um dos temas mais pertinentes para o setor no momento – a Atenção Primária à Saúde (APS). Vale destacar que a APS é um modelo eficiente na prevenção de doenças e promoção à saúde, melhorando consequentemente o bem-estar dos beneficiários de planos de saúde e, em paralelo, ainda contribui para a redução de custos ao longo da cadeia do setor. Um exemplo é a diminuição nas idas consideradas desnecessárias ao pronto-socorro. Confira a programação bit.ly/2TNIQp9. As vagas são limitadas.

Com direito a mesa-redonda para o debate entre jornalistas, assessores de Comunicação e executivos das operadoras, o 3º Encontro de Comunicação da Saúde Suplementar reunirá representantes da Saúde Suplementar que abordarão os vários aspectos que norteiam a APS dentro do contexto da Saúde Suplementar no Brasil. Na abertura do evento, o presidente da FenaSaúde, João Alceu Amoroso Lima, traçará um panorama da atual conjuntura do setor e discorrerá sobre a implantação desse modelo assistencial focado na prevenção. “A adoção e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde é uma das bandeiras da FenaSaúde. Já está comprovado que esse modelo promove a queda de 20% nas internações e de 30% na frequência de consultas, sem que haja prejuízo para o atendimento de qualidade aos consumidores de planos de saúde. Pelo contrário, um médico de família ou generalista terá todo o histórico do paciente e o conduzirá dentro do sistema, evitando que fique ‘perdido’,

indo a vários especialistas e sem cuidar de fato da sua saúde”, assinala João Alceu.

O 3º Encontro de Comunicação da Saúde Suplementar será dividido em cinco painéis e plenárias. O professor da disciplina de Clínica Geral e Propedêutica da Universidade de São Paulo (USP) Gustavo Gusso mostrará a “Jornada do paciente sem e com APS na Saúde Suplementar”. Na sequência, Rodrigo Aguiar, diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional da Saúde Suplementar, abordará a “Atenção Primária na Visão da ANS”, e José Cechin, diretor executivo da FenaSaúde, palestrará sobre “A jornada do paciente com atenção primária à saúde nas operadoras de planos e seus resultados práticos”.

Já o painel “Direito do Consumidor e APS”, será dividido entre os palestrantes Ricardo Morishita, professor de Direito do Consumidor e presidente do Instituto Brasileiro de Direito Público (IDP Pesquisas), e Juliana Pereira, diretora executiva de Clientes da Qualicorp e ex-secretária da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon). Morishita abordará “Atenção Primária à Saúde – conhecimento e informação para o consumidor decidir”, enquanto Juliana falará sobre “Atenção Primária na Saúde Suplementar – o desafio de construir a confiança do consumidor”.

Vale destacar que ambos têm vasta experiência na área de defesa do consumidor – Juliana, com mais de 20 anos de vivência na área, foi responsável pela adoção do Sistema Nacional de Informações de Defesa do Consumidor e pela criação do portal Consumidor.gov.br, enquanto Morishita trabalhou por 15 anos no Procon-SP.

O encerramento do evento será conduzido por Sandro Leal, superintendente de Regulação da Federação, que apresentará uma conclusão dos debates. Durante o evento, Fernando Pesciotta, diretor da CDN Comunicação

Corporativa, fará uma breve apresentação do interesse da imprensa em torno do assunto Atenção Primária à Saúde, por meio das matérias publicadas em vários tipos de mídia, em 2018.

SERVIÇO

- **Evento: 3º Encontro de Comunicação da Saúde Suplementar**
- **Data:** 23/04/2019
- **Horário: das 8:30 às 14 horas**
- **Local:** Hotel Grand Mercure (Rua Sena Madureira 1355, bloco 1 – Ibirapuera)

PALESTRANTES

- **João Alceu Amoroso Lima:** economista e vice-presidente do Notredame Intermédica, responsável pela Interodonto, segundo maior plano odontológico do Brasil, com 1,9 milhão de beneficiários. Detentor do título de Chartered Insurer (selo de excelência profissional), do Chartered Insurance Institute, UK.
- **Fernando Pesciotta:** vice-presidente da CDN na área de Análise e Pesquisa, integrou a equipe de criação do Índice de Qualidade de Exposição na Mídia (IQEM) e do Índice de Qualidade de Exposição nas Mídias Sociais (IQEMS).
- **Gustavo Gusso:** doutor em Ciências Médicas pela USP, com residência em Medicina da Família e Comunidade pelo Grupo Hospitalar Conceição, do Rio Grande do Sul. É membro do Wonca International Classification Committee, instituição de classificação para o sistema de atenção primária.

- **Rodrigo Aguiar:** servidor da ANS desde 2007, é graduado em Direito pela Universidade da Cidade, com pós-graduação em Direito Público. Em sua especialização, concluiu os cursos de Governança Corporativa, no Instituto Brasileiro de Governança Corporativa em Saúde (IBGC), e de Gestão Pública, pela Fundação Dom Cabral.
- **José Cechin:** doutor em Economia Política por Cambridge (Inglaterra), também formado em engenharia e economista, foi ministro da Previdência Social no governo Fernando Henrique Cardoso e técnico de Planejamento e Pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea).
- **Juliana Pereira:** diretora executiva de Clientes da Qualicorp e ex-escretária da Secretaria Nacional do Consumidor (Senacon), onde esteve à frente de várias iniciativas importantes, como a elaboração do Plano Nacional de Consumo e Cidadania (Plandec) e da Estratégia Nacional de Não Judicialização (Enajud).
- **Ricardo Morishita:** doutorado em Direito pela PUC-SP, foi diretor do Departamento Nacional de Proteção e Defesa do Consumidor e coordenador de pesquisas de direito do consumidor vinculadas ao Centro de Justiça e Sociedade da Escola de Direito do Rio de Janeiro.

INCLUSÃO DE AGREGADOS EM PLANO DE SAÚDE SE INCORPORA AO CONTRATO, DIZ TST

Conjur - 15/04/2019

A inclusão de agregados em plano de saúde por 20 anos se incorpora ao contrato de trabalho. Com este entendimento, a 2ª Turma do Tribunal Superior do Trabalho, acolheu recurso de um sindicato e manteve o plano de saúde para agregados de empregados do Conselho Federal de Economia (Cofecon).

Na reclamação trabalhista, o Sindicato dos Empregados em Conselhos e Ordens de Fiscalização Profissional e Entidades Coligadas e Afins do Distrito Federal disse que, em dezembro de 2013, foi informado por empregados que o conselho passou a condicionar a inclusão de beneficiários no plano de saúde à comprovação do vínculo familiar e da dependência econômica, em razão da necessidade de diminuir gastos.

Para o sindicato, a medida era ilegal, por desrespeitar o direito assegurado durante anos de concessão dos benefícios de assistência médica e odontológica a agregados (mãe e pai

do empregado, cônjuge separado ou divorciado, maiores de 60 anos ou pessoas com deficiência) sem a observância de critérios definidos.

O conselho, em sua defesa, sustentou ter tentado, sem êxito, negociar as alterações com o sindicato. De acordo com o órgão, diante do desvirtuamento do benefício e da impossibilidade de solução amigável, editou a portaria que estabelecia as condições. O Cofecon observou ainda que os empregados que optassem por incluir agregados deveriam arcar integralmente com o valor definido pela operadora do plano de saúde.

O pedido de manutenção do plano nos moldes em que havia sido praticado pelo empregador por mais de 20 anos foi indeferido pelo Tribunal Regional do Trabalho da 10ª Região (DF/TO). Para o TRT, o objetivo da concessão do plano de saúde pelo empregador é social e diz respeito ao bem estar dos empregados. Por isso, ele não integra o contrato de

trabalho e pode ser retirado a qualquer tempo pelo empregador.

Duas décadas

No exame do recurso de revista do sindicato, a relatora, ministra Maria Helena Mallmann, observou que o conselho permitiu por mais de 20 anos que seus empregados incluíssem dependentes no plano de saúde sem a necessidade de comprovação da dependência econômica. Essa situação, segundo ela, gerou entre os empregados a convicção do direito, “especialmente em se considerando a habitualidade do benefício, a boa-fé objetiva do contrato de trabalho entre as partes e o princípio da primazia da realidade”.

A ministra lembrou que, de acordo com o artigo 468 da CLT, só é lícita a alteração das condições estabelecidas nos contratos individuais de trabalho por mútuo consentimento e desde que não resultem, direta ou indiretamente, em prejuízos ao empregado, sob pena de nulidade da cláusula infringente desta garantia.

“Assim, o direito à manutenção no plano dos dependentes incluídos por mera liberalidade do empregador e com habitualidade incorporou-se ao contrato de trabalho dos empregados, tornando-se nítida a nulidade da alteração unilateral prevista na portaria”, concluiu. *Com informações da Assessoria de Imprensa do TST.*

EMPRESAS USAM PLANOS ODONTOLÓGICOS COMO TRUNFO PARA ATRAIR TALENTOS

IESS - 12/04/2019

Esta semana, [aqui no Blog](#), apontamos o ingresso de mais 1,5 milhão de beneficiários nos planos exclusivamente odontológicos entre fevereiro de 2019 e o mesmo mês do ano anterior, de acordo com a [última edição da Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#). O segmento, contudo, vem apresentando crescimento expressivo desde 2000. Mesmo nos períodos de crise econômica.

Enquanto os planos médico-hospitalares registraram o rompimento de mais de três milhões de vínculos desde 2014, o segmento exclusivamente odontológico passou a atender quatro milhões de novos beneficiários. Movimentos completamente antagônicos.

O crescimento acelerado do segmento tem algumas explicações. Já pontuamos que a quantidade total de beneficiários é um deles. Apesar da diferença em ritmo de contratação nos últimos anos, o setor de planos exclusivamente odontológicos conta “apenas” com 24,4 milhões de vínculos, enquanto os planos médico-hospitalares atendem quase o dobro disso, 47,3 milhões. Ou seja, ainda há muito espaço para crescer.

O preço é outro fator decisivo. Como já indicamos em uma série de análises que podem ser encontradas em nossa [Área Temática](#), o preço mais acessível atrai as pessoas e não “pesa” tanto no orçamento familiar mesmo em momentos de crise.

Por fim, temos dito que o mercado de trabalho tem oferecido esse benefício com mais frequência, tanto para atrair quanto reter talentos, mas também para combater absenteísmo e, consequentemente, melhorar a produtividade da empresa. Faltava, contudo, uma comprovação empírica desta percepção. O que sanamos com a análise especial da última edição da NAB.

De acordo com nosso levantamento, a representatividade de planos coletivos empresariais (aqueles oferecidos pelas empresas aos seus colaboradores) no total do mercado saltou de 29,1%, em 2000, para 73,3% em dezembro de 2018. Um avanço de 44,2 pontos percentuais (p.p.). Para se ter uma ideia do que isso significa, no mercado de planos médico-hospitalares, os planos coletivos empresariais respondem por 67% do total de vínculos.

Outro resultado interessante do levantamento é que a contratação de planos individuais ou familiares continua crescendo e em ritmo superior ao de planos coletivos por adesão. Um movimento inverso ao registrado entre os planos médico-hospitalares, em que a contratação de planos coletivos por adesão é a segunda maior e a de planos individuais ou familiares está minguando.

TELEMEDICINA: UMA NOVA ESPECIALIDADE OU FERRAMENTA?

Saúdebusiness - 12/04/2019

Durante o Telemedicine Summit, que ocorreu entre os dias 3 e 6 de abril, o Hospital Israelita Albert Einstein debateu o tema

através de seus melhores especialistas e mostrou cases práticos de uso atual da tecnologia para os presentes.

“Virtualistas são aqueles médicos que passam mais da metade do seu tempo atendendo à distância. É uma proporção substancial da entrega de cuidado. Será que estamos falando do surgimento de uma nova especialidade ou de uma habilidade, de uma ferramenta que será necessária para a grande maioria da prestação de cuidado em saúde nessa próxima geração?”, perguntou Carlos Pedrotti, médico participante do programa de telemedicina do Hospital Israelita Albert Einstein, ao público.

Segundo ele, o avanço tecnológico gera conhecimento, que, por sua vez, quando acumulado, gera a necessidade de uma especialização. Se observada a evolução das especialidades na clínica médica, é possível perceber que especializações como a oncologia possuem menos de 50 anos, e que hoje, o tão conhecido transplante cardíaco, possui menos de 10 anos de atuação nomeado como especialidade. A especialização vem com o tempo, então é plausível que um grande número de modalidades cada vez mais nichadas na área de telemedicina apareçam de forma exponencial ao longo dos próximos anos.

De forma geral, espera-se que o virtual esteja presente em todas as especialidades. A telemedicina possui uma taxa de crescimento de 20% aa, e espera-se que, em 2022, seja um mercado de 12.2 bilhões. Para tanto, os profissionais médicos terão que desenvolver suas, antes não tão requisitadas, habilidades em informática.

Lidar com problemas técnicos mais comuns, como falha no microfone, câmera ou conexão promoverão agilidade na solução das situações citadas, e melhorarão a experiência de contato entre as partes. Além do treinamento tecnológico em si, também será um aprendizado como efetivar a comunicação à distância. O médico deve estar confortável e seguro com o uso da ferramenta. “No mundo corporativo, teleconferências são mainstream, mas é algo que o médico raramente faz no seu dia a dia”, disse Pedrotti. Deve-se prezar pelo mínimo de desencontros possíveis, para que a comunicação seja a mais próxima à experiência obtida em contexto presencial, e o paciente se sinta a vontade em transmitir informações relevantes.

Ele conta que já houve casos de pacientes que ligaram para fazer uma consulta dirigindo no trânsito. Ou seja, o uso deve ser muito bem delimitado para não comprometer a efetividade e a segurança do atendimento. Falando em efetividade, os médicos também terão que aprender a usar os devices da telepedeútica, que é o exame físico realizado à distância. “Isso é sempre uma questão: exame físico vs telemedicina. Grande engano, muitas vezes ele é feito até melhor do que presencialmente.” disse o médico.

A telemedicina proporciona grandes ganhos, não somente em termos de ampliação de acesso, mas também em economia de recursos de transporte, tempo, otimização de contato, aumento de aderência ao retorno, aumento da continuidade e acompanhamento, como já comprovado em

telepsiquiatria. E melhora na experiência do paciente, dependendo de suas preferências. É necessário, entretanto, entender as limitações da ferramenta. Faz parte do aprendizado saber que a distância pode implicar na redução da sua atuação, e que em casos como o de transmissão de notícias sensíveis, por exemplo, ela pode não ser recomendada.

Entrando em um aspecto mais técnico, André Pires dos Santos, coordenador da equipe de desenvolvimento de novos serviços em Telemedicina do Einstein, mostrou como a teledermatologia está funcionando na instituição. Ele explicou que em julho de 2017, havia cerca de 60mil pessoas na cidade de São Paulo esperando por uma consulta de dermatologia. A média de espera é de 180 dias, mas pode chegar a 550 dias. Então o Einstein fez uma proposta de atendimento onde o paciente seria encaminhado para o posto de coleta, onde a lesão seria fotografada, e a triagem realizada por teledermatologia. Em 70% dos casos, o paciente foi encaminhado para prosseguir o tratamento com um médico de família, 3% para a biópsia e 27% para uma consulta com um especialista.

Com base no banco de dados desenvolvido durante o projeto, foi desenvolvido um software de inteligência artificial. A triagem então passou a ser realizada por este algoritmo, e quando um paciente precisasse de um laudo para prosseguir o tratamento com o médico de família, este seria realizado por teledermatologia. O produto escalou facilmente. Em 8 meses, 170 atendimentos passaram a ser mais de 12.500. Claro, parte do volume foi devido ao esforço de zerar a fila, através de um mutirão.

“A primeira reação da equipe médica quando o projeto foi proposto não foi muito positiva, com argumentos de que era necessário ver o paciente por completo, leituras de artigos com tentativas fracassadas e dúvida quanto a segurança dos dados. Ao final do projeto vimos dados bem interessantes com a pesquisa de satisfação dos médicos.”, disse André. Entre os que participaram, antes, somente 25% dos médicos estavam muito confiantes com o serviço, 33% confiantes e 42% inseguros. Ao final, 83% deles se mostraram muito confiantes, 17% confiantes e nenhum inseguro. 100% deles recomendariam trabalhar com teledermatologia aliado a um posto de coleta. Todos gostariam de continuar trabalhando com teledermatologia no futuro.

Para finalizar, o especialista fez questão de citar que em termos de segurança, todos os dados estavam dentro de uma VPN, que trafegava por um servidor HTTPS, e chegava em uma rede local. Os serviços estavam disponíveis somente por uma whitelist, e se por acaso, alguém chegasse ao banco de dados, encontraria a informação criptografada. Todos os protocolos de segurança mais comuns foram seguidos, e até uma consultoria de software foi contratada para tentar hackear o sistema e atestar que os dados do projeto estavam, de fato, seguros.

GLOBAL SUMMIT TELEMEDICINE & DIGITAL HEALTH DEBATE A NOVA ERA DA SAÚDE DIGITAL

Fenasaúde - 11/04/2019

Diretor executivo da FenaSaúde mediu painel de evento internacional inédito no país

A Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde) esteve presente no Global Summit Telemedicine & Digital Health, realizado de 03 a 06 de abril, em São Paulo. Pela primeira vez no Brasil, o evento internacional trouxe à tona diversos aspectos da nova era da Saúde Digital e o futuro da Telemedicina no Brasil e no mundo.

A telemedicina e a saúde digital são mudanças em curso já consumadas em países ricos, mas ainda incipiente no Brasil. De acordo com José Cechin, diretor-executivo da FenaSaúde, trata-se de uma mudança inexorável. “A resistência à mudança pode nos impedir de experimentar avanços”, afirmou Cechin ao abrir a moderação do painel ‘Experiências Exitosas em Telemedicina e Saúde Digital’, com a participação de Erika Fuga, diretora de Sinistros Saúde da SulAmérica; Lais Perazo, diretora de relações institucionais da Amil; Marcos Loreto, diretor médico da Omint; e Caio Seixas Soares, da Teladoc.

Os participantes do painel abordaram os seguintes temas: ‘Telemedicina: Oportunidades de Uso no Cuidado Coordenado de Saúde’; ‘A Experiência dos Hospitais do América no Atendimento AVC’; ‘Teleavaliação Pediátrica em uma Operadora de Saúde - Nova Perspectiva para Gestão e Logística de Cadeia de Serviços em Saúde’; e ‘Telemedicina em Família: Aplicações e Casos de Sucesso’, respectivamente.

Para Erika Fuga, da SulAmérica, a medicina será mais humanizada a partir dos avanços tecnológicos, pois colocar o médico a dois cliques do paciente os aproxima. “A medicina do futuro vai avançar com tecnologia, isso é inexorável. A telemedicina possibilita uma medicina conectada – com mais facilidade para orientar o segurado na sua jornada – e integra os serviços disponibilizados, o que gera uma melhor

experiência do beneficiário e uma melhor gestão da operadora”, concluiu.

Lais Perazo afirma que a telemedicina é apenas mais uma forma que a Amil utiliza para ajudar as pessoas a viverem da forma mais saudável, estando sob os mesmos princípios e valores que regem todas as ações e produtos da empresa. Ela acredita que a telemedicina pode ser acessível. Pesquisas apontam que os médicos estão vendo valor em sua utilização e artigos científicos mostram o impacto positivo na qualidade de atendimento, nos resultados de saúde e na redução de custos.

Marcos Loreto, da Omint, defende que a necessidade de regulamentação é urgente. “O mundo pratica telemedicina. Também precisamos praticar no Brasil, com responsabilidade. A telemedicina pode ajudar na logística do atendimento, além de contribuir para evitar desperdícios, sendo uma ótima ferramenta para triagem, orientação e monitoramento de doentes crônicos”, enfatizou.

Por último, Caio Seixas Soares, da Teladoc (empresa de telemedicina), chamou a atenção para a satisfação do paciente em relação à atenção dada pelos médicos durante os dois tipos de contato: presencial e virtual. “A escuta do paciente é a principal crítica feita a consultas presenciais hoje. E é o principal elogio feito pelos clientes do serviço de atendimento virtual”, destacou.

Por fim, os participantes debateram questões como a gravação das teleconsultas e a privacidade do paciente; a importância de discutir a regulamentação da telemedicina no Brasil e a necessidade dessa regulação ser aprovada, uma vez que a prática mostra o potencial para trazer eficiência em custo e gerar maior satisfação ao paciente. Jose Cechin, da Fenasaúde, concluiu conclamando todos os envolvidos a somarem esforços para que sua adoção produza melhores resultados para todos. “Mais do que resistir a uma mudança inexorável a postura adequada que é expressa por aqueles que percebem a transformação na sociedade”.

MAIS 1,5 MILHÃO DE SORRISOS SAUDÁVEIS

IESS - 10/04/2019

Entre fevereiro deste ano e o mesmo mês de 2018, 1,5 milhão de novos vínculos foram firmados com planos exclusivamente odontológicos. Com o avanço de 6,4%, o segmento já conta com 24,4 milhões de beneficiários de acordo com dados da última [Nota de Acompanhamento de Beneficiários \(NAB\)](#).

O resultado foi especialmente alavancado pela contratação de planos na região Sudeste do País, que registrou 1,1 milhão

de novos vínculos. Ou seja, concentra 76,8% dos novos beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. No total, registrou crescimento de 8,4%, chegando à marca de 14,5 milhões de vínculos.

O Estado de São Paulo foi o que contou com maior incremento absoluto de beneficiários. Foram 529,1 mil novos

vínculos firmados no período de 12 meses encerrado em fevereiro de 2019. Alta de 6,6%.

O resultado do Rio de Janeiro não ficou muito atrás. Com 422,1 mil novos beneficiários no período, o Estado teve avanço de 14,6%. Proporcionalmente, a segunda maior alta do País.

A Unidade da Federação (UF) que teve o maior avanço proporcional foi Tocantins, com incremento de 15% na base de beneficiários de planos exclusivamente odontológicos. O resultado, contudo, precisa ser observado com cautela. Não por não ser positivo, mas porque a base de beneficiários no Estado é comparativamente muito baixa. O avanço de 15% representa apenas 6,5 mil novos vínculos, o que eleva o total vínculos em Tocantins para 49,6 mil.

Para deixar ainda mais clara a comparação, o Rio de Janeiro conta com 3,3 milhões de beneficiários e São Paulo, com 8,6 milhões.

O único Estado a registrar recuo no total de vínculos com planos dessa modalidade no período analisado foi a Bahia. Foram rompidos 60,5 mil vínculos, uma queda de 3,9%. Com o resultado, a região passa a atender 1,5 milhão de beneficiários com este tipo de cobertura.

Assim como acontece com os planos médico-hospitalares, que [comentamos ontem](#), o avanço do segmento está intimamente ligado ao crescimento do mercado de trabalho. Tanto pelo fato de que o benefício é oferecido para atrair e reter talentos quanto pelo aumento na renda, que possibilita às famílias contratarem os planos.

UNIMED-RIO FECHA 2018 COM LUCRO LÍQUIDO POSITIVO DE R\$ 85 MILHÕES

Investimentos e notícias - 10/04/2019

A Unimed-Rio fechou o ano de 2018 com resultado líquido positivo de R\$ 85 milhões, mantendo sobras superiores a R\$ 60 milhões pelo terceiro ano consecutivo. O número, que bate recorde em toda a história da cooperativa, faz parte do balanço econômico-financeiro que foi deliberado e aprovado pela ampla maioria dos cooperados presentes na Assembleia Geral Ordinária realizada no dia no fim de março.

"Nossos indicadores de 2018 refletem as ações austeras que tiveram que ser tomadas nos últimos anos para que a Unimed-Rio permanecesse na rota da recuperação. Diante de tantos desafios, tivemos sucesso não só em manter a cooperativa viva, com a participação ativa dos sócios, mas também em conseguir dar passos significativos para o seu desenvolvimento sustentável", diz Romeu Scofano, presidente da Unimed-Rio.

Alinhada a um planejamento estratégico, a mudança de atuação comercial da cooperativa, que direcionou o foco para rentabilidade, resultou no crescimento de 3% da sua carteira de clientes em 2018, passando de 724 mil para 746 mil. Esse cenário também contribuiu para a empresa manter seu patamar de faturamento em R\$ 4,3 bilhões, um aumento superior a 6%

em relação a 2017. Com esse resultado, a Unimed-Rio permanece sendo a maior singular do Sistema Unimed em receita.

A redução da dívida bancária é outro ponto importante dos indicadores de 2018, tendo em vista que a cooperativa conseguiu liquidar 74% dela, reduzindo de R\$ 156 milhões, em dezembro de 2016, para R\$ 40 milhões no fim do ano passado. Outro dado relevante é o índice de sinistralidade - 79% - abaixo da média de mercado, que é de 83% e o custo das despesas assistenciais, de R\$ 3,7 bilhões, que permaneceu equilibrado. Vale destacar ainda que, em outubro de 2018, a Fitch Ratings, agência internacional de classificação de risco, elevou o rating da Unimed-Rio para B, demonstrando uma melhora significativa de gerenciamento e processos.

O relatório anual com os principais resultados e ações realizadas pela Unimed-Rio em 2018 é 100% digital e está disponível no endereço: <http://relatorioanual2018.unimedrio.com.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.