

---

## ÍNDICE INTERATIVO

[A dedutibilidade das despesas com home care ou não, eis a questão](#) - Fonte: ConJur

[Decisão do STF sobre ressarcimento a hospitais privados põe pressão sobre tabela do SUS](#) - Fonte: JOTA

[Planos de Saúde: Setor mantém evolução em agosto](#) - Fonte: GOV (ANS)

[O papel do analytics no combate a fraudes na saúde brasileira](#) - Fonte: CIO

[Conheça como funciona a telemedicina ao redor do mundo](#) - Fonte: Revista Cobertura

[Fleury mantém foco em diversificação e rejeita concorrer com planos de saúde](#) - Fonte: Money Times

[Avaliação da tecnologia em saúde é tida como uma aliada na sustentabilidade da saúde suplementar](#) -  
Fonte: FenaSaúde

[Novo processo de revisão das coberturas obrigatórias entra em vigor hoje \(1/10\)](#) - Fonte: GOV (ANS)

[STF fixa regras para pagamento de serviço hospitalar imposto pela justiça](#) - Fonte: ConJur

[ANS automatiza a emissão de certidão cadastral de operadoras](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Unimed BH compra 15% do hospital Vila da Serra, da Oncoclínicas](#) - Fonte: Money Times

# A DEDUTIBILIDADE DAS DESPESAS COM HOME CARE OU NÃO, EIS A QUESTÃO

Conjur – 06/10/2021

Aconteceu na semana passada o Fórum Interno de Debates do VII Seminário de Direito Tributário e Aduaneiro do Carf, que abordou temas pulsantes em cada uma de suas três Seções de Julgamento. No âmbito da Segunda Seção, travados debates quanto aos requisitos para o gozo da imunidade das contribuições e às novas regras dos planos de Participação nos Lucros e Resultados, à luz da Lei nº 14.020/20, temas que, ainda que por outras lentes, já abordados nesta coluna (aqui e aqui). Promovida interessante discussão sobre o conceito de estabelecimento hospitalar para o fim de dedução de despesas da base de cálculo do Imposto sobre a Renda de Pessoa Física (IRPF) — tópico sobre o qual não havíamos, até então, nos debruçado.

O art. 1º da Constitucional de 1988 explicita que a nossa República elegeu como um de seus fundamentos a dignidade da pessoa humana, um verdadeiro núcleo axiológico do constitucionalismo contemporâneo. É valor supremo que há de informar a criação, a interpretação e, por derradeiro, a aplicação de toda nossa ordem normativa. Conjuga-se ao direito à vida, de modo a tornar imperiosa não só uma mera manutenção dos sinais vitais. Necessário mais do que isso: é preciso assegurar que o indivíduo permaneça vivo com sua dignidade preservada. Assim, “a dignidade da pessoa humana, ancorada na ideia de homem como pessoa livre, autorresponsável e com estima social, verdadeiro reduto intocável do ser humano, também vale face à intervenção fiscal, relativamente a qual forma a barreira inferior intransponível, concretizada na garantia da intangibilidade fiscal de um mínimo de meios ou recursos materiais indispensáveis à salvaguarda dessa dignidade.”[1]

A dedutibilidade de determinadas despesas da base de cálculo do IRPF vem, justamente nesse sentido, concretizar uma limitação material para salvaguardar a dignidade da pessoa humana, retirando da tributação parcela tida como essencial à garantia do mínimo existencial.[2] Bem verdade que “(...) o imposto de renda de pessoa física sempre foi organizado em uma base formal progressiva para gerar um determinado grau de equidade vertical, [sendo que] os créditos e as deduções fiscais [visam] garantir algum grau de equidade horizontal.”[3].

Nos termos do art. 8º da Lei nº 9.250/95, a base de cálculo será a soma de “todos os rendimentos percebidos durante o ano-calendário, exceto os isentos, os não-tributáveis, os tributáveis exclusivamente na fonte e os sujeitos à tributação definitiva” (inc. I) deduzida dos “pagamentos efetuados, no ano-calendário, a médicos, dentistas, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e hospitais, bem como as despesas com exames laboratoriais, serviços radiológicos, aparelhos ortopédicos e próteses ortopédicas e dentárias” (al. “a” do inc. II).[4] A dedução estende-se “aos pagamentos efetuados a empresas

domiciliadas no País, destinados à cobertura de despesas com hospitalização, médicas e odontológicas, bem como a entidades que assegurem direito de atendimento ou ressarcimento de despesas da mesma natureza” – ex vi do inc. I do §2º do art. 8º da Lei nº 9.250/95.

Embora a Lei nº 8.080, datada de 19 de setembro de 1990, tenha regulamentado a assistência domiciliar no Brasil, somente mais de uma década mais tarde foram editadas resoluções sobre a matéria pelos conselhos federais de medicina, enfermagem e farmácia.[5] Assim como só há alguns anos o termo home office se popularizou – ganhando protagonismo em tempos de Covid-19 –, análoga a trajetória do home care.

A assistência domiciliar deve ser entendida como uma extensão do tratamento hospitalar, envolvendo profissionais de diversas áreas, que mira o bem-estar do paciente, a melhora de suas condições de vida, bem como o incremento das chances para sua reabilitação. Além de ser o atendimento home care mais humanizado, seja por oferecer maior independência ao paciente, seja por ser o ambiente permeado por laços de afeto, o risco de infecção é inferior ao existente naqueles hospitalares.[6]

O home care, enquanto serviço prestado por uma equipe multidisciplinar, abarca a realização de consultas médicas (fisioterápicas, fonoaudiológicas, etc.) e exames, a aplicação de medicamentos e, em alguns casos, verdadeira internação domiciliar. Não se confunde com o trabalho desempenhado por cuidadores, carentes de expertise técnica, responsáveis por acompanhar a rotina daquele em reabilitação ou em idade mais avançada, garantindo seu bem-estar de um modo em geral. A despeito de, à época, noticiado por veículos informativos de que teria o Carf negado a dedução de despesa com home care de paciente acometido por Alzheimer, da leitura do acórdão depreende-se que no “caso não houve glosa de serviços de home care e sim de despesas efetuadas com cuidadores, pessoas físicas, de dependente da Contribuinte.”[7]

Tampouco pode ser o home care equiparável a clínicas geriátricas, também conhecidas como casas de repouso ou lares da melhor idade. Evidentemente, caso sirvam apenas para suprir necessidades de alojamento, alimentação e lazer, não haveria de se cogitar pleitear a dedução dos gastos, eis que não atrelados à direcionados à proteção da saúde.

De acordo com o §4º do art. 80 do RIR/99 (§4º do art. 73 do RIR/18), “as despesas de internação em estabelecimento para tratamento geriátrico somente poderão ser deduzidas se o estabelecimento for qualificado como hospital, nos termos da legislação específica.” Com arrimo na norma regulamentadora, pontuado em precedente colhido da Câmara Superior do Carf que “ainda que o estabelecimento

geriátrico conte com profissionais que atuam na área de saúde e que se dedique a tratamentos recomendados por profissionais da área médica, as despesas decorrentes dos serviços por ele prestados não são alcançadas pela isenção prevista na alínea “a”, do inciso II, do art. 8º, da Lei nº 9.250, de 1995, a menos que esteja enquadrado como hospital.”[8] O Tribunal Regional Federal da 4ª Região, ao apreciar pedido de uniformização de jurisprudência, entendeu, em colisão ao que vem sendo sustentado no âmbito do Carf, ser “ilegal a limitação estabelecida pelo Decreto nº 3.000/99 [RIR/99], ao reduzir a abrangência legal, desde que comprovada a existência de prestação de serviços à saúde de idosos, tais como descritos nos art. 8º, II, a, da Lei n. 9.250/95.”[9] Embora não seja pacífica a jurisprudência do Carf quanto à não aplicação de decreto maculado pela ilegalidade,[10] inexistiria óbice para tanto nos termos do art. 26-A do Decreto nº 70.245/72[11], tampouco no enunciado da Súmula Carf nº 2.[12]

Caso deveras seja comprovado estar-se diante da modalidade de home care, longe ainda de apaziguadas as controvérsias. Alguns entendem que “as despesas com internação hospitalar efetuada na própria residência do paciente somente são dedutíveis se tais despesas integram a fatura emitida por estabelecimento hospitalar”[13]; ao passo que outros sustentam que “embora distinto de estabelecimento hospitalar, a empresa prestadora dos serviços de home care está cadastrada com o CNAE 87.12-3-00: ‘Atividades de fornecimento de infraestrutura de apoio e assistência a paciente no domicílio’ (...) [além de] registrada

no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP).”[14] Tal conclusão pode ser ainda robustecida com o disposto no inc. I do §1º do art. 80 do RIR/99, que estende a possibilidade de dedução aos pagamentos destinados à cobertura de despesas com hospitalização a entidades que assegurem direito de atendimento de mesma natureza.

Não se desconhece que, no âmbito do Carf, recaem as limitações no exercício da função judicante, desenvolvida atipicamente pelo Poder Executivo. Contudo, o apego ao originalismo – seja em sua versão textualista, seja naquela intencionalista – falhará em acompanhar o dinamismo das transformações sociais, que precisam ser acompanhadas pela ciência do direito. Ambos são vivos, impermanentes. Há de se ressaltar que “a interpretação do direito é interpretação do direito, no seu todo, não de textos isolados, desprendidos do direito. Não se interpreta o direito em tiras, aos pedaços.”[15] Em nossa Carta Constitucional assegurada a intransigente salvaguarda da dignidade da pessoa humana, que alberga o conceito de mínimo existencial, bem como o direito à saúde. Todo processo de aplicação e interpretação há de se compatibilizar como esse norte, posto pela CRFB/88.

As despesas com assistência de saúde domiciliar é tema sensível, cuja situação fática precisa restar bem consubstanciada e comprovada, a fim de que seja possível averiguar a sua (im)possibilidade de dedutibilidade. Afinal, o diabo mora nos detalhes.

## DECISÃO DO STF SOBRE RESSARCIMENTO A HOSPITAIS PRIVADOS PÕE PRESSÃO SOBRE TABELA DO SUS

JOTA – 05/10/2021

Procuradorias estaduais temem que unidades particulares não se interessem em celebrar contratos com o sistema público.

A solução encontrada pelo Supremo Tribunal Federal (STF) de ressarcir hospitais privados por tabelas e índices da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), e não do Sistema Único de Saúde (SUS), em caso de atendimento a pacientes por ordem judicial, jogou luz sobre a distância dos preços pagos por procedimento na tabela do SUS em comparação com os praticados no mercado.

As procuradorias estaduais temem o desincentivo de credenciamento de hospitais privados ao SUS — uma vez que os valores da ANS são mais atraentes — e possível aumento da judicialização da saúde.

A preocupação das procuradorias estaduais é a de que a resposta do Supremo leve os hospitais privados a não se interessarem por celebrar contratos com o SUS, uma vez que os valores são inferiores aos propostos pela ANS — a diferença em alguns procedimentos pode chegar a 50%. Além

disso, como ressaltaram fontes consultadas pelo JOTA, a tabela do SUS não é atualizada há 18 anos. Já na ANS, a atualização ocorre pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), conforme a Resolução 367/2014, em que o IVR é calculado como 1,5 vezes o valor da tabela do SUS.

No memorial apresentado pela Procuradoria do Distrito Federal aos autos, já se aventava essa possibilidade caso se mantivesse o método pedido por hospitais privados (de ressarcimento a preços de mercado). “Valerá a pena deixar o SUS desguarnecido de opções de participação complementar, para que pacientes obtenham liminar e o preço unilateral e integral possa ser cobrado”, diz o texto. Há preocupação ainda entre as procuradorias de possível aumento da judicialização se a oferta de hospitais privados credenciados ao SUS diminuir.

### “Solução razoável”

Por outro lado, os hospitais privados acreditam que o Supremo deu uma resposta razoável à questão, mesmo que

não tenha atendido 100% ao pleito pretendido. A vantagem está na fixação do parâmetro para uniformizar os valores no país.

Para o diretor jurídico da Confederação Nacional da Saúde (CNSaúde), Marcos Vinicius Ottoni, embora os valores da ANS ainda sejam mais baixos do que os preços de mercado, ainda sim é mais vantajoso do que os preços pagos pelos SUS. Mas, ele acredita que a solução não deve criar problemas no credenciamento de hospitais privados para o SUS, seja porque a decisão do STF limita-se às liminares judiciais seja pelo fato do sistema complementar já estar estruturado.

“Tem hospital que se prepara e se estrutura especificamente para atender o contrato do SUS. Assim, não tem problema: o hospital já sabe os valores da tabela e prepara a sua estrutura e funcionários para atender com base naquela tabela. O problema ocorre quando o hospital cria um protocolo, prestigia mais um tipo de cuidado e determina linha de atendimento, ou seja, cria um serviço mais caro e é obrigado a ser custeado por um serviço pela tabela do SUS”, explica. “Além disso, a solução do STF é esporádica, em casos de liminares”, complementa.

Presidente do Sindicato dos Hospitais, Clínicas e Laboratórios do Estado de São Paulo, Francisco Balestrin, afirma que a decisão do Supremo vai pacificar o tema no país, uma vez que os juízes de todo o país vinham dando respostas diferentes à questão.

“Me parece que essa decisão é adequada. Pelo menos ela consegue colocar parâmetros. Até pouco tempo isso não era pacificado. Normalmente, os juízes diziam que os hospitais privados tinham que atender os pacientes públicos — o que não deixa de ser incorreto porque estamos tratando de vidas — mas quando se falava em remuneração sempre houve esse processo de discussão”, explica.

O julgamento no Supremo ocorreu na quinta-feira (30/9) e fixou a seguinte tese: “O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do Sistema Único de Saúde, em cumprimento de ordem judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde”.

---

## PLANOS DE SAÚDE: SETOR MANTÉM EVOLUÇÃO EM AGOSTO

GOV (ANS) – 05/10/2021

Segmentações de assistência médica e odontológica seguem com tendência de aumento.

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) disponibiliza, nesta terça-feira (05/10), os números de beneficiários de planos de saúde referentes ao mês de agosto. Os dados estão publicados na Sala de Situação, ferramenta de consulta no portal da ANS. Nesse período, o setor se manteve em crescimento e totalizou 48.446.444 usuários em planos de assistência médica e 28.315.635 em planos exclusivamente odontológicos.

[Clique aqui para acessar a Sala de Situação.](#)

No caso dos planos médico-hospitalares, em um ano houve incremento de 1.544.805 beneficiários - o equivalente a 3,1% de aumento em relação a agosto de 2020. No comparativo de agosto com julho, o crescimento foi de 82.813 mil usuários. O total de beneficiários é o maior número registrado desde abril de 2016, quando o setor atingiu 48.523.031 beneficiários nessa segmentação. Já nos planos exclusivamente odontológicos, foi registrado aumento de 2.536.758 beneficiários em um ano – o que representa 8,8% de

crescimento no período – e de 325.850 em um mês (comparativo com julho).

Entre os estados, no comparativo com agosto de 2020, o setor registrou aumento de beneficiários em planos de assistência médica em 24 unidades federativas, sendo São Paulo, Minas Gerais e Paraná os que tiveram o maior ganho de beneficiários em números absolutos. Entre os odontológicos, todas as unidades federativas registraram aumento no comparativo anual, sendo também que São Paulo, Minas Gerais e Paraná, os estados com maior crescimento em números absolutos. Vale destacar que esses estados têm se destacado há quatro meses consecutivos, como as regiões com maior crescimento nas duas segmentações (assistência médica e odontológica).

A ANS ressalta que os números podem sofrer modificações retroativas em função das revisões efetuadas mensalmente pelas operadoras.

Confira nas tabelas abaixo a evolução de beneficiários por tipo de contratação do plano e por UF em diferentes competências.

Número de beneficiários com planos de assistência médica por tipo de contratação

Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
ago/21	33.197.626	6.285.891	414	8.901.723	60.790	48.446.444
jul/21	33.076.218	6.293.721	414	8.932.230	61.048	48.363.631
jun/21	32.953.878	6.295.380	414	8.954.539	61.352	48.265.563
mai/21	32.848.022	6.277.277	415	8.956.419	61.661	48.143.794
abr/21	32.706.284	6.253.891	415	8.981.261	63.112	48.004.963
mar/21	32.594.860	6.259.977	416	9.005.755	63.447	47.924.455
fev/21	32.382.868	6.265.156	416	9.022.461	65.396	47.736.297
jan/21	32.258.978	6.279.931	417	9.037.393	66.041	47.642.760
dez/20	32.212.804	6.302.109	418	9.044.645	66.387	47.626.363
nov/20	32.091.697	6.286.026	419	9.020.819	67.286	47.466.247
out/20	31.893.265	6.272.782	419	9.023.770	72.503	47.262.739
set/20	31.726.065	6.243.738	421	9.007.926	72.988	47.051.138
ago/20	31.605.724	6.227.403	431	8.993.902	74.179	46.901.639

Número de beneficiários com planos Exclusivamente Odontológico por tipo de contratação						
Competência	Coletivo			Individual ou Familiar	Não Identificado	Total
	Empresarial	Por Adesão	Não Identificado			
ago/21	20.589.640	2.759.042	1.707	4.958.628	6.618	28.315.635
jul/21	20.343.387	2.755.941	1.712	4.881.998	6.747	27.989.785
jun/21	20.231.166	2.758.560	1.717	4.763.117	6.774	27.761.334
mai/21	19.995.959	2.763.299	1.723	4.684.157	6.822	27.451.960
abr/21	19.918.489	2.768.680	1.724	4.662.886	6.859	27.358.638
mar/21	19.851.460	2.771.257	1.726	4.661.133	6.941	27.292.517
fev/21	19.633.437	2.765.220	1.728	4.664.096	6.978	27.071.459
jan/21	19.547.922	2.761.406	1.729	4.591.139	7.011	26.909.207
dez/20	19.501.836	2.742.181	1.736	4.530.680	7.038	26.783.471
nov/20	19.274.665	2.813.420	1.737	4.461.361	7.125	26.558.308
out/20	19.083.625	2.797.158	1.738	4.388.508	7.181	26.278.210
set/20	18.996.527	2.795.524	1.740	4.319.972	7.592	26.121.355
ago/20	18.804.149	2.746.139	1.747	4.219.224	7.618	25.778.877

Número de beneficiários por UF				
Estado	Assistência Médica		Exclusivamente Odontológica	
	ago/20	ago/21	ago/20	ago/21
Acre	43.179	42.587	15.628	17.313
Alagoas	364.585	375.024	266.302	284.552
Amapá	61.499	62.450	46.835	51.529
Amazonas	518.443	564.570	452.245	492.403
Bahia	1.551.677	1.609.868	1.457.483	1.533.539
Ceará	1.241.194	1.273.966	973.710	1.027.353
Distrito Federal	912.047	925.090	590.770	624.935

<b>Espírito Santo</b>	1.116.290	1.175.559	525.983	607.839
<b>Goiás</b>	1.211.171	1.220.261	639.089	706.143
<b>Maranhão</b>	477.114	465.749	207.315	240.004
<b>Mato Grosso</b>	594.408	635.401	221.874	237.485
<b>Mato Grosso do Sul</b>	599.014	612.506	150.235	162.973
<b>Minas Gerais</b>	5.110.319	5.377.857	2.191.894	2.450.237
<b>Pará</b>	801.907	839.908	447.004	507.448
<b>Paraíba</b>	415.056	436.947	377.868	410.751
<b>Paraná</b>	2.844.803	2.935.876	1.299.241	1.535.191

Pernambuco	1.328.567	1.368.900	1.001.788	1.118.092
Piauí	335.944	358.965	92.603	120.740
Rio de Janeiro	5.270.771	5.352.940	3.353.248	3.416.927
Rio Grande do Norte	508.396	556.515	342.386	395.888
Rio Grande do Sul	2.503.531	2.547.519	778.208	833.638
Rondônia	151.572	156.269	107.316	110.841
Roraima	29.645	26.884	11.313	12.110
Santa Catarina	1.450.487	1.534.782	547.480	726.297
São Paulo	16.999.662	17.518.681	9.351.070	10.314.129
Sergipe	313.324	322.303	200.547	205.966
Tocantins	108.582	112.523	113.295	157.986

## O PAPEL DO ANALYTICS NO COMBATE A FRAUDES NA SAÚDE BRASILEIRA

CIO – 04/10/2021

Dados têm papel fundamental no combate a possíveis fraudes, pois permitem a análise de comportamento em relação aos serviços utilizados.

A busca por melhores e mais sofisticadas formas de prevenção a fraudes em empresas da área de saúde aumentou significativamente durante a pandemia, em particular por parte dos convênios. O setor tem atravessado um momento de grande mudança, no qual organizações tiveram redução de custos no início da crise com os adiamentos de cirurgias, exames e procedimentos não

emergenciais, e agora lidam com uma demanda represada, que começa a ser liberada.

Nesse cenário, cirurgias eletivas que não foram feitas se tornam cada vez mais emergenciais, ao mesmo tempo em que a saturação do sistema público obriga os hospitais privados a alocar sua capacidade de internação para pacientes de COVID-19. E há ainda as sequelas do novo coronavírus, que trazem outros custos para as operadoras de saúde. Com o fôlego financeiro que as operadoras tiveram no início da crise, surge a oportunidade de investimento para que essas empresas possam se preparar para os novos desafios.

Informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que, em geral, médicos brasileiros pedem muito mais exames de tomografia e ressonância do que profissionais de outros países. Há, ainda, a prática de recomendação, na qual profissionais podem receber recompensas ao direcionar seus pacientes para laboratórios específicos, envio de imagens inverídicas de procedimentos e o abuso da possibilidade de reembolsos por parte dos beneficiários.

Segundo o IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), o custo de fraudes para planos de saúde no Brasil chega a quase 20 bilhões de reais e, por conta disso, pacientes arcam com um aumento de cerca de um terço no custo dos procedimentos médicos.

Os dados têm um papel fundamental na identificação e combate a possíveis fraudes, pois permitem a análise de comportamento em relação aos serviços utilizados. É possível, por exemplo, estabelecer os padrões normais de utilização de um determinado plano de saúde em uma cirurgia de joelho, incluindo quais são os exames que costumam ser solicitados antes do processo de internação, e também os procedimentos pós-cirúrgicos, tais como sessões de fisioterapia. Com essas práticas estabelecidas, é possível encontrar anomalias, que podem embasar auditorias e investigações mais detalhadas.

Algumas operadoras de saúde já contam com essa estratégia, enquanto outras ainda estão engatinhando nesse processo. Entre os motivos que podem explicar este atraso, está a lucratividade historicamente baixa do setor, com pouco espaço para erro, aliada a uma preferência por manter o

status quo a fazer investimentos para combater o problema. Além disso, há a questão do risco de prestadores de serviço decidirem se descadastram do plano quando fraudes são apontadas, o que é prejudicial para o cliente final.

Com os insights trazidos por meio do monitoramento de dados, um plano de saúde consegue mostrar para sua rede de prestadores que está atuando nesse espaço. Desta forma, é possível fazer comparativos entre grupos de prestadores que estão atuando de maneira justa e quem está abusando do sistema.

A intenção é que a transparência trazida pelos fatos e a consciência de que tudo está sendo monitorado leve a uma redução de situações que incidem em abuso, bem como o combate efetivo a essas ocorrências. Atualmente, empresas do setor têm ao seu dispor os insumos para começar ou avançar no uso de análise de dados, já que a ANS definiu um padrão de dados que devem ser utilizados em relação a procedimentos.

Empresas cuja lucratividade gira em torno de 2% de seu faturamento podem evitar ao menos 5% de seus sinistros ao detectar fraudes: isso significa um impacto de mais que o dobro em seus lucros, que pode ser revertido em uma redução de prêmio e um aumento de *market share*.

Considerando as mudanças que planos de saúde têm visto nos últimos anos e, especialmente após a emergência da pandemia, bem como as oportunidades que se apresentam para os negócios, a análise avançada de dados não é mais uma possibilidade a ser contemplada, mas sim um *must-have*.

---

## CONHEÇA COMO FUNCIONA A TELEMEDICINA AO REDOR DO MUNDO

Revista Cobertura – 04/10/2021

Benchmarking da Saúde Digital Brasil revelou que países referência em saúde no mundo liberam que primeiras consultas sejam realizadas à distância. No Brasil, esta prática da medicina aguarda a regulamentação definitiva que esbarra em entraves que atrasam o avanço da saúde digital no Brasil, entre eles a condição de que apenas retornos e acompanhamentos sejam feitos via telemedicina

A Saúde Digital Brasil (Associação Brasileira de Empresas de Telemedicina e Saúde Digital), organização sem fins lucrativos que congrega entidades que atuam na cadeia de prestação de serviços de telemedicina e que desenvolvem atividades relacionadas à saúde digital, realizou um benchmarking que identificou que de 15 países, apenas o Uruguai apresenta fortes restrições à primeira consulta à distância. Na quase totalidade dos países analisados, incluindo referências em saúde como a Inglaterra, que através do NHS que serve de inspiração para a criação do nosso SUS, existe liberação total dos atendimentos, mesmo que em primeira instância via telemedicina, e isto acontece em outros países da Europa, assim como aqui nas Américas,

incluindo os Estados Unidos, Canadá, México, Colômbia, Argentina entre outros.

A manutenção da primeira consulta não presencial é um dos pontos centrais da discussão sobre a regulamentação definitiva da telessaúde no Brasil, que tramita no Congresso Nacional. O Conselho Federal de Medicina (CFM) pleiteia que esse recurso seja utilizado apenas para o acompanhamento de doenças crônicas e retornos.

O objetivo deste benchmarking, realizado pelo departamento jurídico da Saúde Digital Brasil, foi exatamente esse: entender como outros países ao redor do mundo estão lidando com alguns pontos específicos relacionados a telemedicina: o contexto geral; a definição da telemedicina; atividades cobertas; a necessidade de licença específica para o médico exercer a telemedicina; quando a primeira consulta pode ser presencial ou à distância; prescrição; autonomia do médico e o consentimento do paciente, sendo dois aspectos que caminham juntos e são muito importantes para o futuro da telemedicina, em especial no Brasil.

“A principal contribuição deste estudo é mostrar que diferente do que se observa no Brasil, a telemedicina é bastante aceita ao redor do mundo. Debates como o que estamos tendo por aqui, cheio de entraves, como a questão da primeira consulta e da territorialidade, acabam atrasando a regulamentação e colocando o País ainda mais a reboque com relação aos avanços da tecnologia na área da saúde. Fora que não existe nenhum respaldo na literatura médica que justifique a proibição”, ressalta Eduardo Cordioli, presidente da Saúde Digital Brasil.

Segundo Cordioli, a regulamentação da Telemedicina no Brasil é bastante peculiar. Enquanto, em países como Portugal e Colômbia, cabe ao Ministério da Saúde regular a telemedicina, por aqui, essa responsabilidade está atribuída ao Conselho Federal de Medicina, autarquia sem comparativo em outros países. Mesmo assim, é importante olhar para os outros países e como as outras economias estão lidando com telemedicina e, desta forma, trazer inovações tecnológicas para o Brasil. Entre os apoiadores da primeira consulta a distância estão Alemanha, Espanha, Canadá, Chile, Colômbia, EUA, França, Nova Zelândia e o Reino Unido.

Fazendo paralelo com países da América do Sul, desde 2010, a Colômbia aprovou lei que estabelece diretrizes para a telessaúde. Anos depois, em 2019, antes mesmo da pandemia, o Ministério da Saúde e Proteção Social regulamentou através de uma Resolução (equivalente a uma Portaria no ordenamento brasileiro) critérios para exercício de atividades por profissionais médicos. A regulação colombiana define a telemedicina interativa como a relação à distância entre médico e paciente para prestação de serviço de saúde em quaisquer de suas fases, o que inclui a primeira consulta.

Na Europa, é possível observar a evolução do debate em países como a França. Em 2009, o país aprovou alteração ao seu Código Sanitário, impondo regulamentação restritiva à telemedicina, vedando a realização de primeira consulta à

distância. Diante dessa restrição, em 2019, foi feita uma pequena alteração na lei para autorizar amplamente a primeira consulta à distância, sem a necessidade de o paciente estar acompanhado de um médico no local de atendimento. “A forma como a França alterou o seu Código Sanitário é um sinal dos tempos. Muitos países estão trabalhando para mudar a sua regulamentação e ampliar esse escopo, inclusive antes da pandemia, como Colômbia, França e a Nova Zelândia”, ressalta.

Outro exemplo importante está no Reino Unido. Nos últimos anos, está se investindo massivamente em uma estratégia “Digital First”. Visando a melhorar o acesso ao cuidado, o paciente entra no sistema de saúde inglês, prioritariamente, por um atendimento digital. Esse modelo reduz desperdícios para os sistemas públicos de saúde, além de simplificar a jornada do paciente.

No benchmarking internacional, foram identificados países que não vedam totalmente a primeira consulta à distância, autorizando alguns procedimentos. É o caso da África do Sul. O Conselho de Profissões de Saúde da (HPCSA, na sigla em inglês) mudou seu entendimento. Em 2016, a primeira consulta à distância era amplamente vedada. Com o avanço da pandemia, abriu-se exceção para a telepsicologia e a telepsiquiatria. Nos demais casos, é preferível que haja uma relação prévia entre médico e paciente, embora, quando não é possível e é da preferência e interesse do paciente, esta primeira consulta pode ser à distância.

“É fato que o Brasil precisa de uma regulamentação urgente. A telemedicina foi liberada em caráter de urgência, em 2020, e sua regulamentação só vigorará até o término da pandemia. Precisamos evitar que o país retorne ao patamar de 2002, que era um momento bem inferior em disponibilidade de tecnologia e que se formos olhar profundamente, a regulamentação já chegou defasada se for considerar as inovações da época. Nesse sentido, olhar para os exemplos internacionais pode ser um ponto de partida”, finaliza.

---

## FLEURY MANTÉM FOCO EM DIVERSIFICAÇÃO E REJEITA CONCORRER COM PLANOS DE SAÚDE

Money Times – 01/10/2021

O Fleury (FLRY3) vai intensificar seu crescimento via aquisições, dentro da estratégia de diversificar receitas, mas não pretende entrar numa disputa aberta com operadoras de planos de saúde, disse a presidente do grupo de medicina diagnóstica, Jeane Tsutsui.

“Temos muito para fazer em termos de entrar em novos serviços”, disse a executiva em entrevista à Reuters. “Não vamos substituir as operadoras”, acrescentou.

As declarações de Tsutsui, que assumiu o cargo em abril, vêm em meio a uma onda de aquisições e novos investimentos da quase centenária companhia para se tornar um hub de serviços médicos, num momento de ebulição no

mercado de saúde no Brasil catalisado pelos efeitos da pandemia de Covid-19, no ano passado.

Desde então, o Fleury comprou negócios que incluem clínicas ortopédicas, de aplicação de vacinas, de oftalmologia, adquiriu laboratórios de análises no Espírito Santo, lançou sua plataforma de mapeamento genético e outra de prontuários eletrônicos, além de criar um fundo de 200 milhões de reais com a Sabin para investir em startups de saúde.

“Temos um pipeline de negócios e nossa jornada está no começo”, acrescentou Tsutsui, lembrando que mesmo após ter feito mais de 1 bilhão de reais em aquisições nos últimos

cinco anos, tem uma condição financeira propícia para novos movimentos.

No fim de junho, a alavancagem financeira do Fleury, medida pela relação dívida líquida/Ebitda era de 1,1 vez. “Ainda temos espaço”, acrescentou o diretor finanças e de relações com investidores da companhia, José Antonio Filippo, que assumiu o cargo em julho, oriundo da Natura&Co (NATU3).

O Fleury anunciou no fim de agosto que poderia fazer uma oferta pela rival Alliar, ativo pelo qual a Rede D’or (RDOR3) também mostrou interesse.

Segundo a presidente da empresa, a integração da entrada em novas áreas com as aquisições deve acelerar a base de clientes do Fleury, que pretende ampliar a oferta de serviços, como mensalidades para cobertura de exames, telemedicina e até pequenas cirurgias, como de catarata, hérnia e varizes.

Recentemente, o Fleury fez parceria com a Smiles, o que permite acesso a mais de 18 milhões de possíveis novos usuários, somando-se à sua base atual de 7 milhões.

Esse conjunto de iniciativas, porém, ainda é visto como tímido por alguns analistas de mercado, dada a ebulição no mercado de saúde no Brasil, em que rivais diretos e indiretos estão se movendo rápido na direção de modelos de negócios mais verticalizados.

No ano até a véspera, a ação do Fleury acumulou baixa de 23,2%, ante baixa de 6,75% do Ibovespa no período.

Nesta sexta-feira, o Bank of America cortou o preço-alvo da ação do Fleury, alegando que as iniciativas da empresa para diversificar negócios são remédios de médio prazo, que ela tem um processo decisório mais lento e que deveria “atacar o problema”, tornando-se uma rede mais vertical com hospitais. Às 16:22, a ação do Fleury caía 2,2%. No mesmo horário, o Ibovespa tinha ganho de 1,6%.

## AVALIAÇÃO DA TECNOLOGIA EM SAÚDE É TIDA COMO UMA ALIADA NA SUSTENTABILIDADE DA SAÚDE SUPLEMENTAR

FenaSaúde – 01/10/2021

Retirada de veto ao PL 6.330 pode levar a aumento dos custos dos planos de saúde.

A saúde é o único setor em que a adoção de tecnologia significa aumento de custos. Em todos os outros setores da economia, representa redução. Como, então, financiar o custo da saúde em paralelo à adoção de novas tecnologias? A provocação foi feita por Vera Valente, diretora executiva da Federação Nacional de Saúde (FenaSaúde), durante o painel “O desafio do acesso à inovação em saúde”, da Conseguro 2021, o congresso da Confederação Nacional das Seguradoras – CNseg.

O tema instigou os palestrantes Denizar Vianna, professor titular e pró-reitor da UERJ, e o deputado federal Luiz Antônio Teixeira (PP-RJ), o Dr. Luizinho, a jogar luz sobre esta complexa equação. Segundo Vera, o papel das inovações e os mecanismos de precificação e financiamento compõem o debate mais atual em todos os sistemas de saúde. Um dos pontos mais sensíveis, atualmente, é o risco de derrubada do veto ao Projeto de Lei nº 6.330/19, que prevê a ampliação do acesso a tratamentos antineoplásicos domiciliares de uso oral para os beneficiários de planos de saúde. Essa liberação se daria a partir, única e exclusivamente, do registro na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), sem que seja analisada também pela área técnica da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Pela proposta, os medicamentos devem ser fornecidos em até 48 horas depois da prescrição médica.

Vera Valente avalia que essa mudança abriria espaço para o gasto excessivo com medicamentos sem comprovação de custo-efetividade, eliminando uma etapa importante do processo adotado pelas maiores economias do mundo, a

Avaliação da Tecnologia em Saúde (ATS). Caso o veto seja derrubado, haverá impacto direto sobre os reajustes dos planos de saúde, o que vai no caminho contrário do que se almeja: um número maior de pessoas atendidas pela saúde privada para que o SUS seja o sistema para aqueles que mais necessitam.

Os palestrantes concordaram que é preciso avaliar os reais benefícios das novas tecnologias e se os custos compensam a sua utilização. A área de saúde apresenta rotineiramente novas tecnologias, o que é positivo, mas é necessário que sejam criados critérios para sua incorporação com base em resultados reais. O orçamento do sistema nunca crescerá na mesma velocidade que o lançamento de inovações na área de saúde, mas toda empresa precisa ter o mínimo de previsibilidade sobre gastos, comentou o especialista em saúde, Denizar Vianna. “A sustentabilidade do setor de saúde está no tripé acesso à população, qualidade assistencial e sustentabilidade”, defendeu.

Segundo Denizar Vianna, o grande desafio da saúde suplementar é aumentar o acesso da população aos tratamentos. “A ANS precisa olhar os indicadores de resultados e cobrar das operadoras transparência dos custos. O indutor do processo é a ANS e o melhor caminho é o uso da ATS (Avaliação de Tecnologias em Saúde), uma ferramenta fundamental para melhorar a qualidade do segmento e desafogar o sistema público de saúde, permitindo um aumento da escala e diluição de custos da saúde suplementar.”

Para ele, é preciso ter uma base política que compreenda o funcionamento do sistema de saúde suplementar. “Eles precisam entender melhor a cadeia do setor, para não ficarem

reféns das campanhas de mídias financiadas por grupos empresariais que desrespeitam as leis e colocam em risco o sistema de saúde suplementar”, afirmou.

O Deputado Dr. Luizinho avalia que educar os políticos, com debates, congressos e seminários é uma agenda importante. "Temos muito a avançar no país neste tema, no Brasil e no mundo. O acesso à tecnologia barateia o setor de serviços, mas em saúde, não. Se aumentar a base de clientes, com planos de preços acessíveis, o custo da tecnologia será diluído. Já se diminuir a base, o custo será inviável para a população e uma grande parte dela vai migrar para o SUS, sobrecarregando o sistema público".

A diretora da FenaSaúde usou como exemplo durante a discussão o medicamento para tratamento da AME (Atrofia

Muscular Espinhal), o Zolgensma. "Nos EUA, cada tratamento custa em média o equivalente a R\$ 12 milhões por paciente. Levando-se em conta a probabilidade de nascimento de crianças que podem ter a doença, só o tratamento de AME poderia custar R\$ 1,8 bilhão aos cofres do SUS por ano".

Para a FenaSaúde, a ATS deve ser tomada como etapa obrigatória, trazendo a segurança clínica e prevenindo a "toxicidade financeira", termo usado por Stephan Stefani para demonstrar que temos que avaliar também as consequências econômicas da incorporação.

A Conseguero vai até esta sexta-feira, dia 1º/10. As inscrições são gratuitas e podem ser feitas pelo link [conseguero.cnseg.org.br](http://conseguero.cnseg.org.br).

---

## NOVO PROCESSO DE REVISÃO DAS COBERTURAS OBRIGATÓRIAS ENTRA EM VIGOR HOJE (1/10)

GOV (ANS) - 01/10/2021

Propostas de atualização passarão a ser recebidas e analisadas de forma contínua pela ANS.

Entrou em vigor nesta sexta-feira (01/10) a Resolução Normativa nº 470/2021, que trata do processo de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde. A partir dessa data, as propostas de atualização das coberturas obrigatórias para os planos de saúde regulamentados (contratados a partir de 2/01/1999 ou adaptados à Lei nº 9.656/98) passarão a ser recebidas e analisadas de forma contínua pela equipe técnica da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos da ANS.

As propostas para revisão dos procedimentos e eventos em saúde e das diretrizes de utilização que compõem o Rol serão recebidas por meio do formulário eletrônico FormRol, que estará disponível a partir de 01/10 no portal da ANS, onde será dada ampla divulgação de todo o processo.

As propostas poderão contemplar os seguintes tipos de solicitação:

- Incorporação de nova tecnologia em saúde ou nova indicação de uso no Rol;
- Alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol.

Somente serão consideradas elegíveis para análise pela equipe técnica da ANS as propostas enviadas via FormRol e que cumpram os requisitos listados na RN nº 470. O proponente será notificado eletronicamente sobre o resultado da análise de elegibilidade de sua proposta em até 60 dias após o envio do formulário.

Cabe esclarecer que se encontram com eficácia suspensa os dispositivos da RN 470/2021 que tratem de forma diversa sobre as matérias disciplinadas pela Medida Provisória 1.067, publicada em 3 de setembro de 2021, que alterou a Lei nº 9.656/1998, para dispor sobre o processo de atualização das coberturas no âmbito da saúde suplementar, prevalecendo o disposto na citada lei.

A ANS informa ainda que está tomando as medidas necessárias para adequar o processo de revisão do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde às novas regras dispostas na MP 1.067/2021, notadamente no que se refere à constituição da Comissão de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde Suplementar, consoante o disposto no art. 10-D incluído na Lei nº 9.656/1998 pela medida provisória.

[Clique aqui](#) para visualizar mais informações e o acesso do formulário eletrônico FormRol.

## Formulário Eletrônico FormRol

### ATENÇÃO:

O FormRol é um formulário eletrônico destinado à apresentação das Propostas de Atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde – PAR. **Por favor, consulte o Manual FormRol antes de iniciar o preenchimento dos formulários eletrônicos.** Para criação de um novo formulário eletrônico, conforme o objeto da sua proposta, clique em "Nova Proposta – FormRol Procedimento/Medicamento/Alteração de nome de procedimento ou evento em saúde já listado no Rol"

O preenchimento dos formulários poderá ocorrer em etapas. Apenas formulários com status "Em elaboração", portanto, ainda não enviados, são passíveis de edição e exclusão. **Concluído o preenchimento, é imperativo o envio do formulário para geração de número de protocolo.** A consulta/edição/exclusão/accompanhamento de status de formulários deverá ser realizado em "Consultar FormRol".



## STF FIXA REGRAS PARA PAGAMENTO DE SERVIÇO HOSPITALAR IMPOSTO PELA JUSTIÇA

ConJur – 30/09/2021

O ressarcimento de serviços de saúde prestados por unidade privada em favor de paciente do SUS, em cumprimento de ordem decisão judicial, deve utilizar como critério o mesmo que é adotado para o ressarcimento do SUS por serviços prestados a beneficiários de planos de saúde.

Esta foi a tese fixada, por unanimidade, pelo Supremo Tribunal Federal, em sessão nesta quinta-feira (30/9), ao dirimir disputa entre o governo do Distrito Federal e uma rede hospitalar privada sobre o pagamento de despesas de serviços de saúde feitas por decisão judicial. Prevaleceu a tese do relator, ministro Luís Roberto Barroso.

O ministro foi enfático em seu voto. "A discussão travada neste processo decorre, em grande medida, da realidade de subfinanciamento da saúde pública no Brasil. Os dados comparativos das despesas públicas em saúde em países com sistema universal revelam o quadro de baixo investimento. E isso sem considerar que, diferentemente desses países, que se ocupam basicamente de doenças crônicas e relacionadas ao envelhecimento, o sistema brasileiro também lida com agravos relacionados à violência e ao subdesenvolvimento", escreveu.

No caso em julgamento, devido à inexistência de vaga na rede pública, um paciente foi internado em hospital particular do Distrito Federal após decisão judicial. Como não houve pagamento voluntário por parte do governo do DF, a rede privada de saúde ajuizou ação de cobrança visando o ressarcimento das despesas médicas.

O Tribunal de Justiça do Distrito Federal e dos Territórios (TJ-DF) condenou o governo local a pagar ao hospital o valor referente aos serviços prestados em cumprimento à ordem judicial, sob o argumento de que é dever do Estado efetivar o direito à saúde. O acórdão entendeu que, nas hipóteses em que não existir vaga no sistema público, o ente público deve arcar com o ônus da internação de paciente em hospital particular.

No recurso extraordinário julgado nesta quinta, o Distrito Federal defendeu que as despesas médicas cobradas pelo estabelecimento privado sejam pagas de acordo com os parâmetros e valores estabelecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para remuneração da rede complementar de saúde, ou seja, tal como ocorreria com as instituições privadas conveniadas ou contratadas pelo Estado para atendimento público.

A imposição de pagamento com base no preço arbitrado pela prestadora privada violaria, segundo o recurso os artigos 5º, caput, 196 e 199, parágrafo 1º, da Constituição.

O ministro Barroso traçou o que denominou de precarização dos serviços públicos de saúde no Brasil. Em 2016, enquanto o Brasil aplicou 3,8% do PIB em saúde pública, o Reino Unido investiu 7,6%; a Suécia 10,0%; o Canadá 7,4%; a França 9,0%; e a Espanha 6,4%.

"O quadro de asfixia orçamentária tem levado à precarização de infraestrutura da rede pública própria e exacerba a necessidade de contratação de serviços privados pelo SUS. Os prestadores privados, como visto, indicam que o valor de ressarcimento tabelado sequer cobre os custos do serviço", afirma.

O resultado deste quadro é o sucateamento das estruturas públicas de saúde; a precarização dos vínculos funcionais, com a interrupção de atendimento, ou criação de vazios assistenciais; e a entrega de um serviço de baixa qualidade ao usuário do SUS. "Trata-se de um ciclo que impede a realização de investimento na rede pública, aumenta a dependência ao setor privado e não satisfaz as expectativas de atendimento do usuário", salientou.

Diante do caso concreto, o ministro pontuou que não se pode admitir a apropriação privada "irrazoável" de recursos públicos, sobretudo no caso de serviços de saúde, aos quais a Constituição atribui relevância pública, qualquer que seja a forma de prestação. No entanto, observou que tampouco é possível ao Estado impor "a venda de bens ou serviços por preço inferior ao preço de custo, acrescido do lucro e do retorno mínimo compatível com o reinvestimento".

Para ele, a indenização pela requisição de serviços deve ser pautada por critério que concilie quatro fatores: o dever social imposto às prestadoras privadas para promoção do direito à saúde; a relevância pública da atividade; mas também a existência de livre iniciativa para assistência à saúde; e a própria preservação da empresa.

Por isso, observou que a Lei 9.656/1998 (Lei dos Planos de Saúde)15 e a Lei 9.961/200016 atribuem à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) o encargo de fixar valores de referência para o ressarcimento do Sistema Único de Saúde

por serviços prestados em favor de beneficiários de planos de saúde. E, nos termos do § 8º do artigo 32 da Lei 9.656/1998, "os valores a serem ressarcidos não serão inferiores aos praticados pelo SUS e nem superiores aos praticados pelas operadoras de produtos".

Até dezembro de 2007, esse ressarcimento era realizado de acordo com os valores estabelecidos na Tabela Única Nacional de Equivalência de Procedimentos (Tunep). A tabela, editada pela ANS com fundamento nos dispositivos citados, seguia diretriz voltada a identificar o valor dos serviços de saúde, considerando-se a realidade do mercado e a relevância pública da atividade. Tratava-se, diz o ministro, de um padrão de referência formulado com a participação do setor de saúde privado e elaborado por uma agência reguladora independente, que tem o dever de atuar como árbitro imparcial do sistema.

A partir de janeiro 2008, o ressarcimento passou a ser realizado com base nos valores constantes da Tabela de Procedimentos Unificada do Sistema de Informações Ambulatoriais e do Sistema de Informação Hospitalar SIA/SIH, substituída pela Tabela SUS, ajustados de acordo com as regras de valoração do SUS, e multiplicados pelo Índice de Valoração do Ressarcimento (IVR), que é definido pela Agência Nacional de Saúde.

A referência de ressarcimento para o sistema público por serviço prestado em favor de beneficiários da saúde suplementar também deveria ser utilizada como limite máximo para a indenização por requisição de serviço em favor do Estado. A utilização da Tunep ou da Tabela SUS combinada com as regras de valoração do SUS e com o IVR como vias de mão dupla assegura a justiça isonômica dos critérios de indenização, de acordo com o relator.

"Consigno, porém, que tais critérios são aqui aplicados por analogia, em razão da existência de uma lacuna normativa no tratamento da matéria. Daí porque nada impede que o legislador venha a estabelecer outros procedimentos e parâmetros para a apuração do valor indenizatório, os quais devem possibilitar a sua adequada estimativa à luz da realidade do segmento, sem deixar de atender ao interesse público que permeia a atividade de prestação de serviços de saúde", concluiu Barroso.

## ANS AUTOMATIZA A EMISSÃO DE CERTIDÃO CADASTRAL DE OPERADORAS

GOV (ANS) – 29/09/2021

Informações sobre a situação das operadoras estão a um clique dos interessados.

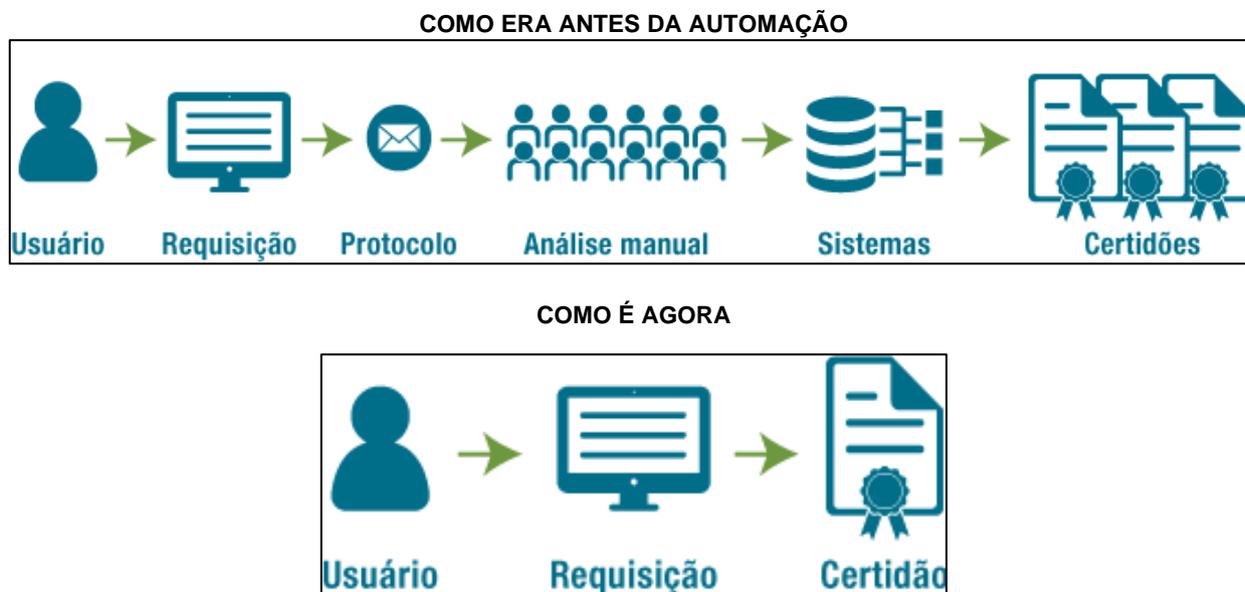
A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) acaba de concluir mais uma importante etapa do projeto ANS Digital: a automação do serviço de Emissão de Certidão Cadastral de Operadoras e Administradoras de Benefícios. O que antes poderia levar até 7 dias e envolvia diferentes profissionais e

áreas técnicas, passa a ser realizado instantaneamente a partir da solicitação do interessado.

A mudança é resultado do projeto-piloto para automação de serviços, que objetiva simplificar e tornar mais ágil o atendimento aos públicos da ANS, além de possibilitar total autonomia ao usuário, que só precisa solicitar a emissão da certidão pela no portal [www.gov.br](http://www.gov.br).

Com a automação, o conjunto de informações que antes era viabilizado por meio de três certidões distintas foi organizado em apenas um documento eletrônico. Assim, houve a eliminação de algumas etapas, como a necessidade do usuário formular pedido de requisição e enviar documentos

via protocolo, a análise manual e a busca de técnicos da ANS em sistemas de informação. O processo todo poderia durar até sete dias, exigindo a participação de até treze colaboradores da ANS.



O projeto de automação foi realizado por um time de transformação composto por profissionais que atuam na área de tecnologia, gestão de processos (Diretoria de gestão) e por profissionais que atuam diretamente com o serviço (Diretoria de Normas e Habilitação das Operadoras). O time de transformação planejou e executou o projeto tendo como diretriz a disponibilização de um serviço que pudesse melhorar experiência para o usuário.

### **Certidão Cadastral de Operadoras e Administradoras de Benefícios**

O objetivo do documento é confirmar a regularidade cadastral da operadora ou administradora de benefício perante a ANS, além de fornecer o endereço e a identificação do responsável técnico do ente regulado. Com a certidão, o usuário consegue ver se a operadora está ativa ou inativa na Agência, se está em processo de cancelamento, se está ou não em regime de direção fiscal e se está ou não em liquidação extrajudicial.

A certidão obtida no site tem prazo de 30 dias, e qualquer pessoa física ou jurídica que possua CPF ou CNPJ pode emitir o documento. Para isso, é preciso ser cadastrado no portal gov.br.

Para emitir Certidão Cadastral de Operadoras e Administradoras de Benefícios, [clique aqui](#).

Para verificar os demais serviços prestados pela ANS, [clique aqui](#).

### **Sobre o ANS Digital**

O Projeto ANS Digital faz parte da Agenda Regulatória da ANS para 2019-2022. Sua implantação muda a experiência dos usuários que interagem com a ANS, proporcionando agilidade e reduzindo custos administrativos com ganhos de eficiência, por meio da transformação digital.

Desde 2015, o projeto vem promovendo mudanças significativas na organização e no desenvolvimento dos trabalhos da Agência, avançando na digitalização de processos e na qualificação das informações, aprimorando a jornada dos usuários que necessitam das informações prestadas pela reguladora, ampliando a oferta de serviços digitais e aumentando a satisfação do usuário, a partir da disponibilização de uma interface mais simples e intuitiva.

# UNIMED BH COMPRA 15% DO HOSPITAL VILA DA SERRA, DA ONCOCLÍNICAS

Money Times – 29/09/2021

A Unimed BH passará a deter 15% de participação no Hospital Vila da Serra, unidade da Oncoclínicas (ONCO3), de acordo com o fato relevante divulgado na noite desta terça-feira.

Segundo a Oncoclínicas, o acordo de investimento reafirma sua posição estratégica como principal provedor no Brasil especializado em tratamento oncológico.

“Isso [o acordo] permitirá às partes expandirem ainda mais a oferta de tratamento aos clientes da Unimed BH”, afirmou a companhia.

A Unimed BH é líder em saúde suplementar em Minas Gerais. A empresa conta com uma carteira de mais de 1,3 milhão de clientes e mais de 5,4 mil médicos cooperados em toda grande Belo Horizonte.

O Hospital Vila da Serra está localizado em Nova Lima, grande Belo Horizonte, Minas Gerais. A unidade possui 219 leitos de internação. Concluída a transação, o hospital passará a operar como principal unidade de alta complexidade da Oncoclínicas na cidade.

A conclusão da operação está sujeita a determinadas condições usuais, como a aprovação pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

---

**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](mailto: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](http://milliman.com)