

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS concede portabilidade de carências para beneficiários de três operadoras](#) - Fonte: ANS

[‘Não podemos permitir desperdício’, diz presidente do grupo controlador da Amil](#) - Fonte: O Globo

[Repasse ao SUS bate novo recorde](#) - Fonte: IESS

[Ressarcimento: ANS repassou valor recorde de R\\$ 783,38 milhões ao SUS em 2018](#)- Fonte: ANS

[Cartilha explica reajuste dos planos de saúde](#) - Fonte: IESS

[Aumento de preço de planos de saúde ficam proibidos pelo relatório da MP de Proteção de Dados](#) - Fonte: Senado Notícias

[Novo código de ética médica mantém veto à consulta a distância, diz CFM](#) - Fonte: Folha de São Paulo

# ANS CONCEDE PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS PARA BENEFICIÁRIOS DE TRÊS OPERADORAS

ANS – 29/04/2019

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou nesta segunda-feira (29), no Diário Oficial da União, a concessão de portabilidade especial para os beneficiários da operadora Hospital Nossa Senhora das Graças (registro ANS nº 30.940-1), e de portabilidade extraordinária para os clientes das operadoras Araçá Planos de Saúde (registro nº 40.770-4) e CB Saúde Administração em Saúde Suplementar (registro nº 41.867-6). O prazo para fazer a portabilidade de carências é de 60 dias contados a partir de hoje. Ao final do período, as operadoras terão seus registros na ANS cancelados e suas atividades encerradas.

Os clientes poderão mudar de operadora sem cumprir novos períodos de carências ou cobertura parcial temporária. Caso ainda estejam em carência no plano atual, esta continuará sendo cumprida na nova operadora.

Na portabilidade especial de carências, os beneficiários devem escolher um plano compatível com o que mantêm atualmente em qualquer outra operadora. Para auxiliar nesta decisão, a Agência disponibiliza em seu portal o Guia ANS de Planos de Saúde, que aponta ao consumidor os planos compatíveis com o seu atual.

Já na portabilidade extraordinária, os beneficiários podem escolher qualquer plano de saúde disponível no mercado, de contratação individual/familiar ou coletivo por adesão.

Nos dois casos, para fazer uso do benefício, os interessados devem se dirigir à operadora escolhida, portando a seguinte

documentação: identidade, CPF, comprovante de residência e quatro boletos pagos na operadora de origem, referentes ao período dos últimos seis meses.

Em caso de dúvidas, ou se o beneficiário tiver problemas de atendimento na operadora de destino, a ANS disponibiliza os seguintes canais de atendimento:

- Disque ANS (0800 701 9656): atendimento telefônico gratuito, de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h, exceto feriados nacionais
- Central de atendimento para deficientes auditivos: 0800 021 2105
- Central de Atendimento ao Consumidor, no endereço eletrônico [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)
- Núcleos da ANS existentes em 12 cidades do país (<http://www.ans.gov.br/aans/nossos-enderecos>), de 2ª a 6ª feira, das 8h30 às 16h30, exceto feriados nacionais.

Confira nos links abaixo as Resoluções Operacionais da ANS determinando a concessão de portabilidade de carências para os beneficiários das três operadoras:

[RO nº 2.411](#) – Hospital Nossa Senhora das Graças

[RO nº 2.412](#) – Araçá Planos de Saúde

[RO nº 2.413](#) – CB Saúde Administração em Saúde Suplementar

## ‘NÃO PODEMOS PERMITIR DESPÉRDÍCIO’, DIZ PRESIDENTE DO GRUPO CONTROLADOR DA AMIL

O Globo – 27/04/2019

**Claudio Lottenberg defende descredenciamento de hospitais como forma de proporcionar ‘medicina a preço justo’**

Líder no mercado de planos de saúde com quatro milhões de beneficiários, a Amil quer impor aos hospitais um novo modelo de remuneração. Segundo o presidente do UnitedHealth Group, multinacional que responde pela operadora, não se pode “continuar encaminhando paciente para quem está a fim de desperdiçar dinheiro.” Ele defendeu o descredenciamento de hospitais, entre eles os da Rede D’Or, como forma de proporcionar “uma medicina por preço justo”, porém admitiu ter “consciência do dissabor que isso vai causar”.

– Mas não podemos ser reféns de qualquer prestador de saúde que não seja adequado – afirmou.

**O descredenciamento da Rede D’Or pegou todos de surpresa. O que aconteceu?**

– Não é nada com a Rede D’Or, é com hospitais que tenham práticas questionáveis. Hoje, 30% do que pagamos já são por modelos diferentes da fee for services (remuneração por serviço prestado). As pessoas que compram plano de saúde querem liberdade de escolher seus hospitais, e não vamos coibir isso. Mas vamos proteger as pessoas para que tenham uma medicina por preço justo. Porque é isso que elas querem de nós. Quem estiver disposto a ter uma medicina de boa qualidade vai continuar conosco.

## **Outros credenciamentos podem voltar a acontecer?**

– Sim. Não é nada com uma rede ou um grupo. É que, para essa rede, é conveniente dizer que é com eles. Nossa questão é com o sistema de saúde.

## **Quais hospitais, além da Rede D'Or, serão credenciados?**

– Ao todo serão 17. Mas vamos conversar com todos. Nada impede que, adotando-se uma medicina de valor, voltemos a credenciá-los. O que não pode é continuar encaminhando paciente para quem está a fim de desperdiçar dinheiro. Não o nosso, mas o do paciente. A única coisa que a gente quer é boas práticas. O setor de saúde é um dos que têm mais baixo desempenho em eficiência. Queremos levar isso para o quadrante nobre.

## **A mudança está ligada à necessidade de redução de custos no segmento?**

– A pressão de custo é consequência de uma medicina de desperdício. A questão é que encontramos resistências à mudança. Há grupos nos quais já foram identificados, por exemplo, 8% de internações e 20% de terapias intensivas acima da média daquelas remuneradas pelo novo modelo. Isso é questionável.

## **Trata-se da Rede D'Or?**

– Não, é em relação a um grupo de hospitais. É cômodo para alguns grupos não reconhecer o problema e transformá-lo num debate de natureza econômica. Mas não é. Minha briga

é por um sistema de saúde transparente, com boas práticas, pautado pela medicina baseada em evidências. Existem organizações que estão dispostas a conversar sobre isso. Para outras, é mais cômodo continuar cultivando o desperdício.

## **Mas o setor se queixa da pressão dos custos...**

– É lógico que o custo é um dos pontos que estão pegando, mas não é ele que a gente está questionando. É a medicina de qualidade. Tem gente que não quer. O que eu posso fazer?

## **Já dá para medir o efeito dessas medidas no custo?**

– Os hospitais representam 58% do custo da saúde. Aqueles que adotam medicina baseada em evidência têm custo inferior. Não tenho um número agora, mas os reajustes serão menores.

## **E o reflexo para o beneficiário?**

– Temos consciência do dissabor que isso vai causar. Mas não podemos ser reféns de qualquer prestador de saúde que não seja adequado. Autorregulação também é papel nosso, e não podemos permitir desperdício.

## **Como vai funcionar para o beneficiário?**

– Vamos ampliar o atendimento em outros hospitais, orientar as pessoas. A única coisa que a gente não vai deixar acontecer é prejudicar o usuário.

# **REPASSE AO SUS BATE NOVO RECORDE**

IESS – 26/04/2019

De tempos em tempos, o tema do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde (SUS) volta ao debate entre especialistas do setor. No último ano, por exemplo, a Ministra Cármen Lúcia, presidente do Supremo Tribunal Federal (STF) à época, colocou na pauta de julgamento sobre a constitucionalidade ou não da cobrança, por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), das Operadoras de Planos de Saúde (OPS) pelos beneficiários que são atendidos no SUS.

A exigência do ressarcimento, descrita no artigo 32 da Lei nº 9.656/98 (Lei dos Planos de Saúde), é um dos temas mais polêmicos do setor e vem sendo questionada na Justiça desde 1998, por meio de uma Ação Direta de Inconstitucionalidade (Adin) apresentada pela Confederação Nacional da Saúde (CNS).

Explicamos. O artigo 32 da Lei 9.656/98 determina que "Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou

contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS". Ou seja, a regulamentação do ressarcimento é clara.

No entanto, a Constituição diz que "a saúde é direito de todos e dever do Estado". Qualquer indivíduo (não necessariamente brasileiro) tem direito de ser atendido pelo SUS, sendo que "as instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde". portanto, o sistema suplementar, como o nome sugere, é adicional ao serviço público – complementar, não substitutivo.

Mas voltando ao factual. A ANS divulgou ontem (25) novo recorde no repasse dos planos de saúde ao SUS, registrando R\$ 783,38 milhões em 2018. Esse foi o maior valor anual pago no ressarcimento desde o ano 2000, data da criação da agência e do primeiro repasse para o Fundo Nacional de Saúde. Os dados completos podem ser consultados na [7ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS](#).

O debate sobre o tema tem muito sentido. Ao contratar um plano de saúde, o beneficiário não deixa de pagar os tributos que financiam a saúde pública. Portanto, não perde o direito de usufruir de um direito garantido na Constituição. Essa

lógica, inclusive, resulta em aumento dos custos dos planos de saúde para a população.

O assunto certamente continuará rendendo muito debate e nós seguiremos acompanhando. Enquanto isso, vale lembrar que, no Brasil, não há efetiva renúncia fiscal do plano de saúde, como já mostramos com o artigo [“O fim do mito da desoneração fiscal da saúde suplementar”](#) e o [TD 58](#) –

["Deduções fiscais das despesas com saúde do Imposto de Renda: análise focada nos planos de saúde"](#).

Tem alguma dúvida? Entre em contato conosco. Também disponibilizamos uma série de publicações sobre os aspectos tributários dos planos de saúde em nossa Área Temática. [Confira.](#)

## RESSARCIMENTO: ANS REPASSOU VALOR RECORDE DE R\$ 783,38 MILHÕES AO SUS EM 2018

ANS - 25/04/2019

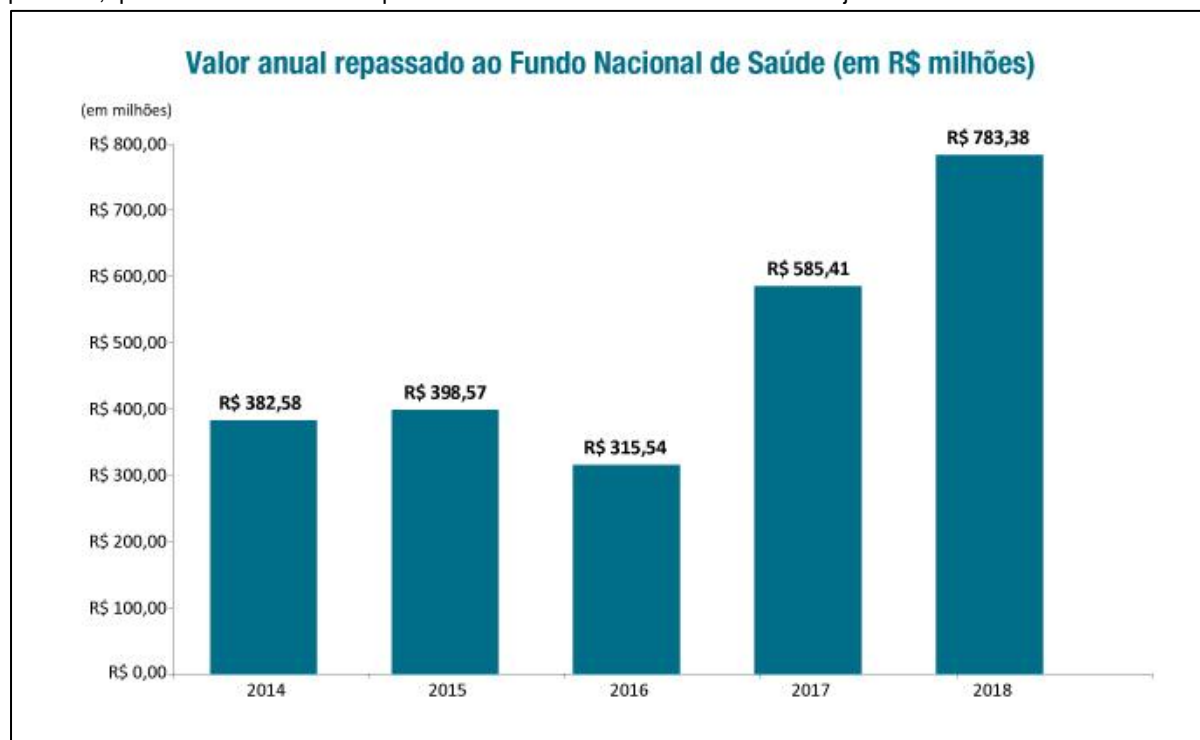
No ano de 2018, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) fez o repasse recorde de R\$ 783,38 milhões ao Sistema Único de Saúde (SUS). Esse foi o maior valor anual pago no ressarcimento desde o ano 2000, quando a Agência foi criada e houve o primeiro repasse para o Fundo Nacional de Saúde. As informações completas estão na 7ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS, divulgado pela ANS nesta quinta-feira (25/04).

A publicação periódica tem informações sobre a identificação dos beneficiários de planos de saúde na utilização do SUS, a situação dos processos administrativos, o detalhamento da cobrança, o pagamento realizado pelas operadoras, o valor repassado ao Fundo Nacional de Saúde, os montantes inscritos em Dívida Ativa, os débitos encaminhados para o CADIN e os depósitos judiciais feitos pelas operadoras.

O diretor de Desenvolvimento Setorial da ANS, Rodrigo Aguiar, confirmou a previsão feita em meados do ano passado, quando houve também repasse recorde ao SUS. “A

ANS arrecadou em 2018 um valor 34% maior que no ano anterior e o repasse recorde só foi possível graças ao aperfeiçoamento no processo de cobrança pela ANS, que trata de maneira transparente as informações do setor da saúde suplementar”, destaca.

Desde o início do ressarcimento, a ANS cobrou das operadoras de planos de saúde R\$ 4,38 bilhões, que equivalem a mais de 2,9 milhões de atendimentos realizados no SUS, sendo que, deste valor, R\$ 1,02 bilhão foi cobrado somente no ano de 2018. Em 2018, houve um aumento de quase 39% no valor dos atendimentos cobrados e cerca de 37% no número de atendimentos a beneficiários de planos de saúde no SUS. Ou seja, tanto em número quanto em valores, no ano de 2018 estabeleceu-se novo recorde de cobrança. Nos últimos 18 anos, a ANS fez um repasse no total de R\$ 2,85 bilhões ao Fundo Nacional de Saúde. Do saldo restante, R\$ 1,14 bilhão são débitos vencidos e não pagos, dos quais R\$ 740,60 milhões foram inscritos na dívida ativa. Além disso, mais de R\$ 359 milhões estão com a cobrança suspensa por decisão judicial.



## Dívida ativa

Quando a operadora de plano de saúde não efetua voluntariamente o pagamento dos valores apurados, ela é inscrita na dívida ativa e no Cadastro Informativo de Créditos não Quitados do Setor Público Federal (CADIN), bem como fica sujeita à cobrança judicial. Em 2018, a ANS encaminhou R\$ 88,50 milhões para a dívida ativa. Desde o ano 2000, o

ressarcimento ao SUS já encaminhou R\$ 972,88 milhões para inscrição em Dívida Ativa, sendo R\$ 615,58 milhões somente no período de 2014 a 2018. Entre 2001 e 2018, as quantias depositadas em juízo correspondem a R\$ 359,67 milhões. Porém, somam-se a esse valor R\$ 112,97 milhões em juros e R\$ 69,30 milhões em multas no período (caso esses depósitos tenham ocorrido após os vencimentos das Guias de Recolhimento da União - GRUs).



[Confira aqui a 7ª edição do Boletim Informativo – Utilização do Sistema Único de Saúde por Beneficiários de Planos de Saúde e Ressarcimento ao SUS.](#)

## Mapa de Utilização do SUS

A ANS também disponibilizou a 3ª edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde, com informações detalhadas sobre atendimentos públicos realizados de 2011 a 2015. O novo formato do boletim traz visualização regionalizada dos atendimentos no SUS registrados por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento Ambulatorial (APAC). Cabe esclarecer que não são todos os atendimentos a beneficiários de operadoras que justificam o ressarcimento, mas apenas os serviços que estejam previstos no Rol de Procedimentos determinado pela Agência e que não sejam submetidos a nenhuma exclusão contratual legalmente permitida.

Segundo dados do Mapa, em 2015, havia 49,2 milhões de beneficiários de planos de assistência médica no país. No mesmo ano, ocorreram 11,3 milhões de internações no SUS, das quais 245,8 mil foram as internações identificadas de beneficiários de planos de saúde. A maior parte das internações dos beneficiários no SUS, por especialidades

médicas, foi para a realização de cirurgia (38%), seguida de clínica médica (28,16%) e de obstetrícia (16,83%). O parto normal foi o procedimento mais frequente em internações dos usuários dos planos de saúde no SUS (com 15.357 atendimentos). Em seguida vem o parto cesariano (com 11.024 procedimentos) e o tratamento de pneumonia ou influenza (gripe) com 10.058 atendimentos.

Em relação aos valores, ainda em 2015, as internações identificadas no ressarcimento ao SUS corresponderam a R\$ 517,4 milhões (sendo a Região Sudeste responsável pelo maior valor identificado: R\$ 313,7 milhões) e as internações cobradas representam R\$ 210,8 milhões.

No que diz respeito aos atendimentos ambulatoriais de alta complexidade no ano de 2015, 82% foram relativos a procedimentos clínicos, 9% foram transplantes de órgãos, tecidos e células e 5% procedimentos de finalidade diagnóstica. A hemodiálise (máximo de 3 sessões semanais) foi o procedimento mais frequente nesse tipo de atendimento (responsável por 60.011 atendimentos), seguido por hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio I (com 43.929 atendimentos) e a hormonioterapia do carcinoma de mama em estágio II (com 38.811 atendimentos). Os atendimentos ambulatoriais identificados no ressarcimento ao SUS nesse período corresponderam a R\$ 433,2 milhões

(sendo a Região Sudeste também responsável pelo maior valor identificado: R\$ 281 milhões) e os atendimentos ambulatoriais cobrados representaram R\$ 164,7 milhões.

[Acesse a 3ª edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Saúde.](#)

## CARTILHA EXPLICA REAJUSTE DOS PLANOS DE SAÚDE

IESS – 25/04/2019

Em todo esse tempo de atuação, sabemos que a comunicação é uma das questões mais fundamentais para o desenvolvimento da saúde no País, seja para o setor privado ou público. É com isso em mente que realizamos estudos, pesquisas e diferentes materiais que jogam luz sobre diversos temas e envolvem públicos distintos.

Nesse sentido, acreditamos que o empoderamento do beneficiário é ordem do dia para auxiliar em nosso objetivo. Seja em seu engajamento para o cuidado da própria saúde ou ainda o municiando com informações de grande relevância para o setor.

E um dos temas centrais nesse contexto é justamente o do reajuste dos planos. Informação de qualidade nesse aspecto protege tanto os usuários da saúde suplementar quanto os demais agentes dessa cadeia. Foi com isso esse objetivo de acabamos de lançar a [cartilha “Reajuste dos Planos de](#)

[Saúde”](#) que traz um manual simples para a compreensão do público em geral com o objetivo de esclarecer sobre como funciona o reajuste das mensalidades.

Para elucidar ainda mais o tema, apresentamos diversos aspectos relacionados com o setor, como os importantes conceitos do mutualismo, das faixas etárias dos planos e regime financeiro de repartição simples.

Com diversos elementos gráficos e ilustrações, a cartilha apresenta as especificidades do setor que envolvem o reajuste dos planos de modo didático e eficiente. Ou seja, fácil para apresentar para a família, colaboradores de sua empresa ou amigos que ainda tenham dúvidas sobre o reajuste.

[Veja a publicação!](#)

## AUMENTO DE PREÇO DE PLANOS DE SAÚDE FICAM PROIBIDOS PELO RELATÓRIO DA MP DE PROTEÇÃO DE DADOS

Senado Notícias – 25/04/2019

A Comissão Mista da Medida Provisória [869/2018](#) deverá votar na segunda semana de maio o relatório do deputado Orlando Silva (PCdoB-SP). A MP institui a Autoridade Nacional de Proteção de Dados para editar normas, fiscalizar e aplicar sanções. O relator explicou que, apesar do vínculo

agora com a Casa Civil, a Autoridade Nacional se transformará em uma agência em dois anos. O relator-revisor, senador Rodrigo Cunha (PSDB-AL), destacou que a MP proíbe o uso de dados de hospitais e laboratórios pelos planos de saúde para aumentarem a mensalidade. A reportagem é de Hérica Christian, da Rádio Senado.

## NOVO CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA MANTÉM VETO À CONSULTA A DISTÂNCIA, DIZ CFM

Folha de São Paulo - 24/04/2019

**Proibição a consultas e diagnóstico por meios de comunicação de massa mudou de lugar no novo texto, informou órgão nesta quarta (24)**

Responsável por regular a conduta de médicos, a nova versão do Código de Ética destes profissionais manteve o veto a consultas a distância, tema alvo de polêmica no país.

Inicialmente, a autarquia havia confirmado no dia 23/04, durante entrevista coletiva à imprensa, a retirada de artigo que vetava médicos de “consultar, diagnosticar e prescrever por qualquer meio de comunicação de massa”.

A medida não liberaria essa possibilidade automaticamente, mas abriria brecha para nova regulamentação que prevê ampliação da telemedicina, a qual está sob análise desde o início deste ano.

Ao ser questionado pela Folha, o conselheiro José Fernando Vinagre, que atuou como coordenador-adjunto do processo de revisão da norma, havia atribuído a retirada à possibilidade de revisão das normas. A informação foi novamente confirmada em novos contatos ao longo da terça-feira.

No dia 24/04, no entanto, o conselho informou que houve um equívoco na informação repassada e que o artigo foi mantido, o que não foi divulgado na terça.

Isso porque o conteúdo, antes presente no artigo 114, em capítulo sobre publicidade médica, foi incorporado ao artigo 37, em capítulo que aborda a relação do médico com pacientes e familiares.

O novo trecho, assim, aponta que “é vedado ao médico prescrever tratamento e outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente depois de cessado o impedimento, assim como consultar, diagnosticar ou prescrever por qualquer meio de comunicação de massa”. A possibilidade de ampliação da telemedicina virou alvo de polêmica entre médicos desde fevereiro, quando o CFM apresentou uma resolução que passava a permitir consultas, diagnósticos e cirurgias a distância.

O texto, que chegou a ser publicado no Diário Oficial da União, previa a possibilidade de consultas pela internet após o primeiro atendimento presencial ou em casos de áreas remotas.

No entanto, críticas de conselhos regionais de medicina sobre a definição de quais seriam essas áreas, além do temor de banalizar as consultas online e afastar médicos e pacientes, acabaram fazendo com que a norma fosse revogada.

Agora, o conselho diz que está coletando sugestões para que uma nova versão possa ser elaborada. Ainda não há previsão de quando o novo texto será apresentado, mas membros do conselho já admitem deixá-lo para o próximo ano.

“Nesse sentido, no contato direto entre ambos é que será feita a avaliação de sinais e sintomas, a definição do diagnóstico e a escolha das opções terapêuticas. No entendimento dos conselhos de medicina, esse contato presencial é essencial”, diz .

A nova versão do código está prevista para passar a valer em 30 de abril.

Ao mesmo tempo em que mantém o veto às consultas a distância ou por meio de comunicação de massa, o texto traz mudanças.

Entre elas, está trecho que autoriza o médico, quando houver autorização da Justiça, a encaminhar cópias do prontuário

diretamente ao juiz que fez o pedido, mesmo sem consentimento do paciente.

Versão anterior do código, de 2009, já estabelecia a entrega, mas previa esse consentimento. De acordo com o CFM, a mudança ocorre devido a um impasse em ações judiciais para acesso ao documento, que contém o registro do atendimento e medicamentos ministrados ao paciente.

“Sempre nos posicionamos contrários à entrega desse documento a delegados, promotores e juizes, porque isso invadiria a privacidade e o sigilo do paciente”, diz Vinagre. “O que se preconizava anteriormente era que o juiz nomeasse um perito ao local que fizesse a análise de prontuário, mas houve uma decisão judicial que nos impôs a necessidade de entrega do prontuário ao juiz”, completa.

A decisão ocorreu há cerca de dois anos e levou o conselho a emitir uma nota técnica sobre o tema aos conselhos regionais de medicina. “A partir daí, já passamos a entregar o prontuário ao juiz”, afirma. Agora, a situação passa a ser incorporada também no código para evitar dúvidas.

O novo código inclui ainda algumas mudanças na parte de pesquisa. Uma delas é a permissão do acesso dos médicos a prontuários em estudos retrospectivos, desde que com autorização de comissão de ética do hospital.

Também cria normas de proteção a participantes vulneráveis em pesquisas, como crianças, adolescentes e pessoas com doenças mentais. Neste caso, além da concordância do representante legal, a pesquisa passa a exigir que haja consentimento expresso do próprio participante, na medida da sua compreensão.

O documento também mantém o veto ao uso de placebos de forma isolada, mas abre espaço para uso combinado com outros medicamentos —como em teste de novas drogas em grupos de controle, em que um grupo recebe o novo medicamento e o outro placebo junto com medicamentos atuais.

Em outra frente, o código incluiu artigo que diz que médicos devem respeitar normas específicas do conselho ao usar mídias sociais.

Segundo Vinagre, a inclusão ocorre diante do aumento do uso dessas ferramentas, o que tem levado o conselho a atualizar com maior frequência as normas para divulgação do trabalho nessas plataformas nos últimos anos.

“Deixamos para que seja regulada em resolução porque hoje isso é muito dinâmico. Já se tem a possibilidade de chamar um atendimento por aplicativo igual se usa para chamar um carro.”

O documento passou por três anos de discussão. Apesar das mudanças, alguns pontos, como o sigilo do atendimento e a necessidade de respeitar a vontade do paciente, permanecem como pilares do código.

O texto mantém ainda o direito de o médico não realizar atendimentos que contrariem sua consciência –situação que gera debates frequentes em casos de aborto autorizados por lei, por exemplo.

A exceção continua para situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando a recusa possa trazer danos ao paciente.

### **Entenda o atendimento médico a distância**

#### **Como era até então**

Telemedicina era realizada apenas entre médicos, como uma segunda opinião. Alguns hospitais universitários já usavam a modalidade, mas em caráter experimental

#### **O que está em análise**

- Nova resolução definia a prática de teleconsulta e estabelece regras, como necessidade de que o primeiro atendimento seja presencial. Estabelece ainda intervalo de no máximo quatro meses para consultas presenciais —no caso de pacientes crônicos, por exemplo.
- Também previa que atendimento seja gravado e armazenado seguindo critérios, com proteção garantida para sigilo. Caso paciente não concorde com a gravação, consulta não pode ser realizada
- Caso o médico prescreva exames e medicamentos, documento deveria conter dados de identificação, registro de data e hora e assinatura digital do médico
- Na telecirurgia, os procedimentos deveriam ocorrer em espaços com infraestrutura, com médico que opere equipamento robótico e outro que acompanhe o paciente no local
- 

### **Glossário da telemedicina**

#### **Telemedicina**

Termo usado para definir o exercício da medicina mediado por tecnologias para fins de assistência, educação, pesquisa, prevenção de doenças e lesões e promoção de saúde

#### **Teleconsulta**

É a consulta médica mediada por tecnologias, com médico e paciente em diferentes locais

#### **Teleinterconsulta**

Ocorre quando há troca de informações e opiniões entre médicos para auxílio diagnóstico ou terapêutico, clínico ou cirúrgico

#### **Telediagnóstico**

Consiste na emissão de laudo ou parecer de exames pela internet

#### **Telecirurgia**

É um procedimento feito por um robô ou outra tecnologia manipulada por um médico que está em outro local, desde que com presença de outro médico, com a mesma habilitação do cirurgião remoto, que possa atuar no caso de intercorrências

#### **Teleconferência**

#### **cirúrgica**

Feita por videotransmissão, é permitida desde que o grupo receptor das imagens, dados e áudios seja formado por médicos

#### **Teletriagem**

#### **médica**

Ocorre quando o médico faz uma avaliação, a distância, dos sintomas para a definição e direcionamento do paciente ao tipo adequado de assistência necessária

#### **Telemonitoramento**

Permite que um médico avalie a distância as condições de saúde dos pacientes. Pode ser usada em casas de repouso para idosos ou em comunidades terapêuticas

#### **Teleorientação**

Preenchimento a distância, pelo médico, de declaração de saúde para a contratação ou adesão a um plano de saúde

#### **Teleconsultoria**

Permite troca de informações entre médicos, gestores e profissionais de saúde sobre procedimentos e ações de saúde.

---

**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)

© 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.