

---

## ÍNDICE INTERATIVO

[ANS atualiza mapa de utilização do SUS](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS divulga relatório de Ouvidorias 2021](#) - Fonte: GOV (ANS)

[ANS lança sistema de indicadores hospitalares](#) - Fonte: GOV (ANS)

[Comissão debate projeto que cria prontuário eletrônico único](#) - Fonte: Agência Câmara de Notícias

[Câmara de Saúde Suplementar promove debate com integrantes do setor](#) - Fonte: GOV (ANS)

[O modelo de verticalização é prejudicial aos usuários de planos de saúde? Não](#) - Fonte: Folha UOL

[Discussões sobre poder do CFM e primeira consulta travam votação de PL sobre Telemedicina](#) - Fonte: ConJur

## ANS ATUALIZA MAPA DE UTILIZAÇÃO DO SUS

GOV (ANS) – 27/10/2021

Nova versão, disponível em Power BI, aumenta as possibilidades de análises e cruzamento de dados

Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) publicou a quinta edição do Mapa de Utilização do SUS por Beneficiários de Planos Privados de Assistência à Saúde, que traz atualizações dos dados sobre atendimentos ocorridos no Sistema Único de Saúde (SUS) entre 2015 e 2019. As informações estão disponíveis em dois formatos: livro digital (PDF) e em painel dinâmico (Power BI), que permite ao usuário selecionar os filtros que desejar, ampliando as possibilidades de análises.

O Mapa de Utilização do SUS permite a visualização de dados nacionais e regionais dos atendimentos prestados no SUS aos beneficiários de planos de saúde, registrados por Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e Autorização de Procedimento de Alta Complexidade (APAC). São demonstradas também, separadamente, informações referentes à quantidade de procedimentos identificados, aos atendimentos cobrados pela ANS, bem como os

procedimentos médicos mais frequentemente prestados a consumidores de planos que utilizaram o SUS.

Cabe esclarecer que não são todos os atendimentos a beneficiários de operadoras que geram o ressarcimento, mas apenas os serviços médicos que estejam previstos no rol de cobertura estabelecido pela Agência e que não sejam submetidos a nenhuma exclusão contratual legalmente permitida. Por isso há diferença em relação aos valores identificados e cobrados. Ainda em relação a essa diferença, considerando-se os prazos do processo administrativo, quanto mais recente a informação maior a chance de ainda haver discussão em aberto sobre os valores devidos.

“A divulgação desses dados tem o objetivo dar a transparência necessária para que os interessados possam observar as peculiaridades regionais do ressarcimento ao SUS, bem como compreender e acompanhar a evolução desse importante mecanismo regulatório da saúde suplementar”, destacou o diretor de Desenvolvimento Setorial substituto, Cesar Serra.

[Clique aqui](#) para mais informações sobre os dados e publicações do Ressarcimento ao SUS.

## ANS DIVULGA RELATÓRIO DE OUVIDORIAS 2021

GOV (ANS) – 26/10/2021

Documento consolida dados de 2020 referentes a demandas recebidas pelas ouvidorias das operadoras de planos de saúde.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), por meio de sua Ouvidoria, divulga nesta segunda-feira (25/10) a oitava edição do REA Ouvidorias: Relatório do Atendimento das Ouvidorias Ano Base: 2020. O documento traz compilados os dados de atendimento das ouvidorias de operadoras de todo o país apresentando os principais temas demandados, os prazos de resposta na finalização das manifestações e o status das recomendações feitas às operadoras no ano anterior.

“A atuação das ouvidorias é um importante meio para a resolução mais ágil da situação do beneficiário e também para se evitar que o conflito chegue a outras instâncias”, salienta o ouvidor substituto da ANS, João Paulo Araújo.

Pela Resolução Normativa nº 323/2013, a ANS determina que as operadoras tenham estruturas de ouvidoria de acordo com seu porte e que anualmente informem à Agência os dados de atendimento para a produção deste relatório e para

acompanhar os impactos da norma no mercado de saúde suplementar. Nesta edição do REA-Ouvidorias o percentual de operadoras que enviaram os dados foi o maior desde 2017, correspondendo a 90,5% das operadoras. Essa porcentagem corresponde a 99,3% dos beneficiários de planos de saúde.

### Requerimento de Reanálise Assistencial

Um dos principais tópicos abordados no REA-Ouvidorias é o Requerimento de Reanálise Assistencial, ou seja, quando a operadora nega alguma cobertura ao beneficiário ele pode recorrer à ouvidoria da operadora.

Ao todo, 334 operadoras tiveram, juntas, 72.731 ocorrências desse tipo de requerimento em 2020. O relatório mostra que 26,6% dos pedidos foram revertidos, ou seja, as operadoras reverteram a negativa inicial e atenderam ao pleito do beneficiário. Isso significa que mais de 19 mil beneficiários não precisaram nem mesmo abrir demanda na ANS.

Na tabela abaixo é possível verificar por tipo de operadora quais as que mais reverteram suas decisões iniciais.

MODALIDADE	OPS QUE RECEBERAM REQUERIMENTO DE REANÁLISE DE CUNHO ASSISTENCIAL	REQUERIMENTOS DE REANÁLISE DE CUNHO ASSISTENCIAL	REQUERIMENTOS DE REANÁLISE DE CUNHO ASSISTENCIAL CONVERTIDOS	%
Administradora de Benefícios	-	-	-	-
Autogestão	48	3.183	1.113	35,0
Cooperativa Médica	193	41.553	11.111	26,7
Cooperativa odontológica	2	34	19	55,9
Filantropia	5	1.018	118	11,6
Medicina de Grupo	77	19.346	4.446	23,0
Odontologia de Grupo	3	93	61	65,6
Seguradora Especializada em Saúde	6	7.504	2.507	33,4
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>334</b>	<b>72.731</b>	<b>19.375</b>	<b>26,6</b>

Fonte: Ouvidoria/ANS, 2021.

### Manifestações típicas de ouvidoria

A atividade de uma ouvidoria deve, na sua essência, receber e dar tratamento, efetivo e tempestivo às manifestações encaminhadas pelos usuários dos serviços. Esse tipo de demanda foi relatado por mais de 68% das operadoras, que abrangem 97,3% do total dos beneficiários de planos de saúde. Este tipo de dado demonstra que quase a totalidade dos usuários do setor de saúde suplementar é atendida por operadoras que disponibilizam unidade de ouvidoria acessível e ativa.

### Recomendações de melhorias

A ANS também determina que as ouvidorias das operadoras sejam vinculadas diretamente ao representante legal da operadora e que o ouvidor não seja parte do Serviço de Atendimento ao Cliente, justamente para que se haja independência e efetividade na sua atuação. Diante disso, as operadoras tiveram a chance de informar quais recomendações de melhorias elas fizeram. O REA destaca algumas como: uso de linguagem menos técnica, mapeamento da jornada do cliente para melhorar o atendimento, canais de atendimento mais interativos entre outras.

Ainda nesse item, o Relatório também ressalta que as operadoras estão implementando as recomendações feitas pelas ouvidorias. Em 2019, 420 ouvidorias sugeriram

melhorias e, dessas, 396 operadoras atenderam ou estão em fase de atendimento.

### Tempo de resposta

A ANS fixou um prazo de sete dias úteis para que as ouvidorias respondam ao demandante de maneira conclusiva, sendo admitida a pactuação de prazo maior, até 30 dias úteis, quando se tratar de casos de maior complexidade, devidamente justificados. Apenas 1,7% das ouvidorias tiveram tempo médio de resposta fora do prazo e por isso terão acompanhamento ativo por parte da Ouvidoria da Agência.

Para Araújo, o REA deve servir como um balizador para que as empresas comparem seus próprios dados com os resultados globais, de acordo com o porte da operadora, o segmento ou a modalidade em que atuam.

“Nota-se comprometimento cada vez maior das operadoras com a entrega e a exatidão dos formulários do REA-Ouvidorias, o que é de grande valia para a ANS que utiliza os dados para avaliar os impactos da RN nº 323/2013. No entanto, este conjunto de dados pode e deve ser utilizado pelos gestores das operadoras para guiar algumas de suas resoluções”, conclui o ouvidor substituto da ANS.

[Clique aqui](#) para conferir o relatório na íntegra.

## ANS LANÇA SISTEMA DE INDICADORES HOSPITALARES

GOV (ANS) – 25/10/2021

Ferramenta tem como objetivo monitorar o desempenho de hospitais que atuam na saúde suplementar.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) está lançando o Sistema de Indicadores Hospitalares (SIHOSP), plataforma para a coleta de dados desenvolvida para acompanhar o desempenho e avaliar a qualidade de hospitais que atuam no setor de planos de saúde. A iniciativa é mais

uma etapa do Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar, criado para analisar e dar visibilidade a dados sobre a prestação dos serviços assistenciais e da gestão de hospitais na saúde suplementar.

De acordo com o diretor de Desenvolvimento Setorial substituto, Cesar Serra, ao disponibilizar dados sobre o desempenho dos hospitais, a ANS dá importante passo para

incentivar a competição em qualidade no setor. "A escolha de um plano de saúde normalmente passa pela percepção de qualidade da rede de prestadores oferecida. A maior transparência nos indicadores voltados à qualidade da atenção à saúde empodera o consumidor e dá os incentivos corretos para o desenvolvimento do mercado", destacou Serra.

#### Indicadores Hospitalares

A partir desta segunda-feira, 25/10, tem início a fase de testes no sistema, a ser realizada com 16 hospitais que participaram do projeto-piloto, desenvolvido pelo Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar. Outros 360 hospitais Acreditados e Certificados estão sendo convidados para aderir ao programa e, a partir de 1º de novembro, o sistema estará liberado para o cadastramento de todos os hospitais que atuam na saúde suplementar e tenham interesse.

Serão avaliados 14 indicadores – dos quais dez são obrigatórios –, capazes de mensurar a efetividade, a eficiência e a segurança da assistência prestada aos beneficiários pelos hospitais vinculados aos seus planos de saúde.

Os indicadores de efetividade referem-se aos desfechos associados aos procedimentos realizados e à adesão de protocolos institucionais validados. Os de eficiência avaliam a qualidade e agilidade dos processos, buscando grau máximo de cuidado efetivo com os recursos disponíveis. E os indicadores de segurança do paciente avaliam as estratégias para evitar danos desnecessários.

- Indicadores obrigatórios.

<b>Indicadores Obrigatórios</b>	
<b>Efetividade</b>	
<b>Taxa de partos vaginais</b>	Avaliação da proporção de partos vaginais em relação ao número total de partos realizados.
<b>Taxa de readmissão hospitalar não planejada</b>	Mensuração da proporção de reinternações de pacientes em um período menor ou igual a 30 dias após a saída hospitalar em relação ao total de pacientes internados no mesmo período.
<b>Taxa de parada cardiorrespiratória em Unidade de Internação (UI)</b>	Mensuração da taxa de paradas cardiorrespiratórias (PCR) que ocorreram em pacientes da unidade de internação (UI).
<b>Taxa de mortalidade institucional</b>	A taxa de mortalidade institucional (TMI) mede os óbitos que ocorreram no hospital após as primeiras 24 horas de internação sobre o total de saídas em um determinado período de tempo.
<b>Taxa de infecção de corrente sanguínea associada a Cateter Venoso Central (CVC)</b>	Avaliação da incidência de infecção de corrente sanguínea (ICS) associada a cateter venoso central (CVC) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Eficiência</b>	
<b>Tempo médio de internação</b>	Mensuração do tempo médio, em dias, de permanência dos pacientes admitidos na instituição em determinado período de tempo.
<b>Média de permanência na emergência</b>	Mensuração do tempo médio, em horas, de permanência dos pacientes admitidos na unidade de emergência do hospital, considerando o tempo a partir da chegada até o término do atendimento na emergência.
<b>Tempo de espera na emergência até o primeiro atendimento</b>	Mensuração do tempo médio decorrido desde o registro da triagem até a avaliação inicial por um médico para todos os pacientes na unidade de emergência que foram classificados como nível 2 e nível 3.
<b>Segurança</b>	
<b>Evento sentinela</b>	Mensuração de eventos sentinela que ocorrem no hospital em um determinado período de tempo.
<b>Taxa de queda com dano</b>	Mensuração da incidência de quedas com dano em pacientes internados na instituição

- **Indicadores opcionais**

<b>Indicadores Opcionais</b>	
<b>Efetividade</b>	
<b>Taxa de Infecção do Trato Urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora</b>	Avaliação da incidência de infecção do trato urinário (ITU) associada a cateter vesical de demora (CVD) no período em que os pacientes estiveram sob o risco de adquirir a infecção pelo uso do cateter.
<b>Taxa de infecção de sítio cirúrgico</b>	Mensuração da taxa de cirurgias limpas que apresentaram infecção do sítio cirúrgico (ISC) relacionada ao procedimento dentro do período de 30 dias.
<b>Eficiência</b>	
<b>Taxa de antibiótico profilático dentro de uma hora</b>	Mensuração da adequação de profilaxia antibiótica (PA) pré-cirúrgica em pacientes submetidos a cirurgias limpas.
<b>Segurança</b>	
<b>Taxa de profilaxia para Tromboembolismo Venoso (TEV)</b>	Avaliação da taxa de pacientes em risco trombótico não baixo que receberam profilaxia para tromboembolismo venoso (TEV).

O início da coleta dos dados será em janeiro de 2022 e os hospitais informarão os dados do painel geral de indicadores mensalmente. A ANS fará as análises dos resultados preliminares semestralmente e divulgação anual, conforme a metodologia de comparabilidade criada pelo Consórcio Nacional de Indicadores Hospitalares. Apenas no primeiro ano, está prevista a divulgação dos resultados preliminares após seis meses, em junho de 2022.

O Programa de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar

O Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar é uma iniciativa que faz parte do Programa de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), cujos indicadores foram desenvolvidos pelo Projeto Consórcio de Indicadores de Qualidade Hospitalar, desenvolvido em parceria com o Hospital Moinhos de Vento, via PROADI/SUS no triênio 2018/2020.

O programa é composto por três etapas de avaliação:

1ª etapa: Seleção dos hospitais privados com selo de acreditação/certificação, o que contabiliza até o momento, cerca de 376 hospitais, distribuídos em todas as Regiões do Brasil. A escolha desses estabelecimentos se deu pelo fato de já terem considerável nível de organização de processos internos e de experiência com coleta de dados em razão de seus selos de qualidade.

2ª etapa: Análise dos resultados dos indicadores gerais. Esta fase tem início em 25/10/2021 com os testes no sistema e, na sequência, com o cadastramento dos hospitais para posterior inserção dos dados relativos aos 14 indicadores.

3ª etapa: Avaliação de indicadores relacionados às cinco linhas de cuidado que refletem as mais frequentes causas de morbimortalidade hospitalar:

- Linha de cuidado de Acidente Vascular Cerebral;
- Linha de cuidado de Doença Coronariana Aguda;
- Linha de cuidado de Sepsis;
- Linha de cuidado de artroplastia de quadril;
- Linha de cuidado de câncer de mama e câncer de Próstata.

A metodologia do Programa prevê a divulgação dos resultados por estabelecimento hospitalar e de forma consolidada por meio de uma classificação por faixas avaliativas. Esse método de classificação foi desenvolvido a partir de uma revisão de literatura envolvendo principalmente três metodologias de comparabilidade de sistema de saúde internacionais. Como forma de facilitar o entendimento, a metodologia classifica os hospitais em 5 faixas de pontuação, simbolizadas por cores.

Faixa 1 Verde e Faixa 2 Azul: para os hospitais com o melhor desempenho;

Faixa 3 Amarela e Faixa 4 Laranja: para os hospitais com desempenho intermediários;

Faixa 5 Vermelha: para os hospitais com desempenho inferior.

No portal da ANS estão disponíveis todas as informações sobre os Programas de Qualificação dos Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS) e de Monitoramento da Qualidade da Assistência Hospitalar, com a relação dos estabelecimentos de saúde participantes e as fichas técnicas dos indicadores. [Clique aqui para acessar.](#)

# COMISSÃO DEBATE PROJETO QUE CRIA PRONTUÁRIO ELETRÔNICO ÚNICO

Agência Câmara de Notícias – 25/10/2021

Proposta pretende integrar os dados sobre a saúde do paciente

A Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados debate nesta segunda-feira (25) o Projeto de Lei 3814/20, que cria o prontuário eletrônico único.

A audiência pública será realizada no plenário 7, às 14h30, e poderá ser acompanhada de forma virtual e interativa pelo portal e-Democracia.

A deputada Adriana Ventura (Novo-SP), que propôs a realização da audiência, acredita que o Brasil necessita avançar na informatização dos serviços de saúde, e a criação de prontuário eletrônico único caminha nesta direção.

"Nosso sistema de saúde sofre com a falta de integração de dados, por isso precisamos buscar a criação de um modelo integrado que agilizará a gestão, a pesquisa, e produzirá uma resposta mais adequada aos pacientes", disse.

A deputada é relatora do PL 3.814/20, que é de autoria do senador licenciado Confúcio Moura.

## Debatedores

Confirmaram presença na audiência:

- o 2º vice-presidente do Conselho Federal de Medicina e coordenador da Câmara Técnica de Informática em Saúde do CFM, Alexandre de Menezes Rodrigues;
- o diretor de Relações Governamentais do CFM, Marco Aurélio Ferreira;
- a diretora jurídica do Hospital Albert Einstein, Rogéria Leoni Cruz;
- o diretor de Relações Institucionais e Governamentais da Associação das Empresas de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC) e de Tecnologias Digitais, Sergio Sgobbi; e
- o presidente da Sociedade Brasileira de Informática em Saúde (SBIS), Luis Gustavo Gasparini Kiatake.

---

## CÂMARA DE SAÚDE SUPLEMENTAR PROMOVE DEBATE COM INTEGRANTES DO SETOR

GOV (ANS) – 22/10/2021

Em formato virtual, 107ª reunião da CAMSS foi realizada na tarde de 20/10/2020.

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) realizou, na quarta-feira 20/10, a 107ª Reunião da Câmara de Saúde Suplementar (CAMSS). O encontro ocorreu de forma virtual, reunindo os diretores da ANS Paulo Rebello (presidente e diretor de Normas e Habilitação das Operadoras e de Normas e Habilitação dos Produtos), Bruno Rodrigues (Gestão substituto), Cesar Serra (Desenvolvimento Setorial substituto) e Maurício Nunes (Fiscalização substituto) e representantes do setor de saúde suplementar e de órgãos de defesa do consumidor. O encontro pode ser assistido na íntegra no canal da ANS no YouTube.

Ao abrir a reunião, Paulo Rebello informou sobre a aprovação da ata da 106ª Reunião da CAMSS, ocorrida em 18/08, e sobre alterações de representantes de instituições que participam da Câmara. Em seguida, foi feito um informe sobre demandas relacionadas à Covid-19.

Na sequência, foram discutidos temas propostos pelos integrantes da CAMSS.

**Pautas Nudecon** – A defensora Daniele Sambugaro, do Núcleo de Defesa do Consumidor da Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro, fez um informe sobre as medidas adotadas pela ANS para coibir a conduta das operadoras de planos de saúde que exigem o consentimento do marido para a inserção de dispositivo intrauterino (DIU) em beneficiárias de planos de saúde. O diretor-presidente da ANS esclareceu que a cobertura do DIU é obrigatória e não há qualquer restrição, nem diretrizes de utilização para o implante do dispositivo. "O procedimento não pode ser negado. O DIU tem cobertura obrigatória sempre que solicitado pelo médico assistente

Na sequência, a defensora propôs a discussão de regulamentação que impeça a migração de beneficiários de planos de saúde em situação de extrema vulnerabilidade (em internação hospitalar ou domiciliar, em curso de tratamento oncológico, às vésperas da realização de cirurgia já autorizada, às vésperas do parto) nas hipóteses de rescisão do contrato de plano de saúde (notadamente dos contratos coletivos que envolvem grande número de vidas) ou de descredenciamento de grande rede de prestadores de serviço.

Por fim, Daniele Sambugaro sugeriu a revisão da Resolução Normativa nº 465/21 quanto à cobrança de coparticipação nas internações psiquiátricas. Ela informou sobre o crescimento das demandas na Defensoria Pública envolvendo a exigência de coparticipação das internações psiquiátricas de beneficiários que não têm condições de arcar com os valores, solicitando que a limitação de cobertura seja revista no normativo.

**Pauta MPCON** – O promotor de Justiça do Ministério Público de São Paulo Denílson Freitas levou propôs a discussão sobre a adequação da RN 279/11 (planos para ativos e inativos) a uma decisão do STJ, com o objetivo de contribuir para a redução da judicialização. O diretor Paulo Rebello informou que a ANS já está debatendo o assunto com a Procuradoria Geral e que tão logo as informações estejam estruturadas, serão levadas para conhecimento dos membros da CAMSS.

**Pauta Fenasaúde** – O último item da pauta da reunião versou sobre a Medida Provisória 1067/21. A gerente de Avaliação de Tecnologias em Saúde da entidade, Hellen Miyamoto, apresentou um panorama sobre a incorporação de tecnologias, que atualmente está entre três eixos, a RN 470/21, o PL 6330/21 e a MP 1067/21, com pontos de atenção. Ela destacou que o prazo proposto pela MP para a incorporação de tecnologias ao rol é conflitante, inferior ao da Conitec (Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS) e ao de referências internacionais, exigindo um esforço maior para que seja atendido. A preocupação é a de que os prazos mais curtos possam interferir na adequada incorporação. Paulo Rebello frisou os esforços da Agência para aperfeiçoar o sistema de avaliação das novas tecnologias e para a redução de prazo, e explicou que a ANS está conversando com os parlamentares para que a MP seja revista.

## O MODELO DE VERTICALIZAÇÃO É PREJUDICIAL AOS USUÁRIOS DE PLANOS DE SAÚDE? NÃO

Folha UOL – 22/10/2021

Sistema promove integração maior entre as etapas de diagnóstico e tratamento

Os planos de saúde verticalizados têm um papel fundamental na ampliação do acesso da população à saúde, pois, quando bem desenhados e operados, propiciam maior eficiência na entrega do cuidado assistencial e, por consequência, preços mais acessíveis aos consumidores.

O fato de as operadoras de planos de saúde possuírem rede assistencial própria não é novidade. Está na raiz da saúde suplementar brasileira, mais especificamente nas medicinas de grupo que surgiram ainda na década de 1960, na região do ABC paulista, para tratar dos trabalhadores das fábricas de automóveis recém-instaladas no país. Atualmente, cerca de 60% das mais de 700 operadoras registradas no Brasil (dos mais diferentes formatos) têm algum grau de verticalização.

O modelo facilita a coordenação do cuidado e promove uma integração maior entre as diferentes etapas de diagnóstico e tratamento, reduzindo o sentimento de desorientação do beneficiário dentro do sistema.

Alguns críticos alegam, de forma superficial e indiscriminada, que as operadoras verticalizadas priorizam exclusivamente o controle de custos em detrimento da qualidade. É uma simplificação retórica perigosa e, muitas vezes, maliciosa. Esses dois objetivos não são excludentes. É perfeitamente possível conciliar saúde de qualidade com gestão eficiente.

Mesmo havendo outros elementos a serem analisados, qualidade em saúde de verdade é refletida na excelência dos desfechos clínicos alcançados. Nesse sentido, há iniciativas interessantes tanto da Agência Nacional de Saúde

Suplementar (ANS) quanto do setor privado no desenvolvimento, monitoramento e divulgação de indicadores que permitirão comparar os desfechos clínicos de toda a rede hospitalar.

A melhoria da apuração e divulgação de resultados auditáveis é fundamental para a evolução do setor. Infelizmente, na área da saúde ainda prevalece uma percepção de qualidade fortemente subjetiva, vinculada à infraestrutura física do local. E isso, por vezes, pode ser extremamente enganoso.

Do ponto de vista técnico, a autonomia dos médicos no diagnóstico e tratamento de enfermidades é princípio basilar da medicina. Da mesma forma, a criação e o aprimoramento constante de protocolos clínicos, adotados em praticamente todos os centros de excelência em saúde no Brasil e no mundo.

Desde que sejam resultado de um debate técnico amplo, os protocolos ajudam a padronizar tratamentos e garantir maior consistência do cuidado assistencial.

A Kaiser Permanente é um exemplo internacional que demonstra ser plenamente capaz de harmonizar gestão eficiente, preço acessível e qualidade de desfecho. Além de parceira da Universidade Corporativa ABRAMGE, é um dos maiores planos de saúde dos Estados Unidos, com mais de 12 milhões de clientes, operando 39 hospitais e mais de 700 consultórios. A qualidade do atendimento é reconhecida mundialmente, com ênfase na jornada do paciente e coordenação do cuidado, reduzindo tempo desnecessário em ambientes hospitalares.

Assim como os demais modelos de assistência à saúde, a verticalização vem evoluindo com o passar dos anos, o que é bem-vindo e necessário. Quem estuda saúde (e invariavelmente se apaixona por ela) descobre rapidamente que não há solução única ou “bala de prata”. Por isso,

precisamos seguir nessa busca incessante por modelos e desenhos inovadores, que nos levem cada vez mais perto do nosso principal objetivo: uma saúde de qualidade, sustentável e mais acessível para todos os brasileiros

## DISCUSSÕES SOBRE PODER DO CFM E PRIMEIRA CONSULTA TRAVAM VOTAÇÃO DE PL SOBRE TELEMEDICINA

ConJur - 20/10/2021

Os dois pontos estão dividindo os parlamentares da Comissão de Seguridade Social e Família e entidades médicas.

Com a previsão inicial de ser apresentado no último mês de agosto, o relatório final do deputado Hiran Gonçalves (PP-RR) no Projeto de Lei 1998/2020, que trata da prática da Telemedicina após a pandemia, vem sofrendo sucessivos atrasos em função de dois pontos principais de divergência. Conforme o JOTA apurou, um deles é sobre se o Conselho Federal de Medicina (CFM) deverá ou não regulamentar a lei e o outro é sobre se a primeira consulta entre paciente e médico terá de ser presencial ou não.

Os dois pontos estão mobilizando e dividindo tanto os parlamentares que participam da frente da Saúde e da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) — onde tramita o projeto — quanto entidades médicas. O relator do projeto e o próprio presidente da CSSF, deputado Dr. Luizinho (PP-RJ), defendem que o CFM tenha poder para regulamentar a lei. A proposta de texto final do PL, em um dos artigos, seria que o Conselho de Medicina “deverá” normatizar a legislação. Com isso, a entidade, que já pode editar resoluções e atos normativos com caráter infralegal, passaria a ter maior poder.

No entanto, essa competência que seria conferida ao CFM é questionada por um outro grupo de parlamentares, encabeçado pela deputada Adriana Ventura (Novo-SP), que é a autora do projeto de lei. Ventura vem defendendo que a palavra “deverá” seja trocada pelo termo “poderá”. Com isso, o texto não vincularia a regulação diretamente ao CFM.

Nos últimos meses, a Telemedicina e todas as questões vinculadas ao tema foram exaustivamente debatidas na Câmara dos Deputados, tanto na CSSF, quanto em audiências públicas. Na lei atual, editada para a prática da Telemedicina apenas durante o período da pandemia, foi dado ao CFM a competência para regulamentar o tema depois do período de calamidade pública — o presidente Jair Bolsonaro chegou a vetar este trecho, mas o Congresso derrubou.

Donizetti Giamberardino, vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão Especial que estuda a revisão da Telemedicina, defende que a competência da entidade para regulamentar a Telemedicina está prevista na lei que criou o conselho:

“A lei que criou o conselho de classe médica [Lei 3268/1957] fala que compete aos conselhos de medicina a fiscalização, normatização e o julgamento do exercício da medicina no Brasil. Então, essa lei nos dá competência, e por isso temos tantas resoluções e pareceres. Mas até a pandemia, ninguém discutia se podíamos regular a Telemedicina ou não. Nós já vínhamos regulando desde 2002”, afirmou Giamberardino ao JOTA.

O vice-presidente do Conselho disse ainda que a intenção da entidade não é de ir contra uma lei em vigor e que o órgão vem trabalhando em cima da lei atual e discutindo a implementação e formação da classe médica para atuar na área:

“Se essa lei transitória [da pandemia] sumir, se vier uma substituição, nós dependemos das normas dessa nova lei. Mas sempre podemos complementar com nossas resoluções”, concluiu.

Ao JOTA, o deputado Hiran Gonçalves, afirmou que a divergência entre as palavras “deverá” e “poderá” é mera formalidade e que todas as outras questões do texto já estariam equacionadas e resolvidas. No entanto, para a deputada Adriana Ventura, embora os parlamentares estejam envolvidos em um “bem comum”, o de facilitar o acesso da população ao atendimento médico, nem todos os temas estão em consenso e a decisão sobre qual palavra usar no texto não se trata de mera formalidade.

### Primeira consulta

Embora o relator venha afirmando que todos os demais pontos do projeto já estão solucionados, outras fontes ouvidas pelo JOTA sinalizam que ainda há algumas questões a serem superadas. A principal delas, que vem causando forte divergência entre os parlamentares e as entidades médicas, é se a primeira consulta entre o médico e o paciente deve ser presencial ou virtual.

Tanto o presidente da CSSF, quanto o relator do projeto, com o apoio do CFM, defendem que a primeira consulta seja necessariamente realizada via presencial. Por outro lado, a autora do projeto defende que os médicos tenham autonomia para decidir com os pacientes qual a melhor forma de realizar esse primeiro atendimento. Para o CFM, trata-se de uma “questão de segurança”:

“Defendemos a autonomia, mas com responsabilidade. Se delegar autonomia para tudo que possa acontecer, isso pode ser perigoso para a população, não é uma questão corporativa. Hoje os médicos têm registros estaduais, e no caso da Telemedicina se discute um cadastro nacional, para que você possa ser fiscalizado”, declarou Donizetti Giamberardino.

Mas, para a deputada Adriana Ventura, autora do projeto de lei, a exigência de que a primeira consulta seja presencial dificulta o acesso da população:

“A gente já é lanterninha do mundo em relação a outros sistemas, que já fazem o uso da Telemedicina. Proibir teleconsulta é um retrocesso. Temos que adequar e ver como resolve isso”, concluiu a deputada.

O JOTA apurou que uma versão preliminar do relatório deve ser apresentada na comissão em breve, mas ainda sem data definida. Porém, além das divergências entre parlamentares, outras entidades médicas como a Associação Paulista de Medicina (APM) e a Associação Médica Brasileira (AMB) também vêm pressionando e criticando nos bastidores a maneira como a discussão está sendo conduzida; e parte da classe médica ainda discorda das posições do próprio CFM.

---

**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)