

MÉDICOS REVERTEM MANOBRA POLÍTICA E GARANTEM REMESSA DE PROJETO À SANÇÃO

Com a mobilização de médicos e lideranças de todo o país e a articulação política das entidades nacionais, o projeto que estabelece critérios para a adequada contratualização da relação entre operadoras e prestadores de serviço seguiu à sanção presidencial.

Após a aprovação do texto do PL 6964/2010 em caráter terminativo pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania da Câmara, 72 deputados assinaram um requerimento que pretendia emperrar o projeto e impediu o envio imediato ao Palácio do Planalto, submetendo-o à aprovação prévia do Plenário da Casa.

Médicos de todo o país atenderam ao chamado das lideranças nacionais e reagiram prontamente à manobra que tentou barrar o projeto – supostamente influenciada pelas operadoras de planos com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Um grupo orientado pela Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU) e pela Comissão de Assuntos Políticos (CAP) percorreu os corredores do Congresso Nacional e conseguiu colher assinaturas de 47 deputados. Trata-se de projeto que tem a oportunidade concreta de resolver a questão da contratualização e

que, agora, só depende da sanção presidencial. A lista completa dos parlamentares que assinaram o recurso está disponível em <http://bit.ly/1nH8PuT> e a dos que retiraram seus nomes do documento consta em <http://bit.ly/1nLcqYB>.

O momento exige uma nova e urgente mobilização, desta vez para mostrar a importância da sanção presidencial sem vetos.

Enquanto isso... Tramita no Senado outro projeto de forte interesse para a categoria médica. Trata-se do PLC 39/07, que "estabelece critérios para a edição do Rol de Procedimentos e Serviços Médicos - RPSM". Este projeto é originário do PL conhecido como da CBHPM, cujo relatório inicial foi aprovado pela Câmara dos Deputados em 2004 com o apoio das entidades médicas. O assunto está na pauta de votação da Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), com parecer favorável do senador Roberto Requião (PMDB/PR). No entanto, a pedido do senador Humberto Costa (PT/PE) em um processo eminentemente protelatório, o projeto poderá ser avaliado, antes, pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC).

COMSU AVALIA NEGOCIAÇÕES E DEFINE ESTRATÉGIAS PARA O SEGUNDO SEMESTRE

Durante a reunião ampliada extraordinária da COMSU, realizada em 23 de maio, as lideranças discutiram os principais temas de interesse da categoria e o andamento das negociações com operadoras nos estados. Na avaliação geral do movimento, permanece o descontentamento dos médicos e principalmente o desrespeito antiético das empresas e da ANS. Foi aprovado um indicativo de novo protesto nacional para o início de agosto, tendo como alvo não apenas as empresas que não negociaram, mas também a ANS.

Negociações continuam – Representantes dos estados também elencaram as dificuldades de negociação com algumas operadoras e destacaram também os avanços pontuais. Na Bahia, Goiás, Minas Gerais, Rio de Janeiro e Sergipe, as lideranças destacaram o fortalecimento das Comissões Estaduais de



Honorários Médicos (CEHM) ao longo dos últimos anos, especialmente a partir da iniciativa das sociedades de especialidades e da integração com os órgãos de defesa do consumidor.

Já no Ceará, por exemplo, a CEHM conseguiu elevar o valor das consultas com alguns planos de R\$ 70 para R\$ 75, também com rela-

tiva melhora nos valores pagos por procedimentos. Em Sergipe, os pediatras conseguiram no valor da consulta valores entre R\$ 84 e R\$ 90 e procedimentos como o de puericultura, cujos pagamentos chegam a até R\$ 130. Em São Paulo, as entidades locais estabeleceram o patamar de R\$ 100 para a consulta, valor que está sendo reivindicado às operadoras (*mais na página 3*).

EM CARTA ABERTA, LIDERANÇAS CRITICAM ATUAÇÃO DA ANS

Na avaliação das lideranças médicas, a conduta da ANS com relação ao cumprimento da Agenda Regulatória para 2013 e 2014 tem sido de omissão. A posição consta em Carta Aberta assinada pela COMSU, que se reuniu em Brasília no último dia 23 de maio com ampla participação de entidades médicas de todo o país.

Segundo representantes de Conselhos, Sindicatos, Associações e Sociedades de Especialidades, embora o aperfeiçoamento do "relacionamento entre operadoras de saúde e prestadores de serviço" conste entre as atuais metas da Agência, até o momento as demandas dos médicos não foram contempladas.

Ao contrário disso, a Agência Nacional tem anunciado ações que acirram conflitos e problemas no setor, como a recente proposta apresentada por meio da Consulta Pública nº 54 lançada em 31 de dezembro de 2013, que, após receber forte rejeição dos médicos, culminou na Resolução Normativa nº 346/14.

CARTA ABERTA DOS MÉDICOS BRASILEIROS À ANS

Os médicos, por meio de suas entidades representativas aliadas em reunião ampliada da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu), exprimem sua indignação com a atuação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que não tem cumprido seu dever legal de regular setor. Além de omissa, a Agência autarquia tem atuado em desfavor dos profissionais e em prol dos interesses das operadoras de planos de saúde, colocando em risco a assistência oferecida a 25% da população.

Apesar da inclusão do item relacionamento entre operadoras e prestadores de serviço na Agenda Regulatória da ANS 2013/2014 (contratualização e hierarquização), as demandas relativas aos médicos ainda não foram contempladas. Pelo contrário, a Agência tem anunciado ações que, na realidade, acirram conflitos e problemas no setor. Uma delas é a recente proposta, apresentada por meio da Consulta Pública nº 54/13, que supostamente responderia à necessidade de regras mais claras nos contratos entre prestadores de serviços e operadoras.

Após forte rejeição dos médicos, a proposta da ANS foi alterada e editada na forma da Resolução Normativa nº 346/14, que instituiu o Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (COBOP). Contudo, a medida gera outras preocupações, pois induz à criação de mecanismos antiéticos, como a "redução da utilização dos modelos de pagamento por procedimento". Na prática, a iniciativa resgata a polêmica tese do pagamento por performance, a qual é repudiada por beneficiar os empresários, em detrimento dos interesses dos profissionais e dos pacientes.

Desde 2010 as entidades médicas têm pressionado publicamente a ANS no sentido de se estabelecer um equilíbrio de forças no setor por meio da inserção de cláusulas obrigatórias em novos contratos entre médicos e planos de saúde. Em abril de 2012, as entidades encaminharam proposta de contratualização (com 15 itens) que tem sido ignorada pela Agência. Além disso, no fim de 2013, foi entregue sugestão para hierarquização de procedimentos, para a qual também não houve resposta.

Diante desse quadro de desequilíbrio instalado, onde as soluções apresentadas são inócuas e evidenciam o desprestígio aos interesses de profissionais e pacientes, os médicos brasileiros exigem da ANS:

- 1) A adoção dos critérios para a contratualização entre médicos e operadoras, tendo como base a proposta entregue pelas entidades médicas em abril de 2012;*
- 2) A adoção da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como referência para a nova hierarquização.*

Ressaltamos que sem o atendimento dessa pauta mínima, com a qual a ANS assumiu compromisso ao editar sua Agenda Regulatória 2013/2014, há iminente risco de prejuízos na assistência oferecida aos cerca de 50 milhões de brasileiros que fazem uso dos serviços contratados.

Brasília, 28 de maio de 2014.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – COMSU



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



FENAM
Federação Nacional dos Médicos

VITÓRIA NO TST EM DEBATE NOS ESTADOS

Aconteceu no dia 30 de maio a reunião da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) com as assessorias jurídicas dos sindicatos. O encontro teve como objetivo a troca de experiências, dentre elas a atuação em relação à decisão do Tribunal Superior do Trabalho (TST) na Ação Civil Pública do Sindicato dos Médicos do Paraná (Simepar) contra as operadoras de planos de saúde.

A Ação Civil Pública de nº 3528200/2010-0012-09 foi proposta pelo Sindicato contra um grupo de operadoras de plano de saúde. Trata-se de uma dentre três ações

civis públicas, da mesma natureza, em que o Sindicato defende o direito dos médicos que trabalham como credenciados por operadoras de planos de saúde, de receberem reajuste no valor de seus honorários, periodicamente, segundo índices inflacionários.

A decisão favorável do Tribunal Superior do Trabalho abre um precedente, fixando competência da Justiça trabalhista, além de servir de referência para outros casos semelhantes. O próprio Sindicato dos Médicos no Paraná já obteve, em primeiro grau, sentença de mérito, condenando outro grupo de opera-

doras de planos de saúde ao pagamento do reajuste acumulado dos últimos anos, mais diferenças entre o valor pago a menor e o valor efetivamente devido. Com a decisão do TST, não mais se discutirá a competência do juiz do trabalho, passando-se a julgar o mérito das demais ações em trâmite.

A Federação Nacional dos Médicos recomendará aos sindicatos que façam ações articuladas com as entidades médicas dos estados.

Uma cartilha será elaborada pela Federação para orientar os sindicatos quanto a terceirização no setor.

ACONTECE NOS ESTADOS NEGOCIAÇÃO COM AS OPERADORAS CONTINUA!

NO RIO, ASSEMBLEIA DE CONVÊNIOS DEBATE OS RUMOS DO MOVIMENTO

Durante a Assembleia de Convênios, médicos do Rio debateram, dentre outras questões, a definição dos rumos do movimento. Na ocasião, representantes da Comissão de Saúde Suplementar (Comssu) do Cremerj destacaram as intensas negociações com os maiores planos de saúde ao longo do mês. Nos encontros, as operadoras, por sua vez, justificaram aguardar o índice de reajuste anual fixado pela ANS para negociar com o movimento, o que não é aceito pelos médicos.

Na assembleia, as lideranças também criticaram o método "consultório-satélite", implantado por alguns planos. Nele, a agenda é definida pela operadora e o médico ganha por hora, independentemente do número de consultas. Essa forma de gerenciamento, ainda reduz o valor das consultas e sobrecarrega o médico. A categoria se posicionou contra os pacotes cirúrgicos para cirurgias eletivas e de emergência, pois também têm preço fixo, o que pode estimular a redução do acesso dos pacientes aos procedimentos.

MAIOR PLANO DO RS PROMETE IMPLANTAR CBHPM AINDA ESTE ANO

O IPE-Saúde, maior carteira de segurados no estado do Rio Grande Sul garantiu às entidades médicas que a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) será implantada em 2014. A confirmação ocorreu durante reunião realizada em 7 de maio, na sede da operadora. A migração da Tabela de Honorários Profissionais (THP) para CBHPM está sendo feita por auditores médicos e técnicos, que ingressaram na instituição no último concurso público. Este é um pleito antigo da categoria médica local.

Nova reunião ficou marcada para o dia 11 de junho, para apresentação da implantação da CBHPM. O próximo passo será a realização do estudo de impacto financeiro, que será analisado pela Secretaria Estadual da Fazenda. As lideranças locais acreditam que este é o primeiro resultado da mobilização dos médicos do dia 7 de abril, quando a categoria expôs a preocupação com a situação do IPE-Saúde em uma série de reuniões com beneficiários e autoridades.

ENTIDADES MÉDICAS DE SP COM FOCO NOS PROCEDIMENTOS

Em reunião entre representantes das entidades médicas e sociedades de especialidades de São Paulo, a categoria avaliou como positiva o saldo da mobilização de 7 de abril. Além da boa repercussão na imprensa, as lideranças acreditam que a ação contribuiu para a desistência por parte da ANS da Resolução Normativa sobre Boas Práticas. Sobre as negociações para 2014, as lideranças decidiram dar foco aos procedimentos. Foi solicitado que as sociedades enviem uma lista com os mais comuns em cada especialidade e os que estão defasados na CBHPM para o e-mail defesa@apm.org.br.

Caso as negociações não tenham bons resultados, os representantes das entidades sinalizaram a possibilidade de promover uma grande mobilização no segundo semestre denunciando os nomes das empresas que se negarem a negociar ou mesmo que não chegarem a um acordo com os prestadores de serviço.

LUCRO BRUTO DAS OPERADORAS MÉDICO-HOSPITALARES CRESCER 25% EM 2013

Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) mostram que, em 2013, o faturamento das 922 operadoras de convênios médicos aumentou 25,28%, enquanto o número de usuários cresceu 4,59%. Foi o melhor desempenho para o setor desde 2010, que apurou receita de R\$ 108 bilhões no ano passado. "As operadoras fizeram uma revisão nos contratos empresariais e conseguiram uma melhor negociação. O aumento da receita foi bem maior do que o número de vidas", destacou o presidente da ANS, André Longo, em entrevista concedida ao jornal Valor Econômico.

Com isso, o ano passado terminou com 50,3 milhões de pessoas com planos de saúde,

segundo informa do periódico. O aumento de 4,59% veio acima do projetado pelo mercado, que trabalhava com percentuais próximos ao verificado nos dois anos anteriores, que variaram de 2,96% a 3,61%. Havia uma expectativa menos otimista devido ao cenário macroeconômico, uma vez que quanto maior a geração de empregos formais, maior é o número de trabalhadores com o benefício do convênio médico.

Em 2013, a quantidade de novas carteiras de trabalho assinadas no país recuou 14,1%, segundo o Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (Caged).

Além de conquistar mais clientes e aumentar seu lucro, as operadoras conseguiram que a

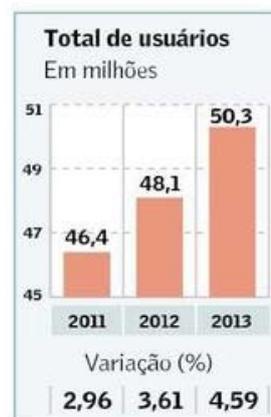
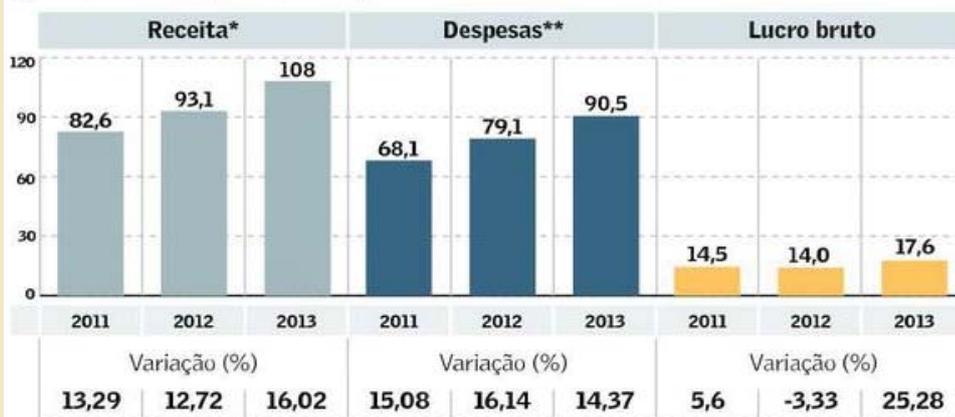
variação da despesa fosse inferior à do faturamento. A sinistralidade, que mede o custo com a assistência, fechou o ano passado em 83,7%, uma queda de 1,2 ponto percentual. Para efeito de comparação, entre 2011 e 2012, a sinistralidade aumentou 2,5 ponto percentual, causando uma queda no lucro bruto de 3,3% em 2012.

Para a COMSU, este quadro mostra o crescimento do lucro das operadoras as custas do aumento de usuários, queda da sinistralidade (custo assistencial) e pelo represamento do credenciamento de clínicas e médicos. Os números mostram ainda que as operadoras lucram as custas dos honorários profissionais, problema causado pela ausência de uma real contratualização.

Exame financeiro

Dados das operadoras de planos médicos e odontológicos

■ Planos médicos (em R\$ bilhões)



Fonte: ANS. *Receita proveniente de mensalidades dos planos. **Custo dos procedimentos médicos e hospitalares
Elaboração: Valor Econômico

538%

É O ÍNDICE DE REAJUSTE APLICADO POR ALGUNS PLANOS COLETIVOS ENTRE 2005 E 2013

195%

É O ÍNDICE DE REAJUSTE ACUMULADO PELOS PLANOS INDIVIDUAIS ENTRE 2000 E 2013

139%

É O ÍNDICE DE INFLAÇÃO, MEDIDO PELO IPCA, ACUMULADO ENTRE 2000 E 2013

82%

É O PERCENTUAL DE CRESCIMENTO DO HONORÁRIO MÉDICO ENTRE 2003 E 2012

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiriçá Miranda.

Membros: Celso Murad, Emílio Zilli, Florisval Meinão, Isaías Levy, Márcia Rosa de Araújo, Márcio Costa Bichara, Paulo Ernesto, Renato Azevedo e Waldir Cardoso.

Conselho Federal de Medicina - Tel: (61) 3445-5900 Fax: (61) 3246-0231
e-mail comissoes@portalmedico.org.br