Nº 25
Janeiro
2014

Boletim da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU)

Conselho Federal de Medicina (CFM)
Associação Médica Brasileira (AMB)
Federação Nacional dos Médicos (FENAM)

7 de abril: Dia Nacional de Advertência e Protesto contra os Planos de Saúde

No próximo dia 7 de abril (Dia Mundial da Saúde), entidades médicas de todo o país organizam o Dia Nacional de Advertência e Protesto aos Planos de Saúde. A data será marcada por atos públicos contra os problemas que afetam o setor suplementar de saúde e deverá ainda potencializar as ações de mobilização da categoria no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), também previstas para abril. A deliberação foi promovida durante encontro da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), realizada na em 14 de fevereiro na sede da Associação Paulista de Medicina (APM). Em ato simbólico, operadoras de planos de saúde e ANS receberam cartão amarelo por não atenderem o pleito dos médicos.

Durante a reunião, mais de 100 representantes de entidades médicas – dentre associações, conselhos, sindicatos e sociedades de especialidades – aprovaram o início do estabelecimeto da pauta de negociações com os planos de saúde, sendo que o formato das atividades a serem realizadas em abril será definido pelas Comissões Estaduais de Honorários Médicos. Dentre as possibilidades apontadas está a realização de atos públicos, como audiências e manifestações de rua, além de, se necessária, suspensão do atendimento de consultas e procedimentos eletivos, mantendo sempre a assistência nos casos de urgência e emergência.

Reivindicações:

Será o quarto ano consecutivo em que os médicos se mobilizam em prol de melhorias no setor. Desde 2010, o movimento se consolida, ganha visibilidade, desperta a atenção de parlamentares e tem apoio da opinião pública. Desta vez, a categoria definiu quatro itens de reivindicação que expressam as lutas das entidades médicas:

1) Reajuste das consultas e procedimentos tendo como referência a CBHPM em vigor;
2) Por uma nova contratualização e hierarquização dos procedimentos médicos baseadas nas propostas das entidades médicas nacionais já apresentadas à ANS;
3) Pelo fim da intervenção antiética dos planos de saúde na autonomia da relação médico-paciente;
4) Pela readequação da rede credenciada de forma a garantir acesso pleno e digno aos pacientes.

Recomendações:

Além das reivindicações, a reunião aprovou algumas recomendações às entidades médicas, as quais poderão ser desenvolvidas ao longo de 2014:

1) Ações para aprovação dos Projetos de Lei nº 39/2007, em tramitação no Senado, e nº 6964/2010, na Câmara dos Deputados;
2) Estabeleçam contatos com movimentos sociais, principalmente órgãos de defesa do consumidor, para esclarecê-los sobre as dificuldades comuns enfrentadas na saúde suplementar, em função das atitudes dos planos de saúde e das politicas dos governos e da ANS;
3) Estabelecer as formas de protesto para o dia 7 de abril nos estados e definir a pauta e o cronograma de negociações com os planos de saúde;
4) Realizem assembleia para avaliação das negociações na segunda quinzena de julho;
5) Desenvolvam ações que repercutam a pauta dos médicos a partir e 7 de abril e durante o período da COPA;
6) Ao CFM, que discuta eventual normativa sobre os aspectos antiéticos do pagamento por performance;
7) Aos médicos, que recusem contratos que estabeleçam Câmara Arbitral e que submetam às entidades médicas quaisquer contratos oriundos da Consulta Pública nº 54/2013, da ANS.

ANS ignora contratualização e propõe "boas práticas" para resolver conflitos do setor

A proposta de resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que pretende induzir "boas práticas entre operadoras e prestadores" não atende a categoria e, se editada na forma original, poderá agravar ainda mais os conflitos no setor. Esta é a avaliação da COMSU sobre a Consulta Pública nº 54/2013 da Agência, que muda o foco da contratualização, contrariando um dos eixos da Agenda Regulatória para 2013 e 2014, da própria ANS, sobre a relação entre médicos e operadoras de planos de saúde.

Desde 2010 as entidades médicas têm pressionado a ANS no sentido de estabelecer um equilíbrio entre as relações no setor, por meio da criação de cláusulas obrigatórias a serem inseridas em novos contratos entre médicos e planos de saúde. Isto porque as atuais normas, especialmente a RN 71/2004, são insuficientes para dirimir os conflitos entre prestadores e operadoras. Cientes dessa fragilidade, a COMSU entregou em abril de 2012 um elenco de propostas para uma nova contratualização, composta por 15 itens, e que até agora foi desconsiderada.

As entidades médicas nacionais se posicionaram formalmente à ANS sobre a proposta e durante a reunião ampliada de 14 de fevereiro aprovaram uma Carta Aberta à Agência, aos médicos e à sociedade sobre o assunto (*confira ao lado*).

O movimento retomará com toda ênfase a luta pela implantação dos 15 pontos de contratualização há muito encaminhados à Agência Nacional de Saúde Suplementar e rejeitará toda e qualquer proposta que implique em não dar cumprimento ao seu dever legal da ANS fiscalizar a saúde suplementar em seus variados aspectos, na defesa do interesse público.

CARTA ABERTA A ANS, AOS MÉDICOS E A SOCIEDADE

Os médicos, por meio de suas entidades representativas nacionais, tornam pública sua posição contrária ao conteúdo da Resolução Normativa expressa na Consulta Pública 54/2013, proposta pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

A formatação final desta Consulta Pública não contemplou ou reproduziu as discussões e demandas sobre contratualização, levadas à ANS pelos médicos desde abril de 2012, quando se iniciaram as discussões.

A temática proposta não atende ao previsto na Agenda Regulatória da própria ANS para 2013/2014, no que diz respeito aos médicos, e não resolve os conflitos entre operadoras e prestadores médicos na Saúde Suplementar. Pelo contrário, nomeada de "boas práticas", cria uma maior interface de problemas.

A ANS foge do seu dever legal de mediar a relação entre os agentes do setor, não produzindo a necessária segurança jurídica que se daria através de uma real contratualização.

A ANS propõe soluções chamadas de "boas práticas", que beneficiarão os planos de saúde, e tenta, nesta proposta de Resolução, impedir o recurso dos médicos à Justiça, que é um direito fundamental na democracia.

Assim, face ao item três da Agenda Regulatória da ANS – "relacionamento entre operadoras e prestadores" –, constatamos a exclusão dos itens dos prestadores médicos na solução proposta. Portanto, sem a sua incorporação na discussão, veremos editada pela Agência uma norma que, de forma unilateral, não atende aos médicos e não oferece a necessária segurança ao atendimento final dos nossos pacientes.

AMB Associação Médica Brasileira · CFM Conselho Federal de Medicina · FENAM Federação Nacional dos Médicos

Principais problemas da Consulta Pública nº 54/2013

Índice de Conformidade da Contratualização (I-CC) *– O item estabelece um monitoramento dos contratos assinados entre as operadoras e os médicos por uma auditoria contratada pela própria operadora, o que para os médicos compromete a autonomia da fiscalização, o que é pela lei uma obrigação da ANS.*

Índice de Métodos Extrajudiciais de Solução de Controvérsias (I-MESC) *– o indicador não só estimula como premia a Operadora que estabelecer vínculo contratual em que conste cláusua compromissória para conciliação, mediação ou arbitragem. Além disso, em tese o artigo subtrai o direito do médico de recorrer à Justiça, especialmente num momento em que Tribunal Superior do Trabalho (TST) decide acolher a competência da Justiça do Trabalho para dirigir causas decorrentes do vínculo jurídico estabelecido entre operadoras e médicos.*

Índice de Remuneração por Critérios de Qualidade (I-RCQ) *– Este prevê a remuneração diferenciada para o mesmo serviço de acordo com critérios definidos pela própria operadora e vinculados à adoção de boas práticas, desfechos clínicos e excelência no atendimento a padrões e protocolos. Na prática, isso retoma o polêmico pagamento "por qualidade" ou por performance. A ideia foi cogitada publicamente pela ANS em 2010 e mereceu forte repúdio, sendo considerada potencialmente antiética pelos médicos, ao beneficiar financeiramente apenas as operadoras.*

RS: Comissão Estadual alcança reajuste de até 33% em consultas

A Comissão Estadual de Honorários Médicos do Rio Grande do Sul (CEHM-RS), composta pela Associação (Amrigs), Conselho Regional (Cremers) e Sindicato dos Médicos (Simers), apresentou na última reunião da COMSU, em 17 de janeiro, um balanço das atividades ao longo do ano de 2013.

Quase 40 reuniões foram realizadas pelo grupo, que no ano passado conseguiu reajustes de até 33% no valor das consultas médicas (veja o quadro ao lado), demonstrando que é possível alcançar valores mais justos por meio da mobilização dos médicos e da negociação coletiva.

Além da negociação direta com pelo menos 13 operadoras de planos, a Comissão se reuniu com a Associação dos Médicos do Hospital Mãe de Deus, Sociedades de Especialidades em Cirurgia Plástica, Gastrologia, Perícia Médica e Radiologia, com a Cooperativa dos Cirurgiões Cardiovasculares e com a Associação dos Fiscais de Tributos Estaduais do RS.

Operadora	De	Para	Reajuste (%)
BRADESCO	R$ 54,00	R$ 60,00	11,1%
CABERGS	R$ 54,00	R$ 65,00	20,4%
CASSI	R$ 55,00	R$ 65,00	18,2%
CENTRO CLÍNICO GAÚCHO	R$ 50,00	-	-
CORREIOS	R$ 46,00	R$ 56,00	21,7%
DOCTOR CLIN	R$ 45,00	R$ 50,00	11,1%
GEAP	R$ 56,00	R$ 60,00	7,1%
GOLDEN CROSS	R$ 52,00	R$ 57,20	10,0%
INFRAERO	-	R$ 75,00	-
IPERGS	R$ 47,00	-	-
PORTO ALEGRE CLÍNICAS	R$ 45,00	R$ 60,00	33,3%
SAÚDE CAIXA	R$ 54,00	R$ 65,00	20,4%
SUL AMÉRICA	R$ 55,12	R$ 66,00	19,7%

Foram realizadas ainda três assembleias gerais. A CEHM-RS também aplicou a pesquisa "relação médico x operadora x usuários – quem ganha, quem perde?" junto aos médicos do estado, cujos resultados foram divulgados pelo Boletim COMSU nº 19.

SP: Comissão discute novas estratégias de negociação

As entidades médicas locais – Associação (APM), Conselho Regional (Cremesp) e Sindicatos dos Médicos do Estado – se reuniram em dezembro para discutir novas estratégias com as operadoras de saúde para 2014.

Os participantes da comissão relembraram negociações realizadas em 2013, como o valor da consulta a R$ 90, reajuste dos procedimentos médicos com base na CBHPM, inserção de cláusula de reajuste com índice definido a cada 12 meses nos contratos, além da não interferência dos planos de saúde na relação médico-paciente.

Nos últimos dois anos, as entidades do estado aprimoraram o relacionamento com as operadoras de saúde, justamente para cobrar dos representantes posicionamento sobre os contratos de prestação de serviços dos médicos. Os assuntos abordados neste encontro foram inseridos na reunião com todas as especialidades, prevista para ocorrer no início de 2014.

RJ: Cremerj aponta avanços nos valores das consultas médicas

Operadora	De	Para
UNIMED-RIO	R$ 70,00	R$ 80,00
BRADESCO	R$ 60,00	R$ 66,00
GOLDEN CROSS	R$ 60,00	R$ 66,00
SUL AMÉRICA	R$ 60,00	R$ 66,00
CASSI	R$ 60,00	R$ 70,00
CAIXA ECONÔMICA FEDERAL	R$ 60,00	R$ 70,00
CORREIOS	R$ 60,00	R$ 70,00
AMIL	R$ 64,00	R$ 70,00
MEDIAL	R$ 60,00	R$ 66,00
GEAP	R$ 60,00	R$ 70,00
FURNAS	R$ 62,47	R$ 68,53
ASSIM	R$ 60,00	R$ 65,00
DIX	R$ 60,00	R$ 66,00
CABERJ	R$ 65,00	R$ 70,00
CAC	R$ 60,00	R$ 70,00
FIOSAÚDE	R$ 60,00	R$ 70,00
PORTO SEGURO	R$ 60,00	R$ 70,00
MARÍTIMA	R$ 60,00	R$ 70,00

PI: Valores do IPMT são reajustados e paralisação é suspensa

Após reunião entre representantes da Comissão de Honorários Médicos do Piauí e do Instituto de Previdência do Município de Teresina (IPMT), ficou acordado um reajuste de 12% no valor da consulta médica, que passou a ser de R$ 47,00 a partir de 1º de fevereiro deste ano. A negociação é resultado da pressão das entidades médicas locais, que ameaçaram paralisar os atendimentos eletivos aos usuários do IPMT por até 30 dias.

A reunião sobre os reajustes dos valores das consultas e procedimentos médicos tratou também dos pagamentos atrasados referentes a outubro e novembro de 2013. Ainda ficou agendada uma nova reunião, para o mês de maio, quando será discutido um novo reajuste.

***Atenção:** As CEHMs devem, de forma organizada, avaliar a possibilidade de, se necessário, acionar a Justiça do Trabalho, face à recente jurisprudência do TST em vigor.*

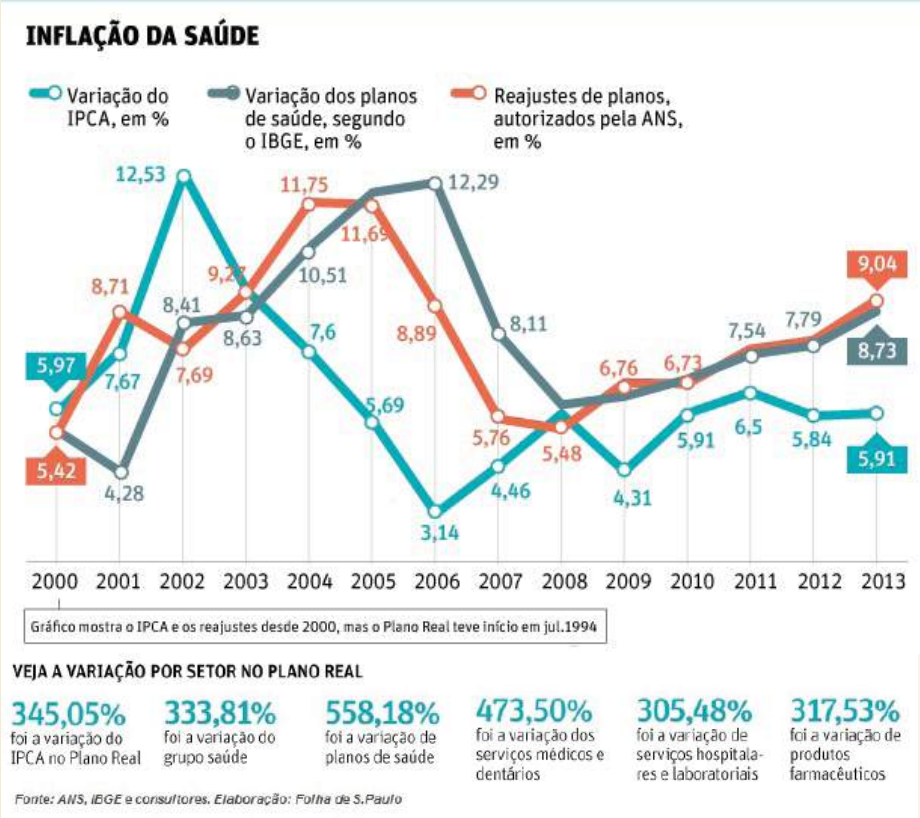
Plano de saúde sobe acima da inflação, diz IBGE

Nos últimos dez anos, os planos de saúde subiram mais que a inflação, segundo o IBGE. Em 2013, os planos ficaram 8,73% mais caros, enquanto o IPCA foi de 5,91%. No Plano Real – ou seja, desde julho de 1994 –, o aumento dos planos, segundo o Instituto, supera em mais de 200 pontos percentuais a alta do IPCA no período.

O IBGE coleta o aumento na data de aniversário dos contratos dos cerca de 8 milhões de planos para pessoas físicas – critério usado pela ANS para que a operadora aplique o reajuste.

Já o reajuste autorizado pela Agência para esses mesmos planos – planos individuais e familiares contratados a partir de janeiro de 1999 ou adaptados à lei 9.656 –, no ano passado, foi de 9,04%.

Nessa comparação, o reajuste, autorizado pela ANS, só ficou abaixo do IPCA em 2008 (5,48%, contra inflação de 5,9%). No mesmo ano, o IBGE mediu alta de 6,15% nos planos. Um dos motivos para essa diferença entre a inflação e reajustes tão salgados nos últimos anos, dizem especialistas, é a metodologia de cálculo adotada pela ANS – que leva em conta a média dos percentuais aplicados aos coletivos (empresariais ou por adesão) com mais de 30 beneficiários.



Cada vez menos as operadoras de planos de saúde têm interesse de oferecer o serviço ao consumidor pessoa física. Por isso, a Agência, apurou o jornal Folha de S. Paulo, se vê obrigada a conceder um aumento maior, que equipare ao dos contratos coletivos. Em 2012, os planos subiram 7,79%, para um IPCA de 5,84%. O índice ficou próximo ao teto permitido (7,93%).

Em 2013, a alta foi de 8,73%, superior aos 5,91% do índice oficial de inflação no período. O limite máximo autorizado não foi superado (9,04%).

Recorde de reclamações

Subiu para 102.232 o número de reclamações feitas por consumidores de planos de saúde durante o ano de 2013, aumento de 31% frente às 78.061 queixas registradas no ano anterior. Lideram as reclamações problemas com cobertura dos planos (74.061 queixas, alta de 23,5%), com contratos (20.310) e mensalidades e reajustes (4.952). OS dados são da própria ANS, que informa ainda que as reclamações resolvidas através da mediação da agência entre consumidores e operadoras, dispensando processos judiciais, chegou a 82,6% em 2013, frente aos 78% de 2012.

Recorde de beneficiários

Em 2013 o Brasil atingiu o número de 50,3 milhões de beneficiários de assistência médica (crescimento de 4,6% em relação ao mesmo mês do ano anterior). Segundo o Caderno de Informação da Saúde Suplementar, a tabulação de dados até setembro demonstra que o total de operadoras no mercado ao final do terceiro trimestre chegou a 1.084 em atividade no segmento médico-hospitalar - dessas, 929 com beneficiários.

A receita de contraprestações das operadoras médico-hospitalares atingiu R$ 79,9 bilhões até o terceiro trimestre de 2013, com crescimento de 17,2% em relação ao mesmo período de 2012. O crescimento da despesa assistencial dessas operadoras foi de 13,0%. Já a taxa de sinistralidade do período (três primeiros trimestres) diminuiu de 85,8% para 82,7%.

Dado o crescimento do número de beneficiários das operadoras médico-hospitalares, sua receita média por beneficiário (tíquete médio), apresentou variação de 12,7%, passando de R$148,20, nos três primeiros trimestres de 2012, para R$ 167,04, no mesmo período de 2013.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: *Aloísio Tibiriçá Miranda.* **Membros:** Alvaro Norberto Valentim da Silva, *Celso Murad, Emílio Zilli, Florisval Meinão, Isaías Levy, João Ladislau Rosa, Márcia Rosa de Araújo, Márcio Costa Bichara, Paulo Ernesto e Waldir Cardoso.*

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