

PRESIDENTE DA ANS VISITA PLENÁRIA DO CFM

O presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), André Longo, embora ressalve que hoje a legislação impede uma ação direta em relação aos reajustes dos médicos, afirma que a Agência quer melhorar o ambiente de negociação entre os prestadores de serviço e as operadoras de planos de saúde.

A declaração foi dada pelo ex-conselheiro federal durante sua primeira visita ao Plenário do CFM enquanto presidente da autarquia.

Após apresentar o cenário do setor, com dados sobre o faturamento das empresas, o crescimento do número de beneficiários e a concentração do mercado, Longo respondeu a perguntas dos conselheiros.

As questões éticas que envolvem a nova Resolução Normativa nº 305/2012 da TISS, por exemplo, foram um dos pontos de questionamento do colegiado. Segundo o entendimento da COMSU, a respeito da CID é polêmica e já foi alvo de três ações – todas com sentença favorável – movidas por Conselhos Regionais de Medicina.

Outra polêmica lançada pelos conselheiros trata da legalidade da venda da Amil à gigante United



Health (com quase 80 milhões de beneficiários).

André Longo disse que a Agência Nacional de Saúde Suplementar se debruça sobre a pauta de reivindicações (abaixo) apresentada pelas entidades médicas no Dia Nacional de Alerta aos Planos de

Saúde, 25 de abril.

Garantiu também, mais uma vez, que as entidades médicas serão convidadas a discutir, ainda em 2013, a hierarquização dos procedimentos e um novo modelo de contratualização entre médicos e operadoras.

- 1 Reajuste das consultas, a partir de critérios a serem definidos em cada Estado;
- 2 Reajuste dos procedimentos, tendo como balizador a CBHPM em vigor (2012);
- 3 Por uma nova contratualização, baseada na proposta das entidades médicas nacionais;
- 4 Rehierarquização dos procedimentos, feita com base na CBHPM;
- 5 Apoio ao Projeto de Lei 6.964/10, que trata da contratualização e da periodicidade de reajuste dos honorários pagos aos médicos.

MÉDICOS FALAM À POPULAÇÃO NO DIA NACIONAL DE ALERTA

Foi ampla a repercussão do Dia Nacional de Alerta na sociedade, por meio da imprensa de todo o país. Segundo levantamento parcial produzido pelo Conselho Federal de Medicina, somente no mês de abril foram veiculadas cerca de 300 matérias sobre o protesto, com alcance potencial de aproximadamente 7,5 milhões de leitores. Os números referem-se apenas às inserções do

tema na mídia impressa e online monitorados. Não estão computadas as inserções em rádio e TV, que também reproduziram os manifestos. O Jornal Nacional, por exemplo, foi um dos programas que destacaram o protestos dos médicos em todo o Brasil.

A Globo.com e a rádio CBN também comentaram a paralisação nacional dos médicos como um protesto geral por melhores honorários. O canal de notícias Uol chamou a atenção dos leitores para a ação dos médicos e profissionais de saúde em São Paulo,

com a matéria “médicos e dentistas vão parar o atendimento a planos”. Já o site Último Segundo referiu-se à manifestação dos médicos como um alerta dos profissionais de saúde à população sobre a interferência das operadoras nas consultas e nas solicitações de procedimentos e exames dos pacientes no artigo “paralisação afeta dez Estados com 25 milhões de usuários de planos de saúde”. Outras centenas de veículos de imprensa registraram a insatisfação da classe na relação de trabalho com as operadoras de saúde.

CONSELHO DE DEFESA PROFISSIONAL DA AMB APRESENTA PROPOSTAS DE MODERNIZAÇÃO DA CBHPM

Durante reunião do Conselho de Defesa Profissional da AMB, realizada em 26 de abril, foram anunciadas duas propostas para a modernização e reorganização da CBHPM.

Uma refere-se à ANS e à tentativa de rehierarquizar a Classificação; a outra, à nova sistemática de funcionamento da Comissão Nacional de Honorários Médicos (CNHM) e Câmara Técnica da CBHPM.

De acordo com o diretor de Defesa Profissional e membro da Comsu, Emílio Zilli, o tema da rehierarquização está parado há anos na ANS, pois nunca houve consenso entre operadoras de

planos de saúde e médicos. O segundo tema tratado no encontro refere-se à dinâmica nova para solicitação de alterações na CBHPM.

A Comissão Nacional de Honorários Médicos, formada por uma base de avaliação fundamentalmente técnica, funcionará agora como um filtro às demandas.

As Sociedades deverão enviar a este grupo os pedidos de alteração de portes e inclusão ou exclusão de procedimentos, conforme formulário específico. Os membros da CNHM avaliarão itens como custo, efetividade e força das evidências científicas.

Se aprovado na CNHM, o pedido

segue para a Câmara Técnica da CBHPM. Composto também por representantes das operadoras de saúde, o grupo fará a avaliação sobre a alteração solicitada.

O Conselho de Defesa Profissional também pediu às Sociedades de Especialidade que elaborem diretrizes de utilização (DUTs) para os principais procedimentos realizados por cada área.

A ideia é que este material contenha as indicações clínicas, para quais patologias é indicado o procedimento em questão, quais os procedimentos excludentes ou que façam parte do procedimento principal, incluindo as vias de acesso.

EM CONSULTA PÚBLICA: ROL DE PROCEDIMENTOS E EVENTOS EM SAÚDE

ANS concluiu a proposta de revisão dos procedimentos obrigatórios a serem cobertos pelas operadoras de planos de saúde a partir de janeiro de 2014. Esta proposta foi colocada em consulta pública e as contribuições da população poderão ser enviadas no período entre 7 de junho e 7 de julho. A proposta está disponível em: <http://bit.ly/16n24YR>.

Entre as novidades previstas nesta proposta estão a inclusão de cerca de 80 procedimentos médicos e odontológicos entre medicamentos, terapias e exames, além da ampliação das indicações de mais de 30 procedimentos já cobertos (diretrizes de utilização).

Em relação às novas coberturas propostas, destacam-se a inclusão de medicamentos orais para tratamento de câncer; a introdução de uma nova técnica de radioterapia e cerca de 30 cirurgias por vídeo.

DENÚNCIA DA OFTALMOLOGIA É ACATADA PELA ANS

Em resposta a denúncia formulada pela Federação das Cooperativas Estaduais de Serviços Administrativos em Oftalmologia (FeCOOESO), ANS afirma repudiar prática da parametrização (estabelecimento de médias na realização de exames). De acordo com a autarquia, as empresas devem garantir cobertura de serviços de apoio diagnósticos, tratamentos e demais procedimentos ambulatoriais sempre que solicitados pelo médico assistente.

“A ANS repudia qualquer restrição à conduta médica e não está indiferente a isto. Nessa linha, editou a Súmula Normativa nº 16, de 12 de abril de 2011 [...]. Por sua vez, o artigo 42 da Resolução Normativa nº 124, de 30 de março de 2006, estabelece multa (de R\$ 35.000,00) à operadora por restringir a atividade profissional”, traz o documento encaminhado

pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Em sua fundamentação, a FeCOOESO argumenta que a adoção dos “pacotes de consulta” – onde em apenas uma consulta, são realizados vários exames que possuem código próprio – violam claramente os preceitos trazidos no Rol ANS. Cita, ainda, o Art. 2º, do Capítulo II, do Código de Ética Médica, que diz: É direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.

De acordo com a ANS, “qualquer ato praticado pelas operadoras de planos privados de assistência à saúde que caracterizem restrição à liberdade do exercício profissional do prestador pode ser passível de penalidade”.

ACONTECE NOS ESTADOS

A HORA É DE NEGOCIAÇÃO COM AS OPERADORAS!

O Dia Nacional de Alerta aos Planos de Saúde marcou o início das negociações entre as entidades médicas locais e as operadoras de planos de saúde. A partir da mobilização do Dia 25 de abril, grande parte dos estados trabalham para que as reivindicações da categoria sejam acatadas pelos planos.

Em alguns deles, como no Rio de Janeiro, por exemplo, já foram convocadas assembleias pelos Conselhos Regionais, Sindicatos e Associações, que se articulam com as sociedades de especialidades para definir os critérios de reajuste das consultas e organizar a pauta de reivindicações da categoria.

Amazonas

Ministério Público intermedia negociações

O Ministério Público do Estado do Amazonas (MPE/AM) vai intervir na negociação com as Operadoras de Planos de Saúde, a pedido da Comissão Estadual de Honorários Médicos. O Apoio foi anunciado durante audiência realizada em 28 de maio, quando foram convocados para negociar os planos Unimed, Bradesco, GEAP e SulAmérica.

Os promotores de justiça Dr. Otávio Gomes, que responde pela 51ª Prodecon, e Dra. Sheyla Santos, já haviam declarado apoio às lideranças médicas locais, que defende a pauta de reivindicações orientada pela COMSU. Durante a reunião de negociação no MPE/AM, o Gerente de Relações com Prestadores de Serviços da ANS, Carlos Eduardo Figueiredo, destacou que os sindicatos podem ser agentes de negociação na contratualização dos médicos com as operadoras de planos de saúde, enfatizando que a negociação pode ser coletiva, porém os contratos individuais.

Goiás

Negociação com UNIDAS avança

Em resposta à proposta de reajuste de consultas e honorários médicos, o Grupo UNIDAS/GO enviou um ofício ao SIMEGO para comunicar a decisão das filiadas ao grupo. De acordo com a contraproposta, o valor da consulta subirá para R\$ 67,00. As consultas de pronto socorro (pronto atendimento na urgência e emergência) será pago o montante de R\$ 60,00 e terão acréscimo de 30% quando realizados nos horários previstos conforme as Instruções Gerais da CBHPM 5ª edição/2008.

Segundo o ofício (*disponível em <http://bit.ly/1723Ei9>*) as filiadas Saúde Caixa; Embratel; Cassi; Affego; Celgmed; Caeme; Casembrapa já estavam autorizadas a praticarem os valores citados. O acordo com o Grupo Unidas será assinado pelas entidades que compõem o Comitê de Integração das Entidades de Representação dos Médicos e dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (Cier-Saúde).

Pernambuco

Radiologistas suspendem exames

No dia 20 de maio, os médicos radiologistas suspenderam os atendimentos com hora marcada de usuários da operadora Golden Cross em Pernambuco. A paralisação afetou a realização de exames de raio-x e de diagnóstico por imagem. Os especialistas reivindicam o aumento dos honorários médicos e a implantação da quarta edição da Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos.

O movimento dos médicos afetou o atendimento dos usuários da Golden Cross nas clínicas de radiologia da Região Metropolitana do Recife credenciadas à operadora. Os exames marcados foram adiados até que sejam retomadas as negociações entre as partes. De acordo com a Comissão Estadual de Honorários Médicos, os profissionais recebem a bonificação de R\$ 1,80 por um exame de raio x, enquanto um técnico de radiologia ganha R\$ 3. O exame custa R\$ 18. A pedida dos médicos é o reajuste médio de 50% dos honorários.

Rio Grande do Sul

Dia de Alerta à IPE-Saúde

Em 22 de maio, médicos e hospitais credenciados ao IPE-Saúde suspenderam a assistência eletiva aos servidores públicos estaduais, clientes do plano. As entidades que formam o Grupo Paritário (Amrigs, Cremers, Simers, Federação das Santas Casas RS e Fehosul) registraram em cartório uma notificação extrajudicial. O documento deu prazo de 30 dias para que o plano solucione questões pendentes, como pagamentos de dívidas atrasadas do Instituto, a sinalização clara de reajuste de honorários médicos e de procedimentos.

O grupo entregou também pediu apoio do Ministério Público do Estado na busca de soluções para os problemas enfrentados pelos prestadores de serviços do plano. As entidades médicas denunciam o IPE-Saúde como o plano com a pior remuneração, com consulta a R\$ 47, única abaixo de R\$ 50 entre as maiores operadoras. As entidades prometem tomar medidas administrativas e judiciais caso não haja resposta.

PLANOS DE SAÚDE

EM 10 ANOS, FATURAMENTO CRESCEU 321%

A receita das operadoras de planos de saúde médico-hospitalares cresceu 321% no ano passado, se comparada com o montante apurado em 2003. De lá para cá, o faturamento passou de R\$ 28,2 bilhões para R\$ 92,7 bilhões.

Na média de valores apurada pela ANS, com base nos dados fornecidos pelas próprias operadoras, o valor médio da consulta médica, no período de 2003 a 2011 (último dado disponível), subiu apenas 64,7%.

Se o reajuste dos honorários médicos tivesse acompanhado o crescimento econômico do setor, a consulta médica valeria hoje cerca de R\$ 118 em média. De acordo com informações da última edição do Caderno de Informação da

Saúde Suplementar, divulgado em maio pela ANS, em apenas um ano – de 2011 a 2012 –, o salto no faturamento das empresas foi de R\$ 10,3 bilhões.

A publicação mostra ainda que, entre 2000 e 2012, houve uma concentração do setor de saúde suplementar nos grandes planos de saúde privados, com a diminuição do número de operadoras e crescimento das grandes empresas com fins lucrativos.

O Brasil conta atualmente com 1.121 operadoras de planos médico-hospitalares em atividade, contra 2.003 existentes no início da década.

Apenas 180 operadoras (18,8% do total) detêm 80% dos beneficiários;

324 operadoras (33,8% do total) detêm 90% dos beneficiários.

Enquanto isso, o número de beneficiários de planos de saúde aumenta, em média, 4% a cada ano. Hoje, cerca de 25% da população brasileira é conveniada a planos e seguros de saúde privados.

Segundo a ANS, em dezembro de 2012 o número chegou a 47,9 milhões de cidadãos. O avanço do setor está ligado ao próprio crescimento populacional, ao descontentamento em relação ao sistema público de saúde, mas também ao desempenho da economia, ao crescimento da produção e do consumo, ao nível de emprego formal e ao preço dos produtos comercializados pelas empresas de planos de saúde.

TAXA DE COBERTURA DOS PLANOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA, POR ESTADO:

Região / UF	Estado	Capital	Região Metropolitana	Interior
Norte	10,8	23,9	22,6	5
Rondônia	13,2	26,5	-	8
Acre	5,6	10,8	-	1,2
Amazonas	15,2	28,2	24,3	1,2
Roraima	6,6	10,1	-	0,5
Pará	9,8	27,1	23,3	6
Amapá	10,3	13,8	12,7	5,1
Tocantins	7	21,5	-	4
Nordeste	12,1	32,7	27,1	6,3
Maranhão	6,6	29,8	22,3	2,3
Piauí	7,4	21,4	18	2,4
Ceará	13,4	35,6	28,4	4,3
Rio Grande do Norte	15,9	38,7	28,2	8,2
Paraíba	10,4	29,4	21,7	5,8
Pernambuco	17,3	44,5	32,8	11,6
Alagoas	13	27,8	23,8	6,6
Sergipe	13,6	35,7	27,2	5,1
Bahia	10,8	28,2	26,9	6,7
Sudeste	37,4	56,7	47	31
Minas Gerais	25,9	55,2	41,6	21,9
Espírito Santo	32,6	71,6	47,8	28,6
Rio de Janeiro	36,6	52,8	40,7	26,1
São Paulo	43,6	58,7	52,1	37,9
Sul	23,4	49,1	36,6	19,5
Paraná	24,4	53,2	40,2	18,6
Santa Catarina	21,6	42,7	31,9	20,1
Rio Grande do Sul	23,5	45,9	34,7	20,1
Centro-Oeste	18,3	29,3	24,2	11,9
Mato Grosso do Sul	18,4	25,4	-	11,9
Mato Grosso	14,2	32,7	27,2	10,1
Goiás	15,7	30,1	19,2	11,7
Distrito Federal	29,3	29,3	29,3	-
Brasil	24,7	43,3	37,7	18,9

Fonte: ANS

EM 2012, OS MÉDICOS REALIZARAM E ACOMPANHARAM, POR MEIO DOS PLANOS DE SAÚDE:

582,5 MILHÕES DE EXAMES COMPLEMENTARES

244 MILHÕES DE CONSULTAS

112 MILHÕES DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

50,7 MILHÕES SESSÕES DE TERAPIA

7,4 MILHÕES DE INTERNAÇÕES

SAÚDE SUPLEMENTAR NA ÚLTIMA DÉCADA:

Ano	Receita das operadoras médico-hospitalares	Valor médio pago por consulta médica (R\$)	Beneficiários de planos privados de saúde	Operadoras médico-hospitalares
2000	-	-	30.966.522	2.003
2001	22.036.349.139	-	31.420.006	1.991
2002	25.691.143.356	-	31.513.309	1.748
2003	28.242.646.837	28,00	32.074.667	1.647
2004	32.025.713.892	30,00	33.840.716	1.576
2005	36.522.370.360	31,38	35.441.349	1.524
2006	41.713.758.347	33,37	37.248.388	1.488
2007	51.121.037.497	36,91	39.316.313	1.377
2008	59.506.626.909	40,30	41.247.802	1.270
2009	64.467.357.176	40,26	42.421.531	1.217
2010	72.978.896.332	42,54	45.327.432	1.184
2011	82.394.345.945	46,12	46.974.170	1.175
2012	92.703.738.667	-	47.943.091	1.121

Fonte: ANS. Os dados de valor médio da consulta em 2003 e 2004 são das entidades médicas e o de 2012 ainda não foi divulgado pela ANS.

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@portalmédico.org.br