

FATURAMENTO, NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS, PROBLEMAS E QUEIXAS CONTRA PLANOS DE SAÚDE AUMENTAM

A pesquisa encomendada pela Associação Paulista de Medicina ao Instituto Datafolha, realizada em articulação com a Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), revelou que 79% dos pacientes que recorreram aos planos de saúde nos últimos 24 meses tiveram algum tipo de problema. Dentre os mais recorrentes estão a dificuldade de marcar consultas, procedimentos de maior custo e problemas no atendimento de emergência.

Com alvo em São Paulo, estado com maior número de usuários de planos (10,4 milhões), a pesquisa mostra ainda que, na opinião dos entrevistados, as operadoras pressionam de alguma forma os médicos e pagam baixos valores de remuneração. Além disso, 30% dos pacientes declararam ter apelado ao Sistema Único de Saúde (SUS) ou ao atendimento particular para conseguir a assistência devida.

Mas apesar deste cenário e das constantes reclamações de pacientes aos órgãos de defesa do consumidor, o faturamento das empresas não para de crescer (*leia mais na página 4*). Além disso, agora as operadoras contam com um bônus do Governo Federal. Em outubro a Presidência da República sancionou a Lei 12.873/13, que livra planos de saúde de cobrança bilionária do Programa de Integração Social (PIS)/Contribuição para o Financiamento da Seguridade



Social (Cofins).

O item que favorece os planos de saúde é um dos vários que foram incluídos no texto durante a tramitação da MP 619, originalmente editada para dar incentivos à agricultura familiar e permitir a ampliação da capacidade de armazenagem de grãos no país.

Não para por aí. Recente editorial do jornal O Estado de S.Paulo revela a intenção do governo de abrir uma linha de crédito do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) para as empresas investirem na ampliação de sua rede hospitalar. Tal pedido foi feito pelas empresas diante do crescimento do número de usuários. O editorial traz uma reflexão que há muito a COMSU tem denunciado: “as empresas venderam o que não podiam entregar” e agora querem ampliar sua rede à custa dos

juros “bancados pelo contribuinte”. E fecha o texto do jornal: “se dinheiro público será aplicado em hospitais, deve ir para a rede pública”.

Ao reduzir impostos e dar subsídios para as operadoras de planos de saúde, o governo estará destinando recursos que poderiam melhorar o acesso universal de todos os brasileiros a um sistema de saúde público igualitário. Não é ético “premiar” com recursos públicos um setor que, a cada ano, bate recordes de faturamento, vendendo produtos de baixa qualidade, desrespeitando pacientes, remunerando mal os prestadores e restringindo a autonomia dos médicos. A sociedade brasileira, junto com as entidades médicas e da saúde devem se mobilizar para não permitir que os interesses financeiros e comerciais decidam os rumos da saúde do brasileiro.

Os planos de saúde....

USUÁRIOS

- Dificultam a realização de exames de maior custo (67%)
- Não cumprem todas as regras do contrato (60%)
- Demoram para autorizar exames e procedimentos (54%)



MÉDICOS

- Pagam valores baixos por consultas ou procedimentos (60%)
- Pressionam para reduzir o tempo de internação (56%)



CONSELHO DE DEFESA PROFISSIONAL DA AMB DISCUTE HIERARQUIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS

O Conselho de Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira (AMB) se reuniu em 29 de outubro para discutir a proposta de hierarquização de procedimentos médicos apresentada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que imbuete o controle e a governança da hierarquização dos procedimentos médicos pela ANS.

A tentativa da Agência é criar um Comitê Consultivo de Hierarquização, do qual fariam parte, além do órgão regulador, um representante das operadoras e um da AMB. Neste ponto, a reunião aprovou a continuidade do processo que é a base da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM)



e seu protagonismo nas mãos das entidades médicas. Além disso, em relação aos portes da CBHPM, a Agência apresentou o desdobramento dos 42 portes da CBHPM em 126 subportes.

A contraproposta aprovada na reunião contempla o

enxugamento dessas categorias para 100 subportes, permitindo o enquadramento de 1.125 procedimentos – 47% do total – já na primeira fase da implantação.

O encontro contou ainda com a participação do CFM e Fenam, através da COMSU Nacional.

ATENÇÃO AO REAJUSTE DE 5,69% DA CBHPM

Desde 18 de outubro de 2013, os valores dos serviços médicos passaram a ter o referencial da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM vigente (disponível em <http://bit.ly/1eTs92q>), corrigida com base no índice de 5,69% do Índice Nacional de Preços ao Consumidor do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (INPC/IBGE). Quanto à Unidade de Custo Operacional (UCO), o estabelecido é 1 UCO = R\$ 15,15.

A revisão foi feita pela Comissão de Economia Médica da AMB, que realizou análise autônoma do tema, no período de outubro de 2012 a setembro deste ano. A informação foi encaminhada aos médicos e prestadores de serviços a adotarem o percentual de reajuste para as negociações com as operadoras e seguradoras de planos de saúde.

A primeira edição da CBHPM foi lançada em 2003, quando os médicos passaram a perceber

mais claramente a crescente defasagem dos honorários. Para isso, as entidades médicas nacionais (AMB, CFM e FENAM) se uniram às estaduais e sociedades de especialidades, respaldadas pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas (FIPE-SP), que estruturou o modelo para os reajustes dos procedimentos médicos.

A mobilização tem sido fundamental para o aumento de honorários.

CONTRATUALIZAÇÃO

A Câmara Técnica sobre Monitoramento da Contratualização da Agência Nacional de Saúde Suplementar já realizou duas reuniões este ano, para debater as cláusulas contratuais entre prestadores de serviço e operadoras de saúde. A Agência chegou a apresentar uma proposta que estabelece que os contratos firmados com as operadoras passem por auditorias

contratadas pelas próprias operadoras que certifiquem que as cláusulas contratuais estão sendo cumpridas.

Em abril de 2012 as entidades médicas nacionais apresentaram um documento à ANS com as propostas da classe quanto a cláusulas obrigatórias a serem inseridas nos contratos. Dentre os itens estão os critérios de reajuste e regras relativas a credenciamento, descredenciamento e glosas.

A Câmara ainda deve realizar outros encontros para debater todos os pontos de uma proposta que será apresentada posteriormente.

As entidades médicas avaliam a iniciativa como um passo necessário para garantir melhores condições de trabalho aos médicos, entendendo que, de qualquer maneira, o principal é manter a mobilização, o que tem feito avançar as conquistas.

MOBILIZAÇÃO DA CLASSE CONQUISTA RESULTADOS

Os estados que se mobilizaram nas negociações deste ano mostraram que é possível avançar e alcançar ganhos reais e honorários médicos mais justos. Também foi relevante a inclusão do tema “relacionamento entre operadoras e prestadores” na Agenda Regulatória da ANS para 2013/2014.

Os impasses sobre os critérios de reajustes dos honorários médicos ainda estão condicionados ao fortalecimento e a continuidade da mobilização das entidades nos estados, para que alcancemos mecanismos normativos de reajustes aos moldes do que acontece com as operadoras de planos de saúde.

No Congresso Nacional ainda aguardamos o lento caminhar dos projetos de interesse da categoria. Por outro lado, avançamos na comunicação das entidades médicas com a população. A cada dia, uma nova pesquisa revela a insatisfação da categoria ou dos pacientes, embora o número de beneficiários seja cada vez maior.

Que nossos próximos passos estejam firmados na convicção de que é pela mobilização dos médicos que alcançaremos maiores e melhores resultados.

Valor pago por teste ergométrico é 1/3 do que prevê CBHPM

Um exame bastante comum e que pode ser usado como exemplo da desvalorização do profissional médico é o teste ergométrico ou teste de esforço. Dados do Departamento de Ergometria, Exercício, Cardiologia Nuclear e Reabilitação Cardiovascular (DERC) da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) revelam que, em média, as operadoras pagam R\$ 55 por um teste ergométrico.

Segundo o DERC, a CBHPM vigente estima a remuneração desse procedimento em cerca de R\$ 156. Com o aumento no número de pedidos de testes – entre eles aqueles realizados a título de “check-up” – e a baixa remuneração dos planos, os laboratórios que trabalham com esse tipo de exame têm suas agendas lotadas, gerando filas para os pacientes, que podem ter de esperar até quatro meses para conseguir fazer o exame.

Médicos radiologistas mobilizados na Bahia

Os médicos radiologistas e de diagnóstico por imagem decidiram partir para a judicialização de seus pleitos junto às operadoras, uma vez que a resposta às tentativas de negociação tem sido o “desrespeito e a intransigência”. Mais de 40 planos de saúde já foram notificados pela Justiça. Em assembleia, as lideranças médicas locais orientaram a categoria a assinar os contratos de prestação de serviços com as operadoras somente através da Comissão Estadual de Honorários Médicos e com o apoio da consultoria jurídica do Sindicato dos Médicos da Bahia.

Assembleia aprova relatório da CPI dos Planos de Saúde

A Assembleia Legislativa do Paraná aprovou em setembro o relatório da CPI dos Planos de Saúde, motivada pelas reivindicações das entidades médicas locais. No documento, os deputados sugerem à ANS, ao Ministério Público Federal (MPF) e às empresas a assinatura de um Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) que garanta o reajuste dos honorários dos profissionais. Os deputados também prometeram apresentar um projeto de lei para que no Paraná os médicos vinculados aos planos de saúde não recebam valores inferiores aos previstos na CBHPM. Segundo as informações coletadas durante a CPI, cerca de 3 mil médicos teriam saído de um ou mais planos de saúde no Paraná desde 2011, ano em que o conflito entre os profissionais e as operadoras se acirraram no Estado. Dos cerca de 20 mil médicos no Paraná, mais da metade atende a convênios.

Valor da consulta pediátrica gera protesto no Paraná

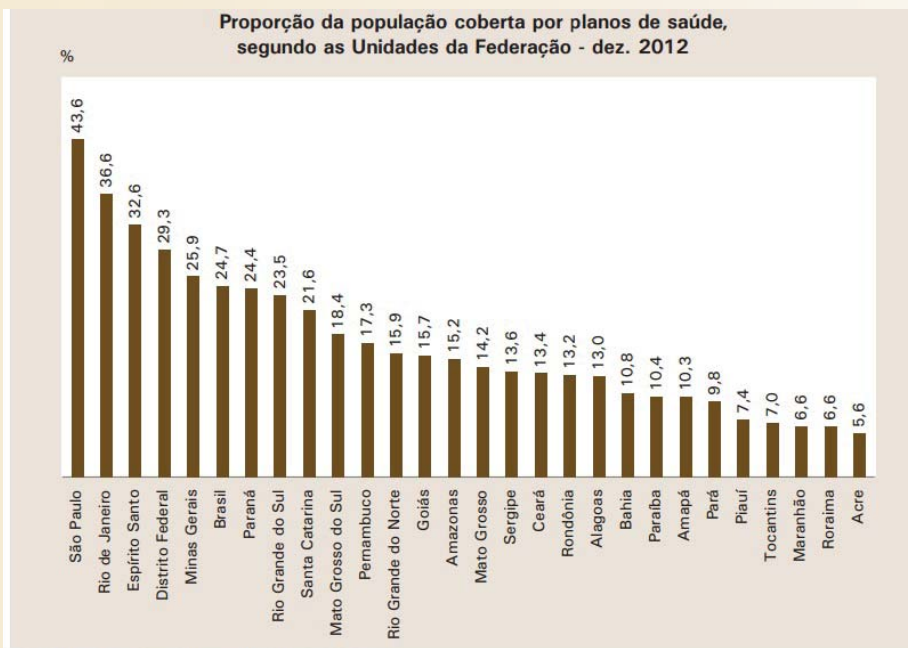
A Sociedade Paranaense de Pediatria afirma que médicos estão deixando de atender pelos planos de saúde porque o valor repassado é insuficiente para manter o consultório. Em média, por consulta, o pediatra recebe de R\$ 40 a R\$ 50. Essa quantia, de acordo com a entidade, representa menos da metade do valor necessário. A falta de especialistas já foi percebida pelos usuários dos planos de saúde. Em muitos casos, o paciente precisa esperar mais de um mês para conseguir agendar um horário. Segundo a Associação Paranaense de Pediatria, a tendência é que a dificuldade aumente já que alguns optaram por fechar os consultórios.

SAÚDE NO BRASIL EVOLUI, MAS AINDA PRECISA MELHORAR QUALIDADE, DIZ IBGE

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) divulgou em novembro relatório em que avalia indicadores sociais brasileiros. No que diz respeito à saúde, afirma que o setor apresentou “relevantes evoluções” nos últimos anos. No entanto, pondera que esforços adicionais são necessários para melhorar a qualidade dos serviços diante dos crescentes desafios ligados à dinâmica demográfica.

O relatório do IBGE também analisa dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar e estima que a cobertura de plano de saúde no Brasil é de 24,7%. Esta cobertura está concentrada regionalmente, com 64% dos planos no Sudeste, em 2012. *Confira o gráfico ao lado.*

O relatório também revela que os gastos com saúde representaram 7,2% do total das famílias, segundo Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008/2009. Desta parcela, 48,6% foram destinados a compra de



Fontes: IBGE e Agência Nacional de Saúde - ANS.

medicamentos, seguido por plano de saúde (29,8%), consulta e tratamento dentário (4,7%).

As famílias de menor renda gastam mais com exames (5,1%) e

consultas médicas (4,4%) do que as de maior renda. Também têm menor acesso a planos de saúde, o que na avaliação do IBGE, “pode refletir em carências de cobertura do SUS nesses serviços”.

NO TOPO DAS RECLAMAÇÕES

É também no estado com a maior cobertura dos planos de saúde que, recentemente, a Fundação **Procon-SP** divulgou em novembro ranking com os planos de saúde que mais geraram queixas no órgão no primeiro semestre deste ano. O segmento ocupou o 6º lugar entre os mais reclamados, com 6.550 atendimentos registrados entre pedidos de orientação e queixas contra a operadora. Entre os problemas enfrentados pelos consumidores que reclamaram há tanto itens relacionados à cobertura como à rede assistencial.

No Distrito Federal, quarto estado com a maior cobertura dos planos, o número de reclamações quase dobrou no primeiro semestre de 2013. Dados consolidados pelo **Procon-DF** mostram que 545 atendimentos

foram realizados na capital federal relacionados a reclamações de planos de saúde, no primeiro semestre de 2013. No mesmo período do ano passado, foram apenas 319 ocorrências.

Já no Paraná, o aumento de reclamações contra planos levou o **Procon-PR** e o Ministério Público a uma parceria de fiscalização. Somente até outubro, foram 2.834 reclamações. O volume mensal, de 283,4 queixas, é 14,12% superior à média do ano anterior, quando foram 248,3 notificações por mês, totalizando 2.980 no ano. A primeira ação concreta desta parceria será a uma capacitação técnica integrada entre agentes dos três órgãos, na qual os participantes terão acesso à legislação e às normas mais atuais em relação à saúde suplementar.

Em 2012, o setor de planos de saúde foi responsável pelo maior número de queixas, segundo o ranking anual do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec). Ao lado de outros três setores (financeiro, produtos e telecomunicações), os planos apareceram em primeiro lugar por mais de uma década.

Mas apesar da total insatisfação, revelada pelas pesquisas das entidades médicas e órgão de defesa do consumidor, o mercado de planos de saúde no Brasil cresce em ritmo acelerado, tornando-se um negócio lucrativo para as operadoras. A receita do setor em 2012 foi de R\$ 95,3 bilhões, 13% acima de 2011. Neste ano, o teto de reajuste das mensalidades dos planos individuais foi de 9,04%, o mais alto em oito anos.

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