

APÓS O DIA NACIONAL DE ALERTA, LUTA PELA VALORIZAÇÃO DO MÉDICO CONTINUA!

O Dia Nacional de Alerta aos Planos de Saúde e à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) gerou grande impacto na sociedade brasileira, colocando em evidência os problemas enfrentados pelos médicos e pacientes. Além dos avanços alcançados em negociações realizadas em diversos estados (*leia mais na página 3*), a mobilização ainda resultou na ampla visibilidade em toda a imprensa.

Por meio das notícias veiculadas, a Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU) acredita ter conseguido expor à sociedade o descaso do governo e das operadoras dos planos de saúde com a assistência oferecida. Os jornais trouxeram a notícia estampada entre as principais manchetes. O Diário de Pernambuco, por exemplo, trouxe o ultimato dos médicos contra operadoras dos planos de saúde que não negociaram com a categoria.

Já O Liberal, principal impresso do estado do Pará, deu ênfase às reivindicações dos médicos durante as mobilizações. No Diário da Manhã, de Goiânia (GO), "Saúde sem tratamento" foi o destaque da página do caderno Cidades. Além da programação, o jornal avaliou a crise na saúde pública e suplementar no país.

Os protestos também foram destaque nos principais telejornais nacionais. O Jornal Nacional e o Jornal da GloboNews exibiram imagens das passeatas e dos manifestantes em São Paulo. No Jornal da Record News, além da cobertura dos atos realizados em todo o país, promoveu uma conversa sobre o assunto, ao vivo e em estúdio, com o âncora Heródoto Barbeiro.

As rádios CBN, Rádio Nacional e outras também acompanharam as mobilizações pelo país e as programações das entidades médicas, com entrevistas ao vivo e com depoimentos de médicos e pacientes. Veículos online também deram ampla cobertura aos protestos.

HISTÓRICO DE LUTA - Desde 2010, especialmente após a criação da COMSU, as mobilizações convocadas pelas entidades médicas locais têm se mostrando cada vez mais vitoriosas.

O protesto nacional de 7 de abril conseguiu novamente unificar uma agenda nacional, na qual grande parte dos estados iniciaram ao mesmo tempo as negociações com

OS PLANOS DE SAÚDE TÊM USUÁRIOS QUE PAGAM E MÉDICOS CREDENCIADOS QUE ATENDEM. O PROBLEMA HOJE É QUE NENHUM DOS DOIS AGUENTA MAIS TANTO DESRESPEITO.

No Brasil existem 50,4 milhões de usuários de planos de saúde. Desse total, 79% relatam problemas com os planos de saúde*. Por sua vez, a maioria de nós, médicos, sofremos com os abusos das operadoras, que glosam procedimentos, interferem na nossa autonomia profissional e desrespeitam a categoria ao não fixar critérios claros de contratação.

Por isso, exigimos:

- 1) Fim da intervenção antiética dos planos de saúde na autonomia da relação médico-paciente;
- 2) Readequação da rede credenciada para garantir a cobertura de todos os usuários da rede suplementar;
- 3) Reajuste adequado dos valores das consultas e procedimentos – tendo como referência a Classificação Brasileira de Honorários e Procedimentos Médicos (CBHPM) em vigor;
- 4) Definição pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de novos critérios para os contratos de trabalho entre médicos e planos de saúde, apresentados desde abril de 2012;
- 5) Hierarquização dos procedimentos médicos com base em propostas das entidades médicas nacionais.

*Pesquisa da APM/Datafolha, out/2013.

O atendimento desta pauta de reivindicações assegura qualidade no atendimento, respeita os direitos dos pacientes e valoriza os médicos.

os planos – motivados pela articulação da COMSU.

Além dos resultados práticos conquistados em alguns estados, como reajustes expressivos nos valores das consultas, o movimento rearticulou as Comissões Estaduais de Honorários Médicos e mobilizou também diversas sociedades de especialidades em torno desse assunto.



CONGRESSO NACIONAL APROVA PL 6.964/10

Leia na página 2

CONGRESSO APROVA PROJETO QUE GARANTE REAJUSTE PARA MÉDICOS DA SAÚDE SUPLEMENTAR

A Comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados (CCJC) aprovou no último dia 23 de abril o Projeto de Lei 6.964/10, que traz a base legal para estabelecer critérios de negociação e reajuste anual dos médicos na saúde suplementar. A aprovação da proposta veio na esteira do protesto nacional que teve início em 7 de abril e que, na saúde suplementar, tinha o apoio ao projeto como uma prioridade.

O projeto era uma das reivindicações mais antigas do movimento médico, com origem no Senado em 2004, e estabelece que, caso não haja negociação entre as partes, o reajuste será balizado pela ANS.

Os representantes das entidades médicas (*foto*) acompanharam a votação do Parecer favorável do relator na CCJC, deputado Fábio Trad (PMDB/MS), aprovado por unanimidade. Para os médicos, a decisão é uma conquista histórica que beneficiará diretamente todos os profissionais que prestam serviços aos planos de saúde, como médicos, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Além de trazer maior segurança



jurídica, dando garantia aos médicos de que não terão seus direitos a reajustes de remuneração desrespeitados por falta de regulamentação, a medida favorece também os 50 milhões de usuários dos planos de saúde, que contarão com uma rede de profissionais mais motivados em seu exercício profissional.

Apresentado originalmente em 2004 (PLS 276/04) pela senadora Lúcia Vânia (PSDB/GO), o texto passou por diversos debates e modificações até receber um de seus pontos principais: o estabelecimento de critérios

para a adequada contratualização na relação entre operadoras e profissionais da saúde que atuam na rede suplementar. Após quase seis anos em tramitação no Senado, foi aprovado em fevereiro de 2010.

No mesmo ano, foi enviado à Câmara dos Deputados, onde também recebeu a aprovação nas Comissões de Defesa do Consumidor, de Seguridade Social e Família e, em caráter terminativo, na CCJC. Agora o projeto seguirá para a sanção presidencial, se não houver recurso para que seja votado em Plenário.

CONSULTA PÚBLICA DA ANS TEM FORTE REJEIÇÃO

A proposta de resolução normativa da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que pretendia induzir “boas práticas entre operadoras e prestadores” foi fortemente rejeitada. Após ter lançado a proposta por meio da Consulta Pública nº 54 no apagar das luzes de 2013, a ANS recebeu centenas de contribuições dos prestadores médicos, que pediram alterações e exclusões de itens que poderiam prejudicar a categoria. Entre eles constava, por exemplo, item que estabelecia um monitoramento dos contratos por uma auditoria contratada pela própria operadora.

Da Consulta Pública restou a Resolução Normativa nº 346/14 (íntegra em <http://bit.ly/1rqp4>), que instituiu o Comitê de Incentivo às Boas Práticas entre Operadoras e Prestadores (COBOP). O grupo, que será composto pelo

corpo técnico da ANS, além de representantes do setor e de instituições que possuem experiência e conhecimento sobre o assunto, será responsável por conduzir estudos e pesquisas que poderão dar subsídio a implantação dos indicadores e ações relativas às boas práticas.

A medida levanta preocupações das lideranças médicas nacionais, pois há a suspeita de que o COBOP, apesar de instância consultiva, possa ter sido criado para legitimar as pretensões embutidas na Consulta Pública nº 54. Além disso, a nova RN propõe “desenvolver mecanismos de indução de boas práticas”, dentre eles a “redução da utilização dos modelos de pagamento por procedimento” (artigo 4º, inciso II), norma que coincide com o que tem ocorrido no mercado, onde médicos já estão sendo abordados

com propostas potencialmente antiéticas de remuneração. A denúncia está sendo apurada pelas entidades médicas.

Em fevereiro, as entidades médicas nacionais se posicionaram sobre a proposta, defendendo a implantação dos 15 pontos de contratualização há muito encaminhados à ANS. Também denunciaram a tentativa da Agência de mudar o foco da contratualização, contrariando o item 3 da Agenda Regulatória para 2013-2014, da própria ANS, sobre a relação entre médicos e operadoras de planos de saúde.

A COMSU esta atenta aos trabalhos do COBOP e continuará pressionando a ANS no sentido de estabelecer um equilíbrio entre as relações no setor, criando cláusulas obrigatórias a serem inseridas em novos contratos.



ACONTECE NOS ESTADOS A HORA É DE NEGOCIAÇÃO COM AS OPERADORAS!

AMAZONAS

O Sindicato dos Médicos do Amazonas vai mover uma ação contra operadoras de planos de saúde, visando a correção dos honorários médicos e a aplicação da tabela que regulamenta todos os procedimentos médicos: a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM). A ação integra as atividades iniciadas no dia 7 de abril. Entre as principais reivindicações está o fim das interferências das operadoras e a valorização dos honorários e consultas.

GOIÁS

Representantes das entidades médicas anunciaram que, a partir de agora, ampliarão as ações junto às autoridades e às operadoras de planos de saúde, a fim de garantir melhores condições de atendimento aos pacientes e condições dignas de trabalho e de remuneração para os médicos. Durante coletiva a imprensa em 7 de abril, os médicos apresentaram dados e informações que evidenciam a falta de qualidade na assistência oferecida na saúde suplementar.

ACRE

Com faixas pedindo "Saúde de qualidade para a população", "Não faltam médicos, faltam condições de trabalho" e "A população precisa de saúde" médicos e estudantes de medicina chamaram a atenção dos governantes e cidadãos que passavam em frente ao Palácio Rio Branco, sede do governo estadual. Profissionais prestaram serviços à comunidade, realizando de forma gratuita exames de aferimento de pressão e teste glicêmico para detectar o diabetes.



SÃO PAULO

Médicos paulistas soltaram balões brancos para marcar o Dia Nacional de Alerta. O ato público aconteceu na sede da Associação Paulista de Medicina. A categoria também suspendeu por 24 horas os atendimentos eletivos. O encontro contou com a presença de lideranças médicas e também de membros do Conselho Regional de Odontologia, além de representantes da Associação Brasileira de Mulheres Médicas, do Sindicato dos Hospitais, entre outras entidades.



PERNAMBUCO

As entidades médicas locais reuniram-se com a imprensa pra falar sobre a falta de financiamento do SUS e a importância do Dia Nacional de Alerta aos Planos. Na ocasião, a Comissão Estadual de Honorários Médicos (CEHM) apresentou dados do setor suplementar e explicou como funciona a CBHPM – importante instrumento de valorização do trabalho médico e que proporciona qualidade ao atendimento da população.

RIO DE JANEIRO

Cerca de 500 pessoas, entre médicos, representantes das entidades médicas e da sociedade civil, participaram de uma manifestação no centro do Rio de Janeiro em 7 de abril. Os manifestantes se concentraram na Cinelândia e seguiram em caminhada até o Núcleo Estadual do Ministério da Saúde.



MÉDICOS AINDA NÃO FORAM CONTEMPLADOS PELA AGENDA REGULATÓRIA DA ANS PARA 2013 E 2014. A LUTA CONTINUA!

MP 627: PROTEÇÃO INDEVIDA AOS PLANOS DE SAÚDE

O plenário do Senado aprovou no último dia 15 de abril a Medida Provisória 627, que promove mudanças tributárias para multinacionais brasileiras no exterior e reabre o Programa de Recuperação Fiscal para alguns setores da economia.

Como contrabando na MP veio a mudança na forma de aplicação de multas às operadoras, expressa no artigo 101, e que determina que, até 31 de dezembro de 2014, no caso de infrações pelos planos de saúde, será considerada apenas a multa de maior valor.

SETOR É O MAIS RECLAMADO NO IDEC

Como ocorreu em 2012, o setor de planos de saúde (26,66%) ficou em primeiro lugar na lista dos mais reclamados no ano passado, de acordo com o ranking divulgado pelo Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Em seguida, vêm serviços financeiros (16,73%), produtos (13,05%) e telecomunicações (12,53%). Outros setores representaram (31,03%) dos registros feitos pelos consumidores junto à entidade.

No total, o instituto registrou 13.541 demandas em 2013, enviadas por telefone, e-mail e pessoalmente, sendo 8.040 dúvidas de consumo e 5.501 pedidos de informação sobre processos judiciais do Idec.

Em comparação com 2012, em que foi responsável por 20,40% dos atendimentos, a participação de planos de saúde no ranking teve um acréscimo de 6,26 pontos percentuais. Embora os temas tenham se mantido exatamente na mesma posição, o segmento de planos de saúde ficou dez pontos percentuais à frente do segundo colocado.

Além disso, se houver de duas a 50 multas iguais, serão cobradas duas multas. Se forem de 51 a 100 infrações, a cobrança será de quatro multas. O relator da MP, deputado Eduardo Cunha (PMDB-RJ), aponta a autoria deste contrabando no sentido do Ministério da Fazenda e da Casa Civil.

O Conselho Federal de Medicina divulgou nota pública pedindo a derrubada da emenda, ressaltando que sua entrada em vigor pode representar um perdão às dívidas das operadoras de

planos de saúde, num montante estimado de R\$ 2 bilhões.

As entidades médicas lamentam as informações veiculadas pela imprensa de que a aprovação na Câmara dos Deputados dessa emenda prejudicial a sociedade tenha contado com o apoio da ANS, fato que deve ser apurado com rigor. Se a suspeita for confirmada, coloca-se em xeque a idoneidade da instituição reguladora e de seus dirigentes nas relações com o segmento econômico sobre o qual deveria exercer controle.

PÚBLICO QUE MAIS CRESCE TAMBÉM É O MAIS INSATISFEITO

Os idosos apresentam mais reclamações que os demais grupos etários na Agência Nacional de Saúde Suplementar. A constatação foi confirmada em pesquisa realizada pelo aluno do mestrado da Escola Nacional de Saúde Pública (Ensp/Fiocruz), Wilson Marques Vieira Junior (*íntegra disponível em <http://bit.ly/1rt64hj>*).

Os idosos foram o grupo populacional que, proporcionalmente, apresentou mais reclamações (60,8 versus 25,5 reclamações por 10.000 beneficiários). Também foram as reclamações dos idosos aquelas que resultaram em maior percentual de autuação de operadoras (3,7% versus 2,3%).

Por outro lado, as operadoras da modalidade de medicina de grupo foram as mais frequentemente reportadas nas reclamações em todas as faixas etárias (58,6%). O tema mais recorrente nas reclamações dos idosos foi relacionado à cobertura

assistencial (68,1%).

O estudo também demonstra que há dificuldades para o ingresso de idosos nos planos de saúde, seja por estra-tégias de comercialização, como a opção preferencial das operadoras em comercializar planos de saúde empresariais, ou pelos constrangimentos e dificuldades impostos.

O objetivo foi analisar as reclamações encaminhadas à ANS por beneficiários idosos da Região Sudeste do Brasil, no período de 2010 a 2012, para avaliar se as barreiras ao acesso e ao uso dos serviços dos planos de saúde afetam mais a população idosa, comparativamente a adultos e crianças.

Os dados utilizados foram obtidos por meio do Sistema Integrado de Fiscalização, sistema que armazena todas as informações sobre reclamações encaminhadas à Agência Nacional de Saúde.

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