

Nº 11
JULHO
2011

BOLETIM DA COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)
ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB)
FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FENAM)

anote na agenda

4 DE AGOSTO

QUINTA-FEIRA, NA SEDE DO CFM,
EM BRASÍLIA, DAS 9H ÀS 15H

BALANÇO NACIONAL DAS NEGOCIAÇÕES DOS MÉDICOS COM OS PLANOS DE SAÚDE

Reunião ampliada da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), com a presença das Associações Médicas, Conselhos Regionais de Medicina, Sindicatos Médicos, Sociedades de Especialidades e Comissões de Honorários.

Movimento ganha força nos estados



Mais de 500 médicos deram "cartão vermelho" para os planos de saúde em assembléia realizada em São Paulo no dia 30 de junho

Desde a paralisação vitoriosa do dia 7 de abril o movimento médico está mobilizado de Norte a Sul do País, em torno das bandeiras nacionais de recomposição dos honorários médicos, CBHPM plena e contratos

com reajuste anual.

Os relatos são animadores e demonstram que o movimento está no rumo certo. Em pelo menos 16 estados as Comissões de Honorários formadas pelas entidades médicas envia-

ram cartas às operadoras, promoveram as primeiras rodadas de negociação e convocaram assembléias de médicos. (Veja informações à página 2)

O dia 4 de agosto será um momento decisivo. A

partir do balanço do movimento nos Estados, iremos estabelecer parâmetros de negociação com os planos de saúde daqui em diante e traçar um novo cronograma com estratégias de mobilização.

CONTRIBUA COM O BALANÇO NACIONAL

O movimento é dinâmico. Vários estados não enviaram informes e outros já têm novidades nas negociações. Por isso, solicita-

mos que enviem até dia 1º de agosto à COMSU informes atualizados sobre o movimento e as ações no seu Estado, respondendo

as questões: **1)** Quais planos foram contatados por meio de cartas e reuniões; **2)** Respostas das operadoras com propostas de

reajustes; **3)** Assembleias de médicos realizadas ou convocadas; **4)** Deliberações do movimento e outras ações locais.

ENCAMINHAR NO E-MAIL: IMPRESA@PORTALMEDICO.ORG.BR

Mobilização histórica se alastra por todo o país

As entidades médicas chamaram os planos para negociar, convocaram assembleias e começam a colher os primeiros resultados. Mas o caminho é longo, o que exige persistência e coesão do movimento

Negociações com os planos de saúde, assembleias de médicos e várias ações estão curso na maioria dos Estados. Os movimentos estaduais, unidos em torno das bandeiras nacionais, definiram estratégias próprias, com a seleção de planos-alvo e a adaptação das

reivindicações à realidade local. A seguir alguns exemplos de estados que estão com o movimento em plena atividade. Tendo em vista o movimento ainda em curso, não divulgaremos por ora valores negociados e nomes de planos de saúde envolvidos.

São Paulo: A partir de 1º de setembro será suspenso o atendimento aos planos - dentre 45 já contatados - que não abriram negociação, além daqueles que tiveram suas propostas consideradas insuficientes pela Comissão de Honorários. A paralisação será em rodízio seqüencial; a cada três dias uma especialidade médica deixa de atender os planos selecionados.

Rio de Janeiro: Todas as propostas inferiores a R\$ 50 por consulta serão desconsideradas. A CBHPM plena e a equiparação dos valores entre planos coletivos e individuais estão na pauta dos médicos cariocas.

Pernambuco: Além das negociações com várias operadoras, as entidades assumiram uma Ação Civil Coletiva Trabalhista movida contra um plano de saúde de grande porte, pedindo recomposição dos honorários. Também ocorreram avanços na proposta apresentada pelas autogestões.

Bahia: Como instrumento de pressão, as entidades entraram com ação judicial contra 24 planos de saúde e a ANS, exigindo a contratualização e o cumprimento da CBHPM. Avanço significativo ocorreu nas negociações com as autogestões.

Distrito Federal: Foi criada uma Comissão de Negociação que definiu cinco planos prioritários. Em outra frente, o CRMDF discute a normatização da remuneração planos de saúde na relação com os que atuam nos hospitais particulares e similares.

Pará: Já foram feitas três convocações a 16 planos mas só três compareceram e apresentaram propostas que estão sendo analisadas. A Comissão Estadual já realizou duas assembleias de médicos.

Amazonas: Os médicos decidiram se descredenciar dos planos e desde 1º de julho estão emitindo recibos para que os usuários possam pedir ressarcimento às operadoras.

Paraná: Decidiu-se pelo descredenciamento individual de cada médico, avisando a operadora 30 dias antes da desincompatibilização, como forma de pressionar as negociações

Espírito Santo: Foram notificados quatro planos mais o grupo Unidas. No dia 15 de julho venceu o prazo para as respostas e estão sendo agendadas reuniões para a discussão das propostas apresentadas.

Piauí: Foram chamados 13 planos para negociar, sendo que dois já acenaram com negociação positiva. Serão alvo de paralisações os planos que não responderam e mais cinco planos de saúde que estão descumprindo acordos feitos anteriormente.

Mato Grosso do Sul: Diante da ausência de respostas, uma segunda carta foi encaminhada aos planos de saúde, cujas propostas serão analisadas em assembleia a ser convocada ainda em julho.

Rondônia: Foram chamados dez planos para negociação, mas apenas dois deles responderam com formalização de compromisso, porém sem apresentar valores.

Rio Grande do Norte: Foram realizadas cinco audiências entre as entidades médicas e os planos na sede do Ministério Público, que intermedia as negociações, sendo que uma operadora já assinou compromisso de reajuste.

Amapá: Foram realizadas assembleias, com entidades e sociedades de especialidades, que definiram nove planos-alvo. Já ocorreram duas reuniões por plano e alguns fizeram proposta de aumento escalonado, com prazos definidos. Ficará a critério de cada médico a decisão de suspender ou não o atendimento.

Planos ganham maior reajuste desde 2007

Ao fixar em 7,69% o índice de reajuste anual dos planos individuais para 2011, a ANS concedeu o maior aumento às operadoras desde 2007. Naquele ano o índice foi de 5,76%, seguido de 5,48% (2008), 6,76% (2009)

e 6,73% (2010). Segundo dados apurados pela própria ANS (as entidades médicas apontam valores ainda menores) a consulta médica valia em média, em 2007, R\$ 36,91. O último dado divulgado pela ANS apontava

a consulta em R\$ 40,23, em média. Os planos coletivos, que já representam mais de 75% do mercado, podem ter reajustes anuais ainda maiores, pois é livre a negociação entre operadoras e as empresas e grupos contratantes.

Enquanto isso, segue sem fiscalização efetiva o descumprimento da Resolução (RN) ANS N° 71, que obriga as operadoras a definir, nos contratos com os médicos, os critérios e periodicidade de reajuste dos honorários.

Prazo de consulta põe pacientes contra médicos

Em junho a ANS publicou a Resolução nº 259 que definiu os prazos máximos em que as operadoras de planos de saúde devem prestar atendimento, como por exemplo de uma semana para consultas básicas e 21 dias para espe-

cialidades. Embora a regra seja dirigida aos planos de saúde, que devem garantir, no prazo estipulado, a consulta com qualquer profissional, muitos pacientes tiveram o entendimento de que o profissional específico, de sua

escolha, tem a obrigação de agendar a consulta no tempo determinado. O Cremerj entrou com ação judicial, com pedido de redimensionamento da norma da ANS, que já está interferindo na relação médico-paciente. “A regra

instiga o paciente a entrar em conflito com o médico, que já atende no seu limite devido aos baixos honorários. Não trabalhamos em linha de produção, como quer a ANS”, afirma Márcia Rosa, presidente do Cremerj.

Abramge orienta trabalhos de subcomissão da Câmara

O jornal O Globo denunciou que a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge) está orientando os trabalhos da Subcomissão Especial para Avaliar o Sistema de Saúde Complementar, que funciona desde abril junto à Comissão de Seguri-

dade Social e Família da Câmara dos Deputados. No dia 13 de julho o coordenador da COMSU e vice-presidente do CFM, Aloisio Tibiriçá Miranda, compareceu em audiência da Subcomissão juntamente com representantes da ANS, dos consumidores e das em-

presas. Na ocasião, afirmou: “estamos preocupados, pois o roteiro da nova legislação foi apresentado justamente por quem deve ser regulado, as operadoras. Questiono o fato de a Abramge estar ditando o roteiro desse trabalho, dessa subcomis-

são. Que isto fique em ata.” A subcomissão, presidida pelo deputado André Zacharow (PMDB-PR), está revendo a legislação dos planos e seguros de saúde e tem a tarefa de apresentar à Câmara a proposta de um novo marco regulatório para o setor.

Aumenta a insatisfação com os planos de saúde

Em São Paulo, pesquisa Cremesp/Datafolha mostrou que 74% dos 58.000 médicos que atendem planos de saúde consideram ruim ou péssima sua relação com as

operadoras. Em 2007 o descontentamento era menor: 43% dos médicos afirmavam na época que tinham problemas com os planos relacionados a baixos honorários,

glosa ou negação de consultas, internações, exames, procedimentos e outras medidas terapêuticas. Em 2011, segundo a pesquisa do Cremesp, na avaliação de 59%

dos médicos a relação do SUS com os profissionais é ruim ou péssima. Ou seja, os médicos estão mais insatisfeitos com os planos de saúde (74%) do que com o SUS.

Crescem as vendas e o lucro das operadoras

A mobilização dos médicos por melhores honorários ocorre em um momento de crescimento econômico- financeiro dos planos de saúde, o que vem sendo comemorado pelas operadoras.

O crescimento recorde do número de usuários de planos de saúde coincide com o bom desempenho da economia brasileira e é acompanhado pelo incremento das vendas e pelo aumento do lucro das empresas do setor. A Amil é a empresa que mais cresce e mais lucra: faturou R\$ 4,3 bilhões em 2010, um aumento de 16,7% em relação ao ano

anterior (veja quadro a seguir).

Análises do setor confirmam o crescimento. O Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS), financiado pelas operadoras, divulgou: “o cenário para a saúde suplementar como um todo é positivo. O bom desempenho do mercado de trabalho garante o ingresso de um número expressivo de beneficiários nos planos de saúde, especialmente nos coletivos (crescimento de 13,9% em 2010). O número de beneficiários de planos individuais também cresce, porém a taxas menores (5,4%).”

Planos de saúde, vendas e lucro em 2010

Empresa	Vendas em 2010 (em bilhões de reais)	Crescimento das vendas em relação a 2009* (em %)	Lucro Líquido legal em 2010 ** (em milhões de reais)	Numero de usuários
Amil	4,33	16,7	105,0	4.194.350
Intermédica	1,67	9,4	46,3	1.049.904
Amico Saúde	1,25	7,0	87,9	924.456
Golden Cross	1,57	0	43,8	807.734

Fontes: Melhores e Maiores – Exame/ e ANS - 2011

* Evolução da receita bruta de vendas, descontada a inflação média apontada pela variação do IGP-M

** Lucro depois de descontada a provisão para o imposto de renda e as contribuições sociais e ajustados os juros sobre o capital próprio, considerados como despesas financeiras.

OBS: As Seguradoras também tiveram crescimento de vendas em 2010: Bradesco Saúde (5,3%), Sulamérica Saúde (15,2%) e Maritima (16,9%) mas seus dados de faturamento e lucro não estão disponíveis desagregados por planos de assistência médico-hospitalar. As Unimed e Autogestões, por suas peculiaridades, não foram consideradas nesse quadro.

60% dos usuários têm queixas contra os planos de saúde

Pesquisa nacional realizada pelo CFM/Datafolha mostrou que seis em cada dez usuários tiveram, no último ano, alguma experiência negativa com o atendimento oferecido pelos planos de saúde. Veja a pesquisa em www.portalmedico.org.br e confira a seguir as reclamações mais comuns:

ATENDIMENTO

Demorou/enfrentou fila no pronto socorro, clínica ou laboratório
26%

Poucas opções de médicos, hospitais e laboratórios
21%

Teve que procurar o SUS
14%

HOSPITAL

Faltou vaga para internação
3%

Transferência de hospital
2%

Alta antes da hora
1%

PAGAMENTO

Pagamento de valor adicional para realizar consultas, exames ou procedimentos
19%

Não cobertura de procedimento/exame
12%

BUROCRACIA

Demora para autorização de exames/liberação de guias
13%

Não cobertura de procedimento/exame
12%

MÉDICO

Difícil marcar uma consulta médica
19%

O médico não atende mais o plano
18%

Assistência suplementar em números atuais (2011)

- 46.6 milhões de usuários de planos médico-hospitalares no Brasil
- 223 milhões de consultas e 4,7 milhões de internações/ano
- 9% foi a taxa de crescimento do setor em 2010 (9% em relação ao ano anterior, maior crescimento em 12 anos)
- 24,4 % é a taxa de cobertura nacional dos planos de saúde
- 1042 operadoras em atividade
- 18.4 bilhões de reais de faturamento só no primeiro trimestre de 2011 (R\$ 72,7 bi em 2010)

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiricá Miranda. Membros: Amílcar Martins Giron, Celso Murad, Dennis Burns, Florisval Meinão, Isaías Levy, Josélia Lima, Márcia Rosa de Araújo, Márcio Costa Bichara, Mário Antônio Ferrari, Paulo Ernesto, Renato Azevedo Júnior, Waldir Cardoso
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) - Tel: (61) 3445-5988 Fax: (61) 3246-0231 – e-mail comissoes@cfm.org.br