

A meta é o reajuste anual dos honorários

A COMSU acompanha de perto o Projeto de Lei nº 6964/2010, que torna o reajuste anual obrigatório e a existência de contratos entre as operadoras e seus prestadores de serviços. No dia 13 de agosto de 2010, na sede do Cremesp, aconteceu Plenária Especial com a presença

do deputado federal Arnaldo Faria de Sá (PTB-SP), relator do PL na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) da Câmara dos Deputados. Além dos membros da COMSU e da CAP – Comissão de Assuntos Políticos, que reúnem as entidades médicas nacionais, participa-

ram da plenária representantes do Cremesp, APM e Sindicato dos Médicos.

Originário do Senado, onde foi aprovado, o projeto tramita em caráter terminativo na Câmara dos Deputados, onde só resta ser apreciado pela Comissão de Constituição e Justiça, antes da aprovação final.

Resolução 71 não é cumprida

A aprovação do PL 6964 é fundamental, uma vez que as normas da ANS sobre contratualização não são cumpridas pelas operadoras. Até a conquista da lei, a recomendação da COMSU é que, em contratos firmados com operadoras de planos de saúde, os médicos devem cobrar a inserção de cláusula que garanta o reajuste dos honorários, como determina a Resolução Normativa da ANS 71/2004. A COMSU já encaminhou comunicado às entidades estaduais para orientar que utilizem a Resolução 71 na ANS nas negociações com os planos de saúde.

Contratos coletivos de trabalho

A diretoria da Federação Nacional dos Médicos (FENAM) vai passar a defender contratos coletivos de trabalho entre as operadoras de planos de saúde e médicos. A decisão foi tomada durante reunião realizada no dia 13/09

entre o presidente da FENAM, Cid Carvalhaes, e a assessoria jurídica da entidade, que decidiram retomar os entendimentos sobre o assunto com a intervenção da Procuradoria Geral do Trabalho (PGT) para tentar melho-

rar a forma de remuneração dos médicos por parte das operadoras. Atualmente, quase nenhuma operadora firma contratos escritos com os profissionais, o que, segundo a FENAM, gera vínculos precários de trabalho.

anote na agenda

22 DE SETEMBRO
QUARTA-FEIRA, NA SEDE DO CFM,
EM BRASÍLIA, DAS 9H ÀS 15H

Discussão de estratégias e articulação das entidades médicas.
Reunião ampliada da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), Comissão Nacional de Consolidação e Defesa da CBHPM (CNCD) e Comissão Nacional Pró SUS.

26 DE OUTUBRO
TERÇA-FEIRA, EM BRASÍLIA

MOBILIZAÇÃO NACIONAL

Pela valorização do médico e da assistência em saúde

TRIBUNAL REGIONAL FEDERAL LEGITIMA TABELA DE HONORÁRIOS

O Sindicato dos Médicos do Distrito Federal (SindMédico/DF) ganhou ação judicial (embora caíba recurso) contra multa aplicada pelo Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade). O sindicato havia sido multado por supostamente ter “influenciado” os médicos associados a usar a CBHPM. O SindMédico entrou com mandado de segurança na 9.ª Vara Federal do DF para tentar derrubar a multa, mas o pedido havia sido negado pelo juiz federal. Na ocasião, o magistrado

entendeu que o Cade – órgão vinculado ao Ministério da Justiça que fiscaliza abusos de poder econômico – agiu dentro das suas atribuições, e que a tabela da AMB contribui com a formação de cartel.

O sindicato apelou, então, ao TRF, alegando que a tabela – atualizada periodicamente desde a criação, em 1984, é um mecanismo essencial para a definição de parâmetros mínimos de valores cobrados em cada serviço, como procedimentos médicos e laboratoriais. Tam-

bém defendeu que o uso da tabela é uma forma de coibir a cobrança de preços ínfimos e, com isso, manter a integridade da profissão, além de proteger o paciente, porque lhe assegura um atendimento com um mínimo de eficiência.

A 5.ª Turma do Tribunal Regional Federal da 1.ª Região deu provimento à apelação. O relator do processo, desembargador federal João Batista Moreira, destacou, no voto, acompanhado por unanimidade o entendimento já consolidado do TRF em votações

de matérias semelhantes, no sentido de que a Tabela de Honorários Médicos não fere a ordem econômica, resguardada pelo artigo 20 da Lei 8.884/94. A fixação de tabela de honorários profissionais como referência, não compulsória, notadamente em um mercado plural e diversificado, é regular e constitucional, lembrou. O Ministério Público Federal também opinou em favor do SindMédico, ao declarar que a utilização da tabela não constitui prática limitadora da livre concorrência.

É hora de mudar a relação com os planos de saúde, conclui seminário

Com a participação de cerca de 200 representantes de entidades médicas, ANS e órgãos de defesa do consumidor, aconteceu no dia 20 de agosto, em São Paulo, na sede do Cremesp, o seminário *A Relação entre os Médicos e os Planos de Saúde*, que tratou dos principais impasses da ausência de regulação entre as operadoras e os prestadores de serviços. A seguir, algumas declarações de participantes. A cobertura completa pode ser confe-

rida no site www.cremesp.org.br

Propósito único

“Os médicos já sinalizam que a situação é insustentável. Temos acompanhado o crescimento das mobilizações, que são estaduais e locais, dirigidas a planos de saúde específicos ou por especialidades. O importante é que todos tenham um propósito único, o que ficou claro nas diretrizes aprovadas no Encontro Nacional de Entidades Médicas – ENEM, que nortearão a

atuação da COMSU, comissão nacional que tem justamente o papel de informar e aglutinar o movimento”.

Aloisio Tibiriçá Miranda, coordenador da COMSU e vice-presidente do CFM.

Cartel dos planos

“A cartelização das operadoras deve ser enfrentada com união e convergência das entidades médicas. A ANS não estimula, mas alberga o comportamento das operadoras de não cumprir a contratualização”. **Cid Célio Carvalhaes**, presidente

da Federação Nacional dos Médicos (Fenam).

Perda de domínio

“As operadoras deixaram de cumprir a tabela e criaram seus próprios indicadores, iniciando a fase em que o médico perdeu o domínio sobre seus honorários. A situação piorou com a proibição do Cade, que impediu as entidades de lutarem por honorários dignos”. **Florisval Meinão**, 1º tesoureiro da Associação Médica Brasileira (AMB).

Pediatras do Paraná e Espírito Santo dão exemplo de luta

Em todo o país, comissões estaduais e especialidades médicas estão em processo de negociação de melhores honorários com planos de saúde

Está previsto para 15 de setembro o início do descenciamento dos médicos pediatras do Paraná, caso não recebam resposta concreta dos planos de saúde quanto às reivindicações de reajuste de honorários. No início do mês a Sociedade Paranaense de Pediatria (SPP) oficializou documento junto às operadoras solicitando o mínimo de R\$ 80,00 por consulta médica. Atualmente os planos no Paraná pagam de R\$ 15 a R\$ 42 por consulta. De acordo com Gilberto Pascolat, da SPP, cerca de 80% dos pediatras do Paraná deixaram de atender planos de saúde, o que passou a refletir no tempo que os usuários dos

planos levam para marcar uma consulta com esse profissional, que pode chegar a até três meses.

No Espírito Santo

Após mobilização, os pediatras do Espírito Santo voltaram a atender vários planos de saúde depois que tiveram o valor da consulta reajustado para R\$ 60,00. O valor médio, por consulta, não passava de R\$ 39,00. Segundo Mario Tironi Júnior, integrante da comissão honorária da Sociedade Espírito-Santense de Pediatria (Soespe), os pediatras aceitaram temporariamente a proposta, mas o objetivo é conseguir R\$ 80,00 por consulta. “A nossa mobilização deu resultado, mas ainda

não é o que necessitamos para manter os consultórios funcionando”, anunciou.

No Distrito Federal

Pediatras de todo o país seguem o exemplo dos médicos pediatras do Distrito Federal, que desde 2009 se mobilizaram e decidiram romper os contratos e boicotar a maioria dos planos. No DF, os planos pagavam, em média, em média, R\$ 48 por consulta. Os pediatras exigiam um reajuste para R\$ 90 por atendimento. A Sociedade Brasileira de Pediatria considera vitorioso o movimento, pois boa parte dos convênios hoje paga entre R\$ 65,00 e R\$ 88,00 a consulta. Além disso, as consultas de retorno passa-

ram a ser pagas aos médicos, assim como as visitas aos pacientes internados.

Ortopedistas mobilizados

Após mobilização em vários estados, os ortopedistas se reúnem em Fórum sobre Dignidade e Defesa Profissional durante o Congresso Brasileiro de Ortopedia e Traumatologia, de 13 a 15/11, em Brasília. Antes disso, no dia 18/09, no Rio de Janeiro, acontece o 5º Fórum Cremerj/SBOT-RJ – “A Ortopedia na Saúde Suplementar”, no auditório do Cremerj.

PARTICIPE!

01/10 - RIO DE JANEIRO

- FÓRUM SOBRE SAÚDE SUPLEMENTAR,

AUDITÓRIO DO CREMERJ – WWW.CREMERJ.ORG.BR

05/11 - VITÓRIA

- 1º FÓRUM MÉDICO DE DEFESA

PROFISSIONAL DO CRM-ES: WWW.CRM-ES.ORG.BR

ANS discutirá remuneração e modelo de pagamento

A ANS divulgou que espera reunir 800 participantes nos dias 29 e 30 de setembro, em São Paulo, para a apresentação de balanços e perspectivas do setor. No dia 30 de setembro, um dos temas previstos é *Prestadores de Serviços, remuneração e*

contratualização, assunto de interesse dos médicos. O evento é fechado para convidados e as inscrições estarão abertas no site da ANS: www.ans.gov.br.

Agenda para 2011

A ANS também anunciou o que chama de “Agenda Regulatória 2011”, um con-

junto de temas prioritários, segundo a ANS necessários para o equilíbrio do setor.

A Agenda, que será tratada pela Câmara de Saúde Suplementar da ANS ao longo de 2011, inclui o tema “Modelo de pagamento a prestadores”. Os outros assuntos são:

Modelo de financiamento do setor, garantia de acesso e qualidade assistencial, assistência Farmacêutica, incentivo à concorrência, garantia de acesso a infortificação contratos antigos, assistência ao idoso, integração da saúde suplementar com o SUS.

Planos de saúde miram classes C, D e E

Médicos de todas as regiões brasileiras devem acompanhar as mudanças

O crescimento econômico e o aumento na renda dos brasileiros nos últimos anos criou um novo mercado de planos de saúde para as classes C, D e E. As principais operadoras colocaram à venda planos populares, com mensalidades reduzidas e rede credenciada “enxuta”. O impacto desse novo fenômeno para médicos e pacientes ainda precisa ser analisado, mas há indícios de que tanto a remuneração dos prestadores quanto a qualidade da assistência poderão ser prejudicadas.

De acordo com pesquisa do instituto Data Popular, realizada com três mil pessoas em 143 municípios, 59% dos brasileiros da classe A e B já contam com planos de saúde, contra 44% da classe C e 16% da classe D e E, revelando o potencial de crescimento do mercado.

Além de pessoas de baixa renda, pequenas e médias empresas passaram a comprar planos de saúde para seus funcionários. Neste caso, os contratos não tem o mesmo alcance da lei, se comparados aos contratos individuais, podendo haver

reajustes por sinistralidade e rescisão unilateral, sempre que o negócio deixar de ser vantajoso para a operadora

Caixa Econômica

Conforme divulgado na mídia, a presidente da Caixa Econômica Federal, Maria Fernanda Gomes Coelho, anunciou que o banco está fazendo um estudo sobre a viabilidade de entrar no ramo do seguro de saúde. Segundo ela, o mercado tem um potencial de crescimento muito grande nesta área com a inclusão de clientes que hoje não têm condições financeiras de pagar um plano de saúde. “É um segmento do qual participam as demais instituições financeiras e é estratégico para nossa instituição oferecer esses produtos e serviços, sobretudo para as camadas mais baixas da população”, disse à imprensa.

Acompanhamento

A COMSU e as entidades médicas irão acompanhar atentamente os possíveis desdobramentos deste novo cenário que poderá se expandir para estados e regiões que hoje tem baixa concentração de planos de

saúde. Em levantamento preliminar (Quadro abaixo) percebe-se que a concentração de médicos é maior justamente nos estados que têm maior cobertura de planos saúde (onde mais de 15% da população têm

convênio médico). O aumento da compra de planos de saúde pelas classes C, D e E, sobretudo nas regiões Norte e Nordeste, em ascensão econômica, poderá ter impacto no mercado de trabalho dos médicos.

UNIDADE DA FEDERAÇÃO	TAXA DE MÉDICOS/ 1.000 HABITANTES	TAXA DE COBERTURA* DE PLANOS DE SAÚDE
Distrito Federal	3,56	23,3
Rio de Janeiro	3,39	34,6
Goiás	3,00	12,9
São Paulo	2,44	41,9
Rio Grande do Sul	2,17	22,5
Espírito Santo	1,90	29,5
Santa Catarina	1,75	22,4
Minas Gerais	1,74	22,4
Paraná	1,65	21,2
Mato Grosso do Sul	1,49	15,7
Pernambuco	1,37	13,5
Roraima	1,29	6,0
Tocantins	1,23	5,8
Rio Grande do Norte	1,22	14,5
Paraíba	1,18	8,7
Mato Grosso	1,14	11,2
Alagoas	1,10	9,0
Bahia	1,05	9,2
Amazonas	1,04	11,4
Ceará	0,98	10,5
Amapá	0,97	10,2
Rondônia	0,95	9,5
Acre	0,92	6,3
Piauí	0,87	5,6
Sergipe	0,81	11,6
Pará	0,75	9,3
Maranhão	0,62	4,7

Fontes: CFM e ANS

* porcentagem da população que tem plano de saúde

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiriçá 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