



José Luiz Gomes do Amaral, AMB; Roberto D'Ávila, CFM e Cid Carvalho, FENAM: presidentes das entidades médicas se posicionam sobre a recomposição da ANS

Entidades médicas querem ANS isenta de conflitos de interesse

As entidades médicas nacionais – AMB, CFM e FENAM – divulgaram nota, também encaminhada à Casa Civil da Presidência da República, Ministério da Saúde, Câmara e Senado Federal, pedindo que não haja conflito de interesses na escolha dos novos diretores da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Devido ao término de mandatos, o Governo Federal deverá indicar nomes para ocupar a Diretoria de Gestão e a Diretoria de Desenvolvimento Setorial da ANS. Confira o documento na íntegra:

Nota de posicionamento

“As entidades médicas nacionais – representadas

pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam) – vêm manifestar preocupação quanto à recomposição da Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), tendo em vista o término dos mandatos do Diretor de Gestão e do Diretor de Desenvolvimento Setorial.

Avaliamos que a ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse da sociedade na assistência suplementar, setor que atualmente envolve mais de 42 milhões de pessoas assistidas pelos planos e seguros de saúde, sendo

que suas decisões são tomadas de forma colegiada.

Sendo assim, a presença de diretores comprometidos com o sistema de saúde brasileiro, com o interesse público e desvinculados de interesses privados, típicos do mercado regulado, é imprescindível para assegurar a necessária isenção na tomada de decisões que afetam a saúde e a vida de milhões de brasileiros.

Nesse sentido, as entidades médicas nacionais ressaltam a necessidade imperiosa de que as indicações para compor a diretoria da ANS se pautem por perfis de profissionais detentores de conhecimento técnico, de reputação ilibada e de re-

conhecida idoneidade moral e ética. Esse cuidado garantirá a independência nas decisões do órgão e a ausência de conflitos de interesses, contribuindo para que prevaleça o interesse público nas ações de normatização, controle e fiscalização das atividades dos planos e seguros de saúde privados. Esperamos contar com a sensibilidade e a compreensão de Vossa Senhoria no sentido de acolher o alerta feito com o objetivo maior de preservar o interesse da sociedade.”

Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam).

Como está a composição

A ANS é composta por cinco diretores com mandatos não coincidentes, de três anos, com possibilidade de prorrogação por mais três anos. A indicação dos diretores é um processo político. O Presidente da República envia os nomes

ao Senado, onde eles são sabatinados em audiência pública. Se aprovados, são nomeados. Com duas diretorias em aberto por causa do fim dos mandatos de Alfredo Cardoso e Hélio Cordeiro, a atual composição da ANS é a se-

guinte: Mauricio Ceschin, Diretor-presidente e Diretor da Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO); Leandro Reis Tavares, Diretor de Normas e Habilitação das Operadoras (DIOPE) e Diretor-interino da Diretoria de Desen-

volvimento Setorial (DIDES) – até a nomeação de novo diretor; Eduardo Marcelo de Lima Sales, Diretor da Diretoria de Fiscalização (DIFIS) e Diretor-interino da Diretoria de Gestão (DIGES) – até a nomeação de novo diretor.

CRM pode julgar diretor de plano de saúde, diz STJ

Em acórdão favorável ao Cremerj, o Superior Tribunal de Justiça – STJ sedimentou entendimento de que os Conselhos Regionais de Medicina podem julgar eticamente o médico diretor-técnico de Plano de Saúde por violação ao Código de

Ética Médica e a outras resoluções.

Conforme a Segunda Turma do STJ, “é inadmissível que o médico, no exercício de atividade direta ou indiretamente associada à Medicina, se esconda por trás do biombo de pessoas jurí-

dicas para se furtar à disciplina dos Conselhos”.

Segundo o STJ, assim como a ANS tem poder fiscalizatório sobre a operadora de plano de saúde, o CRM conta com atribuição para julgar a conduta ética do diretor-técnico médico.

“São órbitas ético-jurídicas distintas, tanto para fiscalização como para imposição de sanções”, concluiu o Supremo.

Referência: (STJ Proc. 2007/0298859-0 - 2ªT. - DJ 26.08.2010)

ANS exclui os médicos da “agenda regulatória”

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) apresentou, no dia 3 de novembro, a forma com que pretende abordar cada um dos assuntos considerados prioritários para a regulamentação dos planos de saúde no próximo ano. Trata-se do detalhamento dos eixos temáticos anteriormente divulgados pela ANS, que irão compor a chamada “Agenda Regulatória 2011”.

Ao divulgar as ações es-

pecíficas, chama a atenção que não foram mencionadas pela ANS a contratação entre médicos e operadoras, as interferências dos planos de saúde na autonomia profissional e a recomposição dos honorários médicos.

No eixo “Modelo de pagamento a prestadores”, a ANS destaca apenas duas metas: “estimular a adoção, pelo setor, de codificação única para procedimentos médicos; promover pacto

setorial para a definição de estímulos e mecanismos indutores para nova sistemática de remuneração dos hospitais.”

GT não avançou

No início de 2010 a ANS criou um Grupo de Trabalho (GT) sobre Honorários Médicos, composto por representantes de entidades médicas e de operadoras. O objetivo, dizia a ANS, era debater critérios técnicos a serem adotados na

hierarquização dos procedimentos médicos, tomando como base a CBHPM, bem como discutir critérios de reajuste para a recomposição do ganho médico. Durante as discussões as operadoras mostraram-se intransigentes e descartaram a possibilidade de negociação dos valores e periodicidade dos reajustes dos honorários médicos. Ainda não houve avanço da ANS na intermediação dessa questão.

Operadoras de planos de saúde X hospitais e clínicas

Não só os médicos (*ver pesquisa à página 4*) tem problemas com os planos de saúde. Recente estudo do Sindhosp mostrou que também é difícil o relacionamento entre operadoras, hospitais e clínicas.

O levantamento realizado pelo Vox Populi, que ou-

viu 194 estabelecimentos de saúde mostrou que algumas das práticas prejudicam, por tabela, o profissional médico. Mais da metade dos hospitais pesquisados (54,9%) afirma, por exemplo, que há transferências de pacientes para hospitais próprios das

operadoras.

A Amil é apontada como a operadora que mais transfere pacientes para sua rede própria, seguida da Green Line, Medial e Intermédica. Demora para autorização de procedimentos, glosas, atrasos de pagamento (inclusive

de valores a serem repassados às equipes médicas) são alguns dos problemas enfrentados pelos estabelecimentos.

A pesquisa completa está disponível em:
www.sindhosp.com.br

Movimento em Campinas foca contratos irregulares

O Movimento em Defesa do Aumento dos Honorários Médicos para Campinas e Região constatou, em análise preliminar, irregularidades em 12 contratos de operadoras de planos de saúde da região. Para o estudo jurídico, as entidades solicitaram que os contratos fossem entregues sem a identificação do médico, se comprometendo com o

sigilo dos profissionais.

As irregularidades identificadas serão denunciadas ao CRM e ao Ministério Público. O Movimento é organizado pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas (SMCC), Sindicato dos Médicos de Campinas e Região (Sindimed), Associação Paulista de Medicina (APM) e Conselho Regional de Medicina do Estado de

São Paulo (Cremesp).

Conforme recomendação da COMSU, enquanto tramita na Câmara dos Deputados o Projeto de Lei nº6964/2010 —que, se aprovado, tornará o reajuste anual obrigatório—, as entidades devem exigir que os contratos firmados entre operadoras e médicos contenham cláusula com critérios e periodicidade de rea-

juste dos honorários, como determina a Resolução Normativa da ANS 71/2004.

0800 para denúncias.

Além de iniciativas como a das entidades de Campinas, a Associação Paulista de Medicina (APM) mantém um telefone com ligação gratuita (**0800 173313**) para que médicos de todo o Estado de São Paulo denunciem irregularidades nos contratos

Cresce o movimento dos GOs e cirurgiões vasculares

No dia 30 de novembro, os ginecologistas e obstetras (GOs) de São Paulo interromperam por 24 horas o atendimento eletivo de planos de saúde, garantindo o atendimento a urgências e emergências.

Convocado pela Sogesp, o movimento é mais um alerta às empresas de planos de saúde, em protesto aos aviltantes honorários recebidos atualmente pelos especialistas de São Paulo. Segundo avaliação do movimento, houve maciça adesão dos GOs, tanto na capital como na grande São Paulo e no interior.

Durante a ação os médicos denunciaram que há planos que pagam hoje o valor bruto de R\$ 25,00 ou menos por uma consulta, restando ao médico cerca de R\$ 5,00 depois de descontados tributos e despesas para manutenção do consultório. “O parto, procedimento em que temos duas vidas importantes em nossas mãos, a da mãe e a do bebê, tem sido remunerado, por alguns planos, em até R\$ 200,00, cinco vezes menos do que recebe o cinegrafista do parto”, afirmou a SOGESP.

Em comunicado, o movimento afirmou que a pa-

ralização está pautada no Código de Ética Médica, sendo direito do médico suspender suas atividades quando diante de condições inadequadas para o exercício profissional ou de remuneração indigna e injusta. Os especialistas orientaram as pacientes a remarcar consultas e outros procedimentos agendados para o dia 30 para outras datas, esclarecendo que o movimento é também uma contribuição para melhorar a qualidade do atendimento prestado à população.

Cirurgiões vasculares

A Sociedade Brasileira

de Angiologia e de Cirurgia Vascular (SBACV) lançou no dia 1º de dezembro campanha por melhor remuneração e deu prazo de 60 dias para que os planos de saúde apresentassem proposta de negociação. Segundo o presidente da SBACV, Guilherme Pitta, a ação visa cobrar das operadoras de saúde a implantação da 5.ª edição da CBHPM, que estipula o valor mínimo da consulta em R\$ 52, assim como pretende demonstrar a responsabilidade da ANS em arbitrar a relação entre médicos e planos de saúde.

Médicos devem receber diretamente das operadoras, define CRM-DF

O Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal editou em 28 de outubro a Resolução CRM/DF nº 317/2010, na qual define princípios para a celebração dos contratos en-

tre os estabelecimentos de saúde e as operadoras de planos de saúde. A iniciativa do CRM-DF, que conta com o apoio de hospitais e clínicas, determina que os honorários sejam pa-

gos pelos planos de saúde diretamente aos médicos. Hoje, muitas operadoras pagam aos estabelecimentos, que só depois repassam aos médicos. A Resolução esclarece que

cabe às entidades médicas a responsabilidade em negociar valores dos serviços prestados pelos médicos. O texto pode ser consultado em: **www.crmdf.org.br**.

PESQUISA

Planos de saúde interferem na autonomia dos médicos

A maioria dos médicos brasileiros (92%) denuncia pressões e interferências dos planos de saúde. Um plano de saúde de auto-gestão (Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil - CASSI), um representante da Medicina de Grupo (Amil), e uma seguradora (Bradesco Saúde) são, na opinião dos médicos de todo o país, as operadoras que mais interferem na autonomia profissional. Essas são algumas das conclusões de pesquisa nacional inédita, divulgada em 1º de dezembro, realizada

pelo Datafolha a pedido da Associação Paulista de Medicina (APM) e da Associação Médica Brasileira (AMB), com o apoio do Conselho Federal de Medicina (CFM).

A pesquisa ouviu 2.184 médicos, contemplando os 26 estados brasileiros e

o Distrito Federal. Tendo como referência uma escala de 0 a 10, os médicos atribuíram, em média, nota 5 para as operadoras. Só foram entrevistados médicos que trabalharam com, no mínimo, três planos de saúde nos últimos cinco anos.

**PIORES PLANOS DE SAÚDE
(DESEMPENHO DOS PLANOS DE SAÚDE POR REGIÃO)**

	Paga Pior	Mais Burocrático	Pior Plano
Sudeste	Medial, Amil, CASSI	CASSI, Bradesco, Sul América	Medial, Amil, CASSI
Sul	Ipe, CASSI	CASSI	Ipe, CASSI
Nordeste	Hapivida, GEAP, Medial	CASSI, GEAP	Hapivida, GEAP
Norte	Hapivida, GEAP, Unimed Belém	Hapivida, GEAP, Unimed Belém	Hapivida, GEAP
Centro-Oeste	GEAP, Ipasgo, Amil	GEAP, Ipasgo, Amil, CASSI	GEAP

Os dados completos da pesquisa, por regiões e estados brasileiros, estão no site da APM. Veja em www.apm.org.br

OS PRINCIPAIS RESULTADOS

8 planos ou seguros saúde: em média, é o número aos quais os médicos estão credenciados.

80% das consultas são realizadas por meio de planos de saúde, e 20% são consultas particulares, dentre os médicos que atuam na saúde suplementar

92% dos que atendem planos de saúde sofrem interferência das operadoras na autonomia técnica do médico. Os principais problemas são:

- glosa e recusa de pagamento de procedimentos e medidas terapêuticas (78%)
- pressão para reduzir o número de exames e procedimentos (75%),
- restrições a doenças pré-existentes (70%)
- atos diagnósticos e terapêuticos mediante a designação de auditores (70%),
- interferência no tempo de internação de pacientes (55%),
- não autorização da prescrição de medicamentos de alto custo (49%),
- interferência no período de internação pré-operatório (48%)

OPINIÃO

“São estarrecedores os níveis de interferência dos planos de saúde na autonomia do médico. Os planos não oferecem aquilo que dizem ofertar. Dentre os efeitos dessas práticas, que até hoje não foram regulamentadas pela ANS, destaca-se a crescente judicialização da saúde e a perda de credibilidade do segmento da saúde suplementar.”

José Luiz Gomes do Amaral, presidente da AMB

“Os planos não aceitam o que é melhor para os pacientes, que, ao final, são os maiores prejudicados. Em algumas especialidades, os usuários de planos têm grande dificuldade em marcar consultas, pois muitos colegas estão desistindo de atender pelos convênios, criando um mercado paralelo”.

Jorge Machado Curi, presidente da APM

“Fica evidente que os médicos têm hoje conceito muito ruim dos planos de saúde, que são também mal avaliados pela população. A ANS precisa apresentar uma solução para a ausência de contratos claros e justos entre os médicos e as operadoras. É inadiável a definição da periodicidade anual do reajuste e a recomposição dos honorários médicos.”

Aloísio Tibiriçá Miranda, 2º vice-presidente do CFM e coordenador da COMSU

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiriçá Miranda. Membros: Amílcar Martins Giron, Celso Murad, Dennis Burns, Florisair Meinão, Isaiás 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