

## Contrato coletivo e reajuste têm mediação do MPT

Após o diálogo com o movimento médico, o Ministério Público do Trabalho (MPT) está convencido da necessidade de buscar mecanismos de maior proteção aos médicos que prestam serviços aos planos de saúde. No dia 4 de janeiro, em Brasília, o procurador do MPT, Ricardo José Macedo de Brito Pereira, mediou uma reunião entre a Federação Nacional dos Médicos (FENAM) e a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) na sede

a Procuradoria Geral do Trabalho. O encontro tratou da ausência de critérios de reajustes de honorários, regras de credenciamento e descredenciamento de profissionais, hierarquização de procedimentos médicos, tipo de vínculo e falta de regulamentação na relação entre médicos e operadoras.

### Contrato coletivo

Segundo o presidente da FENAM, Cid Carvalhaes, a entidade apresentou ao MPT a proposta de estipular

um contrato coletivo entre operadoras de planos de saúde e médicos, com a intervenção e a regulação da ANS. Regras gerais sobre reajustes anuais dos honorários médicos e critérios para credenciamento e desligamento dos médicos dos planos de saúde fariam parte desse contrato.

Também foram levados ao MPT dados sobre os baixos valores pagos pelos planos de saúde aos médicos, muitas vezes abaixo dos custos de manutenção

da atividade profissional.

A ANS sustenta que não tem dispositivos legais para intervir na política de reajuste, pois trata-se uma questão a ser negociada entre os médicos e operadoras. A ANS também disse ao MPT que as normas de contratualização até agora editadas não têm funcionado na prática.

Nova reunião entre o MPT, representantes das três entidades médicas nacionais e ANS estava agendada para o dia 3 de fevereiro.

## Planos de saúde não podem definir prazo entre consultas

Os planos de saúde e demais instituições de assistência médica não podem estabelecer prazo de intervalo entre consultas, pois isso interfere na autonomia do médico e prejudica a relação médico-paciente. É o que estabelece a Resolução CFM nº 1.958/2010, publicada no dia 10 de janeiro de 2011, que trata do retorno

à consulta e das prerrogativas do médico em fixar os prazos necessários.

Diante da desobediência da Resolução, os diretores técnicos dos planos de saúde poderão responder a processos ético-profissionais nos Conselhos Regionais de Medicina.

### Honorários

Quando o retorno do paciente está ligado à pro-

blema de saúde distinto da primeira consulta, o plano de saúde (ou o paciente particular) deve remunerar o médico pelo novo ato profissional.

O médico também deve receber novos honorários sempre que a situação demandar nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica, mes-

mo em casos de pacientes crônicos e de doenças com tratamentos prolongados.

Apenas no caso de continuidade da consulta, em que o retorno é necessário para a leitura de exames complementares, não devem ser cobrados novos honorários.

*Acesse a Resolução CFM 1958 em: [www.portalmedico.org.br](http://www.portalmedico.org.br)*

### ANOTE NA AGENDA

**18 DE FEVEREIRO**  
DAS 9H ÀS 15H, SEXTA-FEIRA, EM SÃO PAULO

**DISCUSSÃO DE ESTRATÉGIAS  
DE MOBILIZAÇÃO DAS ENTIDADES MÉDICAS.**  
Na sede da Associação Paulista de Medicina

REUNIÃO AMPLIADA DE LIDERANÇAS MÉDICAS, COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU),  
COMISSÃO NACIONAL DE CONSOLIDAÇÃO E DEFESA DA CBHPM.

## Fenasaúde abre diálogo e acena com proposta

Mesmo com várias rodadas de discussão, o Grupo de Trabalho da ANS, criado em 2010 com a participação das entidades médicas e operadoras, não registrou avanços na definição de critérios de reajuste de honorários médicos. Isso aconteceu por causa da não aceitação, por parte dos representantes dos

planos de saúde, das propostas apresentadas. Agora, a Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaúde), mencionou a aceitação dos procedimentos da CBHPM e acenou com a possibilidade de um acordo que pode resultar no estabelecimento de um critério de reajuste anual.

A Fenasaúde é a repre-

sentante institucional de 27 grandes operadoras, incluindo todas as seguradoras e algumas empresas de Medicina de Grupo, como Amil, Golden Cross, Medial Saúde e Intermédica. Juntas, as filiadas da Fenasaúde dominam 37% do mercado de planos de saúde.

As entidades médicas na-

cionais —CFM, AMB e FENAM— irão avaliar a proposta da Fenasaúde, que inclui uma database de reajuste. Ainda que seja insuficiente, pode representar um avanço e em nada prejudicará a continuidade do movimento médico pela efetiva implantação da CBHPM em sua totalidade.

## Resolução da ANS sugere avaliar desempenho de prestadores

A ANS lançou em dezembro de 2010 a consulta pública nº 36 sobre Acreditação de Operadoras, resolução que visa avaliar os serviços disponibilizados pelas operadoras, por meio de indicadores de qualidade.

No processo de Acreditação dos planos de saúde proposto pela ANS, um dos parâmetros para a pontuação é a “dinâmica da quali-

dade e desempenho da rede prestadora”, o que pode incluir a avaliação e o desempenho do trabalho médico.

Diante das preocupações levantadas pela COMSU, o presidente do CFM, Roberto D’Ávila, encaminhou ao Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar, Mauricio Ceschin, solicitação para que a ANS convoque as entidades mé-

dicas nacionais para um debate sobre a proposta.

Para o coordenador da COMSU, Aloisio Tibiriçá Miranda, “se não houver análise mais criteriosa, a resolução pode resultar em uma ação indireta da ANS, por meio das operadoras, nos processos e critérios de qualificação dos prestadores. O que é pior, sem discussão com os médicos.”

O presidente da Confederação Nacional de Saúde (CNS), entidade que reúne hospitais e estabelecimentos de saúde, José Carlos Abrahão, manifestou posição semelhante ao CFM e sugeriu à ANS a formação de um Grupo de Trabalho, com a participação dos prestadores, para debater o conteúdo da resolução antes de sua publicação.

## Por que os pacientes sofrem com a demora de agendamento?

Aberta para sugestões até o dia 3 de março de 2011, a consulta Pública nº 37, da ANS, prevê o cumprimento de prazos máximos para atendimento às necessidades de saúde dos usuários, tais como a realização de consultas, exames e internações. A operadora fica obrigada a garantir, em prazo razoável, a disponibilidade de prestadores para atender as coberturas previstas em lei.

No caso da consulta básica (em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia, cardiologia e ortopedia e traumatologia) o usuário deve ser atendido no máximo em sete dias úteis. Já nas demais especialidades médicas o plano de saúde é obrigado a garantir a consulta em 14 dias úteis. Atualmente, o agendamento de consultas, exames e cirurgias eletivas pode demorar

meses, dependendo da especialidade.

Para a COMSU, essa é uma oportunidade de discutir também a ausência de regulação entre operadoras e prestadores. A demora no atendimento não tem relação com a falta de normas, mas é, sim, reflexo da baixa remuneração, que têm tirado muitos médicos de seus consultórios. Como os honorários não cobrem

os custos de manutenção, os médicos têm buscado outras formas de trabalho e remuneração. Soma-se o descredenciamento unilateral de médicos e a existência de planos de saúde com rede credenciada restrita, que nem sequer atende as demandas dos usuários. Em algumas especialidades, como pediatria e neurologia, já faltam profissionais para atender a população.

## MOVIMENTO

# Pediatras são exemplo de mobilização

Depois do movimento vitorioso dos pediatras do Distrito Federal, em 2009, quando romperam contratos e boicotaram os planos de saúde —que pagavam, em média, R\$ 48 por consulta e hoje pagam entre R\$ 65,00 e R\$ 88,00—, seguidos pelos pediatras de Paraná e Espírito Santo, em processo de negociação, o movimento chega agora ao Nordeste. Os pediatras de Sergipe suspenderam, em 24 de janeiro, o atendimento aos usuários de 14 planos de saúde do Estado devido ao valor irrisório pago pelas operadoras, entre R\$ 30 e R\$ 38 a consulta. A paralisação teve início porque as operadoras não deram respostas aos pediatras, que reivindicam o mínimo de R\$ 60 a R\$ 80 por consulta.

Para discutir o impasse, no dia 28 de janeiro, representantes da Sociedade Sergipana de Pediatria, do Sindicato dos Médicos, do Conselho Regional de Medicina e da Sociedade Médica de Sergipe reu-

niram-se com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e com a Coordenadoria Estadual de Proteção e Defesa do Consumidor (Procon).

A presidente da Sociedade Sergipana de Pediatria, Glória Tereza Lopes, está confiante. “Tivemos grande adesão dos colegas pois nossa proposta foi encaminhada aos planos e, como não responderam, nosso entendimento foi de que estavam quebrando os contratos. Além da união da nossas entidades, foi bom trazer a ANS e Procon, pois tudo isso agiliza a solução.”

Até o fim das negociações o movimento recomenda aos usuários dos planos de saúde que ainda não negociaram com os pediatras, que paguem pelas consultas e solicitem recibos para que seja possível o ressarcimento.

## MOBILIZAÇÃO

**Ginecologistas e obstetras:** Em São Paulo, a

Sogesp, que havia lançado campanha de denúncia de baixos honorários e promovido um dia de paralisação em novembro de 2010, sinaliza com novas mobilizações, caso não surtam efeito as negociações em curso com as principais operadoras.

**Anestesistas:** No final de outubro do ano passado, cerca de 70% dos anestesistas de São Paulo suspenderam o atendimento por 24 horas. Até o momento, as operadoras não deram respostas satisfatórias e a Saesp já prepara nova etapa de paralisações.

### **Cirurgiões vasculares:**

A Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular (SBACV) está concluindo uma rodada de 60 dias de negociações com os planos de saúde. Para 10 de fevereiro está programada uma reunião para avaliar os resultados. Se não atingirem os objetivos, os especialistas podem iniciar uma paralisação.

**Ortopedistas e traumatologistas:** Conforme discutido no 1º Fórum Nacional de Defesa Profissional da SBOT, que aconteceu durante o Congresso Brasileiro da especialidade, em novembro passado, os médicos apresentaram às operadoras a reivindicação do mínimo de R\$ 80 a consulta. Em fevereiro, a SBOT vai avaliar se ocorreram avanços, não descartando a possibilidade de paralisação.

**Urologistas:** A Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) vai deflagar em breve uma campanha nacional para demonstrar o aviltamento da especialidade, que recebe dos planos, por exemplo, R\$ 25 por uma cirurgia de fimose. Estudo da Fundação Getúlio Vargas (FGV) mostra que os urologistas tiveram perdas de até 70% nos valores pagos por procedimentos em menos de 10 anos. Uma das propostas da SBU é deixar de atender alguns convênios.

## MOVIMENTO SINDICAL

Os sindicatos médicos da Região Sul estarão reunidos nos dias 11 e 12 de março, em Florianópolis, para discutir, entre outros temas, a remuneração na saúde suplementar. Mais informações : [www.fenam.org.br](http://www.fenam.org.br)

## Faturamento dos planos de saúde cresce 76% em cinco anos

Em dezembro de 2010 a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) divulgou os novos dados do setor. No Brasil já são 44,8 milhões de usuários de planos de saúde, com 23% da população coberta por planos de assistência médica e 1.061 operadoras médico-hospitalares.

O número de usuários, que apresentava tendência de estabilização, com aumento em torno de 5% ao ano, mostrou pela primeira vez, em 2010, aumento acima de 8%.

O avanço do setor está ligado ao descontentamento em relação ao sistema público de saúde, mas principalmente ao desempenho da economia, ao crescimento da produção e do consumo, e ao nível de emprego formal

(os planos coletivos representam 73% do mercado).

### Movimentação recorde

Os planos de saúde nunca faturaram tanto. Além da elevação do número de contratos, há o reajuste anual autorizado pela ANS (no caso de planos coletivos o aumento é sempre maior), o aumento por faixas etárias e a possibilidade de o plano de saúde lançar mão de reajustes residuais, por sinistralidade ou por revisão técnica. Nenhum desses reajustes é repassado aos médicos.

Em 2011, os planos de saúde devem faturar mais de R\$ 70 bilhões. Em cinco anos, de 2005 a 2009 (veja quadro abaixo), tiveram 76,4% de incremento na movimentação financeira, passando de R\$ 37,1 bilhões para R\$ 65,4 bilhões.

No mesmo período, a variação do valor pago por uma consulta médica não chegou a 30%. Isso, utilizando dados da ANS, a partir de informações oficiais das operadoras, pois as entidades médicas apontam valores inferiores. A ANS divulga o custo médio anual por item de despesa (no caso, a consulta) das operadoras, calculado como a relação entre o gasto da operadora por consulta e o número de consultas realizadas (informados pelos próprios planos de saúde ao Sistema de Informações de Produtos - SIP).

### A “fatia” dos médicos

Em 2009, as operadoras médico-hospitalares obtiveram uma receita de contraprestações de R\$ 64,2 bilhões, com mensalidade média por usuário de R\$ 116,24. Segundo a ANS, as despesas assistenciais (médicos, laboratórios, hospitais, demais prestadores e insumos) consumiram R\$ 53,3 bilhões. Do restante, saíam os lucros das operadoras e seus gastos com promoção, marketing, corretagem, despesas operacionais, administrativas e com recursos humanos.

No entanto, as planilhas de custos detalhadas dos planos de saúde são verdadei-

ras “caixas-pretas”. Não se sabe qual é a real participação dos médicos nas despesas assistenciais dos planos de saúde. O lucro do setor também não aparece nas contabilidades disponíveis.

### As mais lucrativas

Embora o setor seja bastante pulverizado, algumas empresas de planos de saúde, de acordo com estudos setoriais divulgados, ocupam posições cada vez mais destacadas no ranking das maiores empresas de serviços do Brasil. As dez maiores empresas abocanham 33% do mercado e figuram entre as mais rentáveis, têm um alto desempenho no crescimento das vendas e apresentaram grandes receitas operacionais.

A seguir, os três planos de saúde que mais faturam, de acordo com levantamento da *Revista Exame*:

**As três maiores em faturamento (em reais) em 2010**

**Amil  
5,3 bilhões**

**Bradesco Saúde  
4,5 bilhões**

**Sulamérica  
3,9 bilhões**

FATURAMENTO DAS OPERADORAS E VALOR DA CONSULTA		
Ano	Faturamento anual das empresas de planos de saúde ( em R\$)	Gasto médio por consulta médica (em R\$)
2005	37.140.635.720,00	31,38
2006	42.034.034.638,00	33,37
2007	51.846.400.642,00	36,91
2008	60.300.235.563, 00	40,30
2009	65.543.669.146, 00	40,23
<b>crescimento</b>	<b>76,47%</b>	<b>28,20%</b>

## 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