

COMSU AVALIA ANO PRODUTIVO E AVANÇOS NAS CONQUISTAS DO MOVIMENTO MÉDICO

Durante reunião ampliada da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), realizada em 6 de dezembro, representantes dos estados brasileiros estiveram presentes para fazer um balanço de 2012 e traçar novas estratégias de ação conjunta para 2013. Os dirigentes das entidades médicas avaliaram que o ano foi produtivo com grandes avanços no setor.

Participaram do encontro representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), Associação Médica Brasileira (AMB) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam). Houve ainda troca de experiências sobre as negociações entre conselhos regionais, sindicatos, sociedades e associações médicas.

Uma das mais recentes ações articuladas pela COMSU foi o Protesto Nacional de Outubro, que, pela primeira vez, unificou uma agenda nacional, na qual os estados iniciaram ao mesmo

tempo as negociações com os planos de saúde.

Em janeiro a direção executiva da comissão se reúne para trabalhar o calendário de 2013 e já sinaliza a realização de uma reunião ampliada da COMSU entre fevereiro e março para avaliar as diretrizes do movimento médico em conjunto com as comissões estaduais.



- *Novas negociações e ganhos reais em vários Estados, através das mobilizações locais;*
- *Rearticulação das Comissões Estaduais de Honorários Médicos;*
- *Lutas em favor da melhor assistência à Saúde e da dignidade da medicina;*
- *Inserção do tema "Relacionamento entre operadoras e prestadores" na Agenda Regulatória da ANS para 2013/2014;*
- *Comunicação com a sociedade e com os médicos através das mobilizações;*
- *Tramitação em fase final do PL 6964/2010, sobre reajuste.*



"Ficou claro que as sociedades de especialidade, conselhos e sindicatos estão integrados. A luta médica não é mais uma bandeira política, ela é econômica, social, é da decência e da valorização profissional"

deira política, ela é econômica, social, é da decência e da valorização profissional"

Emílio Zilli, diretor de Defesa Profissional da AMB



"Além dos avanços em negociações realizadas em diversos estados, alcançamos a simpatia e o apoio dos

médicos e da sociedade quanto aos problemas da assistência na saúde suplementar"

Aloísio Tibiriça, segundo vice-presidente do CFM



"O movimento médico amadureceu, os próprios médicos perceberam que precisam manter a luta, as para-

lisações e articulações que foram feitas ao longo do ano de 2012"

Márcio Bichara, secretário de saúde suplementar da Fenam

VENDA DA AMIL PREOCUPA ENTIDADES MÉDICAS



A notícia de que a Amil foi vendida para a UnitedHealth Group causou preocupação entre as lideranças médicas. Um dos motivos é a suspeita de que a empresa norte-americana, com capital aberto no mercado de ações, aumentará a restrição do acesso a exames, procedimentos especializados e até a tratamentos já consagrados pela ciência médica. Além disso, as empresas (que visam ao lucro na saúde) tentam explorar o médico forma antiética, servindo-se, muitas vezes, de estímulos pecuniários para que o médico, com a sua autonomia, possa dificultar que o paciente realize procedimentos necessários.

O subfinanciamento do SUS favorece o sistema de saúde suplementar e a entrada dessas empresas estrangeiras. A entrada da UnitedHealth no Brasil deve atrair outras empresas que, para seduzirem usuários a comprarem seus

planos, poderão formar uma rede superconcentrada de hospitais e, com isso, submeter o médico às suas regras no mercado. Com isso, pretende-se instalar no Brasil o sistema de saúde onde predomina o chamado "managed care".

Managed Care - O conceito fala de "cuidado gerenciado". É uma forma de gerenciamento de custos na área da saúde, na qual as empresas trabalham com o sistema de pagamento de "captação". Ou seja, nele, o médico recebe por usuário. Tem uma carteira com um certo número de clientes e fica responsável por todo o atendimento daquele grupo. Este sistema caracteriza-se por tentar maximizar os lucros, só que com a impropriedade de minimizar a assistência médica prestada. De profissional de saúde, o médico passa a administrador de lucros.

CONSELHO QUESTIONA AO CADE VENDA DA AMIL

O Cremerj entrou com uma representação no Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) para averiguação preliminar da compra da Amil pela UnitedHealth. O Conselho Regional acredita que a transação constitui ameaça à ordem econômica do Brasil. No ano passado, o Cade moveu ação para investigar as entidades médicas nacionais na condução das paralisações contra os abusos das operadoras de planos de saúde. Agora, os médicos exigem semelhante rigor da autarquia contra a concentração empresarial do setor.

Com o mote "cadê o Cade?", o CRM exige respostas do órgão do Ministério da Justiça. Para os médicos, o monopólio da maioria das redes credenciadas deverá resultar em pagamentos irrisórios aos prestadores, ensejando em piora na qualidade dos serviços e impacto na política de saúde. Também questiona o favorecimento da ascensão do mercado de planos de saúde, ao qual as pessoas têm acesso não pelas necessidades de saúde, mas conforme sua capacidade financeira.

A Amil tem rede própria de 22 hospitais e cerca de 50 clínicas, com 44 mil médicos, 3,3 mil hospitais, aproximadamente 11 mil clínicas e 12 mil laboratórios e centros de diagnóstico por imagem. Apesar do porte, a operadora ocupa o 1º lugar no ranking das dez que mais geraram reclamações, de acordo com pesquisa da fundação Procon-SP, divulgada em julho.

COMISSÃO DA CÂMARA MANTÉM DIREITO DE MÉDICOS A PARALISAÇÕES COLETIVAS

A Comissão de Trabalho, de Administração e Serviço Público aprovou, em 21 de novembro, o Projeto de Decreto Legislativo 216/11, que permite que o Conselho Federal de Medicina (CFM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e a Federação Nacional dos Médicos (Fenam) promovam mobilizações coletivas de médicos contra os abusos de planos

de saúde. A decisão contraria uma determinação da Secretaria de Direito Econômico (SDE), do Ministério da Justiça, que proibia as paralisações.

Em abril de 2011, os médicos suspenderam o atendimento a clientes de planos de saúde. Em maio do mesmo ano, a SDE instaurou processo administrativo

para apurar a suspeita de conduta anticompetitiva relacionada aos movimentos por melhoria dos valores pagos pelos planos de saúde.

Tramitação – Já aprovada pela Comissão de Seguridade Social e Família, a proposta ainda será analisada pela Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania. Depois, será votada no Plenário.

CONSELHO ENTRA COM MPF EM AÇÃO CIVIL PÚBLICA POR REAJUSTES

Ação inédita do Ministério Público Federal exige que ANS cumpra papel institucional e estabeleça, com efeitos retroativos, padrões mínimos de remuneração aos médicos

“É dever da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) zelar pela qualidade dos prestadores de serviço e sua remuneração condigna”. Com este entendimento, o Ministério Público Federal moveu uma inédita Ação Civil Pública exigindo, dentre outros aspectos, que a ANS “vincule, administrativamente, qualquer autorização de aumento nas mensalidades [...] a um aumento proporcional e do mesmo percentual nas tabelas de honorários médicos”. Convidado a integrar o processo como coautor da ação, o CFM apresentou,

em outubro, manifestação que confere legitimidade ao pedido do MPF.

A ação foi movida em 2010, pelo procurador da República João Gilberto Gonçalves Filho. Na peça inicial, o magistrado ponderou que, ao regular o aumento nos preços das mensalidades pagas pelos consumidores às operadoras de planos de saúde, a ANS também deve exercer o dever de zelar pela qualidade dos prestadores de serviço e sua remuneração. “Se a Agência Nacional autoriza reajustes nas mensalidades pagas pelos consumidores acima da taxa de inflação e permite que o aumento dos honorários médicos fique bastante aquém desse mesmo patamar, deixa instauradas as bases para o agravamento do

conflito social estabelecido entre os médicos e as operadoras”.

Para reverter esse quadro, o MPF propõe que toda autorização de reajuste de mensalidades seja condicionada a um correspondente e proporcional aumento no pagamento de honorários. Além disso, pede que a ANS determine às operadoras que eliminem a diferença percentual entre os reajustes de mensalidades que autorizaram nos últimos dez anos e os reajustes que aplicaram aos honorários médicos no mesmo período.

A Ação se encontra atualmente na 20ª Vara Federal da Seção Judiciária do DF. A expectativa é que, após a conclusão do processo, a sentença seja expandida para todo o território nacional.

TISS: CFM NOTIFICA ANS SOBRE IMPLICAÇÕES ÉTICAS E JURÍDICAS

A nova Resolução Normativa nº 305/2012 da TISS, padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar, está em vigor desde o dia 9 de outubro.

A questão da CID é polêmica e já foi alvo de três ações – todas com sentença favorável – movidas por Conselhos Regionais de Medicina. Desta vez, o tema mobilizou o Setor Jurídico do Conselho Federal de Medicina (Sejur/CFM), que notificou extrajudicialmente a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O documento exige medidas administrativas cabíveis, até a primeira quinzena de janeiro de 2013, no sentido de retificar o normativo, suprimindo e alterando passagens e pontos que possam induzir o profissional médico a quebrar, de modo direto ou indireto, o sigilo do paciente atendido.

Confira a seguir as principais conclusões do Sejur/CFM sobre a RN nº 305:

- *A oposição da CID nas Guias TISS, fora das hipóteses legais, sem determinação judicial e/ou sem o consentimento do paciente, é vedada pela Resolução CFM nº 1819/2007.*
- *A partir do momento que a Resolução da TISS traz uma regra de conteúdo permissivo (preenchimento opcional), gera-se uma comunicação normativa equivocada para o profissional médico.*
- *Cabe esclarecer que o campo de “hipóteses diagnósticas” não conta com uma numeração e tampouco está arrolado na legenda guia de consulta. Ou seja, não há sinalização alguma sobre a sua obrigatoriedade ou permissividade.*
- *Alguns outros dados de preenchimento também podem conduzir à dedução da moléstia do paciente.*

POPULARIZAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE SUPERLOTA HOSPITAIS

O aumento do emprego e da renda permitiu que, nos últimos seis anos, 11,4 milhões de brasileiros passassem a ter planos de saúde, que hoje atendem a quase 50 milhões de pessoas. Essa expansão provocou a superlotação de hospitais e laboratórios. Levantamento da consultoria Aon Hewitt Brasil mostra que entre 2006 e 2012 o número de consultas aumentou 8,3% e o de exames, 29%.

Com o acesso ao convênio médico, as pessoas estão suprindo a demanda reprimida e agendando consultas, indo a hospitais e, principalmente, fazendo exames de análises clínicas e de imagem, um dos maiores gargalos do Sistema Único de Saúde (SUS). Reportagem exibida recentemente em

rede nacional mostra, no entanto, que o tempo de espera para agendar uma simples prova de esforço (teste ergométrico), por exemplo, é de quase três meses.

As empresas tentam justificar a demora de atendimento e falta de infraestrutura com o crescimento acelerado do número de beneficiários. Alegam ter sido

“pegos de surpresa” e que o mercado precisa de mais tempo para se adaptar à demanda.

Por outro lado, para conter custos e ampliar os lucros, as empresas não estão credenciando novos serviços e profissionais. Além disso, os baixos valores pagos estão levando os próprios prestadores ao descredenciamento.



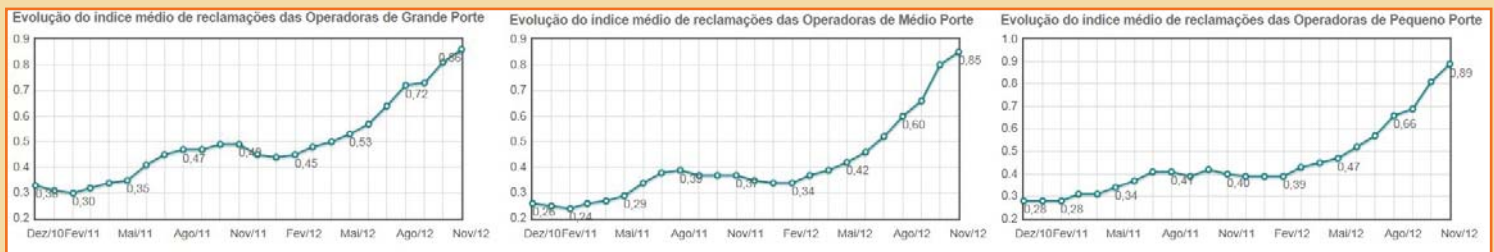
ENTIDADES DE DEFESA DO CONSUMIDOR CONTESTAM NÚMEROS DA ANS

Cerca de 60% das operadoras de planos de saúde médico-hospitalar e odontológico estão enquadradas nos dois níveis mais altos de desempenho do Índice de Desenvolvimento da Saúde Suplementar (IDSS), da ANS. Os números, contestados por entidades de defesa do consumidor, mostram que 76% dos beneficiários de planos de saúde, ou seja, 45,7 milhões de pessoas, são atendidas por empresas que tiveram uma boa avaliação pela agência.

Na opinião da coordenadora institucional da Proteste - Associação de Consumidores, Maria Inês Dolci, a reguladora também deveria considerar as reclamações registradas nos órgãos de defesa dos direitos do consumidor contra as operadoras para que os números fossem mais fiéis à realidade.

Já Carlos Thadeu de Oliveira, gerente de Testes e Pesquisas do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec) observa que há 11 anos os planos de saúde são os mais reclamados no instituto. “Sem entrar no mérito da metodologia, não compartilhamos com essa percepção de melhora dos planos de saúde. A cada dia aumenta o descredenciamento de médicos e aumenta o número de greves desses profissionais”, afirma.

Pelo visto a ANS precisa ajustar seus radares para tratar adequadamente a questão. Apesar do IDSS, números da própria ANS revela aumento no número de críticas aos planos de saúde. Confira nos gráficos a evolução do Índice de Reclamações contra as operadoras de Grande, Médio e Pequeno porte:



COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloisio Tibiriçá Miranda. **Membros:** Álvaro Noberto Valentin da Silva, Celso Murad, Emílio Zilli, Florisval Meinão, Isaías Levy, João Ladislau Rosa, Márcia Rosa de Araújo, Márcio Costa Bichara, Paulo Ernesto e Waldir Cardoso.
Assessoria técnica: Milton Júnior (texto) e Nathália Siqueira (diagramação)

Conselho Federal de Medicina - Tel: (61) 3445-5900 Fax: (61) 3246-0231
e-mail comissoes@portalmedico.org.br