

Nº 13  
FEVEREIRO  
2012

# 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

**2 DE MARÇO**

SEXTA-FEIRA, NA SEDE DA ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA, SÃO PAULO, DAS 9H ÀS 15H

**DEFINIÇÃO DE DIRETRIZES NACIONAIS E NOVAS MOBILIZAÇÕES DOS MÉDICOS POR MELHORES HONORÁRIOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR.**

## É hora de retomar o movimento!

O ano de 2012 será decisivo para os milhares de médicos que atuam na saúde suplementar. Será iniciada a nova fase do movimento que visa consolidar a luta pela melhoria da remuneração praticada pelos planos de saúde.

É fato que foram obtidos avanços em 2011, com ganhos reais para os médicos, resultado da união das entidades, paralisações, manifestações e rodadas de negociação em todos os estados.

O movimento se consolidou, ganhou visibilidade na

mídia, despertou a atenção dos políticos e teve apoio da opinião pública, que tomou conhecimento da situação de aviltamento vivida pelos médicos que prestam serviços aos planos de saúde.

No dia 2 de março, na sede da APM, em São Paulo,

acontece a primeira reunião ampliada das entidades médicas em 2012. A partir de relatos dos movimentos estaduais, e de um balanço do resultado das negociações de 2011, serão definidas as diretrizes nacionais e o novo cronograma de mobilização.

## Pela imediata revisão da RN 71

Além da articulação do movimento nacional por honorários, uma das prioridades de 2012 da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU) será a defesa de contratos coletivos entre médicos e operadoras de planos de saúde, instrumento que hoje conta inclusive com o reconhecimento do CADE (Conselho Administrativo de Defesa Econômica).

No dia 30 de janeiro representantes da AMB, CFM e Fenam se reuniram com o presidente da ANS Maurício Ceschin, para debater a revisão da RN 71/2004, que

trata da contratualização entre médicos e operadoras de planos de saúde. Na pauta do encontro constou: **1)** a negociação coletiva, **2)** definição de critérios, periodicidade e data base de reajuste, **3)** fixação dos requisitos para credenciamento e descredenciamento e **4)** definição dos critérios de glosa.

O 2º vice-presidente do CFM e coordenador da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu), Aloísio Tibiriçá Miranda, o diretor da Fenam, Márcio Bichara e o presidente da Somerj, José Ramon Blan-

co, representando a AMB, foram recebidos pelo presidente da ANS, Maurício Ceschin, e o diretor de gestão, André Longo.

O encontro foi positivo, pois ficou acertado que as entidades médicas poderão participar da revisão da resolução 71, visando a adoção de contratos mais justos para os médicos e o estabelecimento de novo patamar de negociações com as operadoras.

Segundo o coordenador da COMSU, Aloísio Tibiriçá “continuaremos com nossas mobilizações, como no ano passado, mas quere-

mos estabelecer um novo patamar institucional sobre a contratualização que leve a uma melhor remuneração”, apontou Tibiriçá.

Durante a reunião, os representantes das entidades médicas ainda levantaram a preocupação em relação a nova resolução sobre a TISS (Troca de Informação da Saúde Suplementar) que a ANS anuncia para breve. Ficou definida também a criação de uma Câmara Técnica, com a presença, das entidades médicas, sobre o processo de hierarquização dos procedimentos da CBHPM.

## André Longo toma posse na ANS

No dia 2 de fevereiro tomou posse o novo diretor de Gestão da ANS, André Longo, em cerimônia que contou com o Ministro da Saúde, Alexandre Padilha e representantes de várias entidades médicas. Mé-

dico cardiologista, Longo é o primeiro diretor da Agência oriundo do movimento médico e também representante das regiões Norte e Nordeste do Brasil. O novo diretor da Agência é ex-presidente do Sindi-

cato dos Médicos de Pernambuco (Simepe), do Conselho Regional de Medicina de Pernambuco (Cremepe) e ex-diretor da Federação Nacional dos Médicos (Fenam), além de conselheiro suplente do Con-

selho Federal de Medicina (CFM). A diretoria de Longo é responsável por coordenar projetos de pesquisa sobre o sistema suplementar, promover o desenvolvimento e a integração institucional da ANS.

## Sem interferir na agenda do médico

Já está em vigor, desde 19 de dezembro, a nova regra da ANS sobre prazos de atendimento a serem garantidos aos pacientes, que variam de três dias (para consultas nas especialidades básicas) a 21 dias (para procedimentos de alta complexidade). Mas nem

sempre os pacientes terão, no tempo determinado pela ANS, o atendimento com o médico de sua escolha, cabendo à operadora indicar outro profissional.

Para evitar conflitos e não prejudicar a relação médico-paciente, as entidades mé-

dicas de vários estados, assim como a COMSU, alertam que a ANS e os planos de saúde não podem interferir na agenda e na capacidade de atendimento dos médicos. A disponibilidade de atendimento e o número de pacientes agendados são

decisões individuais do médico, no exercício de sua autonomia profissional. O tempo dedicado em consultório a pacientes de planos de saúde varia conforme a jornada de trabalho, a especialidade, o procedimento médico e a complexidade do caso.

## Desconto em consultas cresce na Internet

As entidades médicas de São Paulo denunciaram recentemente a prática da intermediação de descontos em consultas médicas, conforme serviços comercializados por sites na internet e por empresas diversas, inclusive farmá-

cias e funerárias. Cresceu nos últimos meses a divulgação de sites que mantêm relação de médicos e prestadores de serviços na área de saúde e oferecem, aos seus associados ou clientes cadastrados, descontos em consultas, me-

diantes guias, cartões de desconto, cartões pré-pagos e outras modalidades.

O Código de Ética Médica (Art.72) proíbe o médico de estabelecer vínculo com empresas que anunciam ou comercializam os chamados

“cartões de desconto”. O CFM também havia proibido a vinculação de médicos à oferta de descontos, seja na condição de prestadores, proprietários, sócios, dirigentes ou consultores, conforme a Resolução CFM nº 1649/2002.

## Rol da ANS inclui mais 69 procedimentos

Desde janeiro mais 69 procedimentos foram incluídos no rol de procedimentos pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). São 41 cirurgias por vídeo tais como a colecistectomia com fístu-

la biliodigestiva, herniorrafia, adenoidectomia e refluxo gastroesofágico – tratamento cirúrgico, colocação de banda gástrica ajustável e gastroplastia (cirurgia bariátrica), entre outras; 13

novos exames, entre eles a análise molecular de DNA; terapia imunobiológica endovenosa para tratamento de artrite reumatoide, artrite psoriática, doença de Crohn e espondilite anquilosante; e

tratamento ocular quimioterápico com antiangiogênico, angiogramia coronariana, implante de anel intraestromal, além do pet-scan oncológico e da oxigenoterapia hiperbárica.

# Movimento já registra várias ações em 2012

*Desde o início do ano a COMSU tem acompanhado o avanço das negociações e os desdobramentos da mobilização iniciada em 2011. A seguir alguns exemplos de atuação das entidades médicas, Comissões estaduais e sociedades de especialidades*

**São Paulo:** As entidades paulistas, por meio da Comissão Estadual de Mobilização Médica para a Saúde Suplementar, estão pedindo aos médicos que comparem os valores pagos pelos planos de saúde com aqueles negociados em 2011. Num primeiro momento, os reajustes acordados referem-se às consultas, mas em 2012 o foco será também nos procedimentos. Caso haja divergências, a Comissão criou um canal direto para o médico denunciar a situação: 0800-17-3313 / (11) 3188-4207 / defesa@apm.org.br.

As entidades atualizam constantemente uma relação pública, disponível na Internet, com a relação das operadoras que negociaram em 2011, os valores definidos e o cronograma de reajuste escalonado. A pauta de reivindicações do movimento em São Paulo inclui consulta a R\$ 80,00, valores de procedimentos atualizados de acordo com a CBHPM e regularização dos contratos mediante a inserção de cláusula de reajuste anual.

**Guia de direitos |** A Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp irá lançar, no dia 2 de março, a publicação: “Médicos e planos de saúde: guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras”. A cartilha aborda a legislação e as instâncias que podem ser acionadas para o profissional se proteger das principais interferências no trabalho médico.

**Rio de Janeiro:** Uma comissão de honorários formada por membros da Câmara Técnica de Endoscopia Digestiva do Cremersj e por representantes da Sociedade Brasileira de Endoscopia Digestiva do Rio de Janeiro (Sobed-RJ) fecharam no dia 25/01 um acordo com a SulAmérica, que assinará novos contratos com os médicos e concederá um reajuste de 50% nos valores praticados.

**Boa notícia |** A Comissão de Saúde Suplementar do Cremersj foi comunicada pela Petrobras que sobre o novo valor praticado pela empresa, desde 1º de janeiro, para a consulta médica em consultório: R\$ 100,00. No ofício, a Petrobras diz compreender “a importância do médico e do ato médico”.

**Má notícia |** Em sentença de primeira instância (cabe recurso), o Tribunal de Justiça do Rio de Janeiro acatou a tese da Abrange de que constituiu formação de cartel a ação dos médicos cirurgiões cardiovasculares que negociavam com os planos de saúde por meio de cooperativa, constituída em 2009. Na sentença, a juíza Maria da Glória de Mello, afirma que “não se pode admitir a forma arbitrária e antijurídica que os aludidos médicos, através de uma interposta entidade, almejam rever as bases contratuais.”

**Paraná:** As entidades médicas do Paraná - AMP, Sindicato dos Médicos e CRM - assinaram no dia 18 de janeiro termo de compromisso com a Fundação Copel de Previdência e Assistência Social que aceitou um aumento de 51% no valor das consultas e procedimentos. “Após seis meses de negociação é o primeiro resultado prático, de âmbito estadual, de reajuste dos honorários pagos pelos planos de saúde, o que pode nortear outros acordos”, divulgou a Associação Médica do Paraná.

**Bahia:** Como pauta do movimento dos anestesiólogos baianos, desde o dia 01/02, o atendimento aos segurados e beneficiários da CASSI, CAPESAÚDE, GEAP, CAMED e BANCO CENTRAL, todas filiadas à UNIDAS, não serão mais faturados e cobrados pela COOPANEST-BA. A partir dessa data, os médicos anestesiólogos passaram cobrar seus honorários com base no grau de complexidade de cada procedimento.

**Santa Catarina:** Acatando decisão de Assembleia dos médicos realizada em dezembro de 2011, o Sindicato dos Médicos de SC propôs nova paralisação a partir de fevereiro de 2012, em função dos baixos honorários pagos por 19 planos de saúde do Grupo Unidas. No ano passado a Unidas prometeu um reajuste que varia de 16% a 21,7%, de acordo com cada plano. Com isso, o valor da consulta passaria a ser de R\$ 56. Mas as entidades médicas do Estado estipularam o mínimo de R\$ 65, que as empresas se negam a pagar.

**Sergipe:** Os pediatras do Estado de Sergipe suspenderam em 6 de fevereiro o atendimento por guias dos usuários de planos de saúde. “Vamos manter a suspensão até uma resposta dos planos. Após nossa reunião em novembro de 2011, e passados 40 dias da entrega das nossas propostas, os médicos não receberam nenhuma satisfação das empresas”, explica a presidente da Sociedade Sergipana de Pediatria (Sosepe), Glória Tereza Lopes.

**Tocantins:** Os cirurgiões cardiovasculares que atuam no Tocantins irão restringir as cirurgias realizadas por convênios médicos que se negam a pagar os valores éticos mínimos definidos pela Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular (SBCCV). Segundo o Simed-TO os valores praticados pelos convênios nessa especialidade são de 30% dos valores pagos pelo SUS para os mesmos procedimentos. Além disso, os planos de saúde em outros estados do país já adotaram os valores da SBCCV, a exemplo do Rio de Janeiro, Bahia e Goiás.

# Um ano espetacular: para os planos de saúde

Em recente entrevista na imprensa, Marcio Coriolano, presidente da Fenasaúde, que reúne as seguradoras e as maiores empresas de Medicina de Grupo, afirmou que 2011 foi um ano espetacular para o mercado de saúde suplementar. Dentre os motivos da euforia, ele destacou:

- O faturamento dos planos de saúde em 2011 é estima-

do em R\$ 89 bilhões, alta de 12,5% em relação a 2010 (Obs: os dados oficiais de 2011 ainda não divulgados pela ANS). As receitas das operadoras da FenaSaúde cresceram 16,2% em comparação com 2010.

- O setor foi muito beneficiado pelo aumento de empregos com carteira assinada e demanda de planos coletivos.

- Houve crescimento do número de beneficiários que contribuiu de forma fundamental para a maior diluição dos riscos.

- Mudanças regulatórias importantes deram sustentabilidade ao avanço do setor

- Uma conquista importante do setor foi a norma recentemente editada pela ANS que flexibiliza exigências diversas

para as pequenas e médias operadoras.

- O setor permanecerá dinâmico em 2012, com a demanda das pequenas e médias empresas pelo benefício saúde, que tem aumentado, inclusive na esteira das classes D e E. A mobilidade social vivenciada nos últimos anos no Brasil traz otimismo para o setor.

## Comentário da COMSU |

Comentário da COMSU. O momento nunca foi tão oportuno para exigir a valorização dos médicos. Diante de crescimento tão comemorado, mais do que justo e viável reajustar dignamente os honorários dos prestadores. Afinal, sem médico não existe plano de saúde.

## Médicos não acessam a “caixa-preta” das despesas assistenciais

Conforme dados da ANS, o mercado de planos de assistência médico-hospitalar já conta com 47 milhões de usuários. A receita das operadoras até o terceiro trimestre de 2011 atingiu R\$ 59,2 bilhões, 9,1% a mais que no mesmo período de 2010, ano em que o setor movimentou R\$ 73,1 bilhões.

Além do faturamento anual do setor (que cresceu mais de 100% de 2005 a 2010) a ANS divulga periodicamente as despesas informadas pelas próprias operadoras. As principais são as despesas assistenciais, resultantes da utilização, pelo usuário, das coberturas contratadas. O restante do faturamento é destinado às despesas administrativas e, obviamente, ao lucro das operadoras.

As despesas assistenciais são classificadas pela ANS

em seis itens: 1) consultas, 2) exames, 3) terapias, 4) internações, 5) outros atendimentos ambulatoriais, 6) promoção da saúde. Em nenhum dos itens são apresentados detalhadamente os valores destinados aos honorários médicos, aos demais prestadores e outros custos envolvidos com esses serviços.

### A “caixa-preta”

As despesas dos planos com assistência em geral cresceram 99% de 2005 a 2010, de R\$ 29,7 bilhões para R\$ 59,2 bilhões resultado do aumento da demanda (cada vez mais usuários), do custo do setor (fora os honorários médicos, que se mantiveram congelados) e da ampliação do rol de procedimentos obrigatórios. O valor pago pelas consultas, no mesmo período, teve menos de 30% de reajuste.

A ANS mantém o Documento de Informações Periódicas das Operadoras de Planos privados de Assistência à Saúde (DIOPS), sistema pelo qual as empresas são obrigadas a informar, trimestralmente, o número de usuários e dados econômico-financeiros, incluindo o quanto destinam às despesas assistenciais.

Desde 2011 (Resolução Normativa 45 da ANS) os dados

fornecidos devem ser acompanhados de auditoria contratada pela própria operadora.

Mesmo com essa regulamentação, é uma “caixa-preta” o montante destinado ao pagamento dos honorários médicos. A COMSU irá insistir no pedido para que a planilha de custos pormenorizada das despesas assistenciais seja fornecida pelos planos de saúde, exigida e divulgada pela ANS.

Ano	Faturamento anual dos planos médico-hospitalares (em R\$ bilhões)	Despesa assistencial das operadoras (em R\$ bilhões)	Valor médio pago por uma consulta médica (em R\$), segundo a ANS
2005	36.4	29.7	31,38
2006	41.1	33.2	33,37
2007	50.7	41.1	36,91
2008	59.1	47.8	40,30
2009	64.2	53.4	40,23
2010	73,2	59.2	40,23*
<b>Crescimento (%)</b>	<b>101,1%</b>	<b>99,2%</b>	<b>28,2%</b>

## COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

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