

21 de setembro

Vamos dar cartão vermelho para os planos de saúde!

No próximo dia 21 de setembro, quarta-feira, acontece o Dia Nacional de Suspensão do Atendimento aos Planos de Saúde. A nova mobilização foi definida pelas entidades médicas nacionais (AMB, CFM e FENAM), em plenárias realizadas em Brasília dias 4 de agosto e 1º de setembro, com a participação de conselhos, sindicatos, associações e sociedades de especialidades. A seguir os principais pontos norteadores do 21/09:

Suspensão regionalizada

Diferente da histórica paralisação nacional do dia 7 de abril, dirigida a todos os planos de saúde, a suspensão agora será regionalizada e definida pelas entidades locais. Médicos e população serão previamente informados sobre os planos que serão alvo do movimento em 21/09. Serão canceladas as consultas e procedimentos eletivos dos planos selecionados, garantindo novo agendamento e mantendo a assistência nos casos de urgência e emergência.

Maus pagadores

Desde o movimento do dia 7 de abril, as comissões estaduais de honorários e entidades chamaram os planos para negociar, convocaram assembleias e vários planos já concederam reajustes significativos em termos percentuais. Outras operadoras nem se-



quer receberam as entidades ou apresentaram propostas totalmente insatisfatórias.

Balizadores nacionais

As bandeiras nacionais que unificam o movimento do dia

21 de setembro e balizam as negociações com as operadoras são: **1)** reajuste imediato tendo como referência a CBHPM, **2)** critérios e periodicidade anual de reajuste, **3)**

fim das interferências antiéticas na autonomia do médico. Já os valores negociados são variáveis de acordo com a deliberação coletiva dos médicos de cada região.

Esclarecimentos necessários

Em função do ato administrativo da SDE, que tentou proibir as manifestações dos médicos (*mais sobre isso à pág. 3*), circularam algumas informações equivocadas que precisam ser esclarecidas: o movimento nunca instruiu a cobrança adicional aos pacientes; nunca defendeu a punição dos médicos que optaram por não aderir à mobilização; jamais houve recomendação de descredenciamentos em massa dos médicos e as paralisações são instrumentos legais e legítimos, sempre com prazos determinados pelos médicos, em respeito aos pacientes.

REPERCUSSÃO E VISIBILIDADE

Para garantir o sucesso do 21 de setembro, a COMSU recomenda às entidades que estão á frente das mobilizações:

- Definição e divulgação local da relação dos planos que serão alvo da suspensão de atendimento.
- Coletiva à imprensa na véspera do dia 21 de setembro.
- Manifestações públicas e assembleias de médicos para balanço do movimento.
- Divulgação de notas de apoio de parceiros do movimento médico, como órgãos de defesa do consumidor e OAB local.
- Audiências públicas junto às Comissões de Saúde das Câmaras Municipais ou Assembleias Legislativas.

IMPORTANTE: ENVIO DA RELAÇÃO DOS PLANOS

Os responsáveis pelas negociações estaduais e locais devem encaminhar até dia 13 de setembro a relação dos planos de saúde que serão alvo da suspensão:

comsu@portalmedico.org.br. Também aguardamos os informes atualizados sobre as negociações exitosas e as atividades previstas para 21/09.

Médicos mobilizados e pacientes informados

Além das bandeiras balizadoras que unificam o movimento nacional, o sucesso da paralisação em 21 de setembro, a exemplo da grande repercussão do dia

7 de abril, depende da ampla divulgação local.

Cabe às entidades e lideranças nos Estados conclamarem os médicos a suspenderem o atendimento

dos planos selecionados, informando previamente os pacientes e a imprensa sobre o movimento.

A COMSU elaborou a seguir modelos de cartas diri-

gidas a médicos e pacientes, que podem ser reproduzidas pelas entidades médicas em panfletos, correio eletrônico e outras formas de mídias e divulgações locais.

MODELO DE CARTA AOS MÉDICOS

SOBRE A SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO A PLANOS DE SAÚDE DIA 21/09

Caro (a) colega,

A sua participação e apoio foram fundamentais para o sucesso da histórica mobilização dos médicos no dia 7 de abril, quando realizamos a bem sucedida paralisação nacional do atendimento aos planos de saúde.

Na ocasião, protestamos contra os baixos honorários, denunciando a interferência dos planos de saúde na autonomia do médico, e exigimos das operadoras e da ANS a regularização dos contratos, para que incluam cláusulas de periodicidade e critérios de reajustes.

Desde então, várias empresas negociaram com as entidades médicas e são vários os registros de ganhos reais e significativos para os médicos.

Algumas empresas, no entanto, sequer aceitaram negociar ou apresentaram propostas insuficientes.

Em todo o país está programada nova paralisação no próximo dia 21 de setembro, a critério das entidades médicas de cada Estado, que definirão os planos-alvo e farão a divulgação aos médicos.

Portanto, pedimos a suspensão, no dia 21/09, no consultório e em outros estabelecimentos, de todas as consultas e procedimentos eletivos de pacientes conveniados aos planos selecionados, garantindo o agendamento dos pacientes para nova data e mantendo os atendimentos de urgência.

Solicitamos que informe seus pacientes e divulgue a suspensão junto aos seus colegas de trabalho, de especialidade e da região.

CONTAMOS COM SEU APOIO E PARTICIPAÇÃO!

Assinam: nomes das entidades médicas locais

MODELO DE CARTA À POPULAÇÃO

SOBRE A SUSPENSÃO DO ATENDIMENTO A PLANOS DE SAÚDE DIA 21/09

Prezado cidadão, prezada cidadã

No próximo dia 21 de setembro os médicos irão suspender o atendimento aos planos de saúde, em continuidade ao movimento iniciado no dia 7 de abril.

Nesse dia 21/09, os médicos que atendem determinados planos, definidos pelas entidades médicas em cada estado, não realizarão consultas e outros procedimentos. Os pacientes previamente agendados serão atendidos em nova data. Todos os casos de urgência e emergência receberão a devida assistência.

O objetivo da suspensão é mais uma vez protestar contra a forma desrespeitosa com que os médicos e os pacientes são tratados por várias empresas de planos de saúde. Algumas delas nem sequer aceitaram negociar os honorários médicos ou apresentaram propostas com valores irrisórios para consultas e demais procedimentos.

Muitos destes planos de saúde também interferem diretamente no trabalho do profissional, criam obstáculos para a solicitação de exames e internações e fazem pressão para a redução de procedimentos.

Alertamos novamente a sociedade que tal situação é hoje insustentável, com riscos de sérios prejuízos à saúde e à vida daqueles que decidiram adquirir um plano de saúde, na busca de uma assistência médica de qualidade.

As empresas de planos de saúde, alvo da manifestação em 21/09, precisam urgentemente atender as reivindicações dos médicos.

É necessário também que a ANS exerça seu papel fiscalizador, exigindo dos planos de saúde a valorização dos médicos e o cumprimento da regulamentação.

CONTAMOS COM SEU APOIO !

Assinam: nomes das entidades médicas locais

CBHPM pode ser usada, diz nota conjunta da ANS e SDE

Após a decisão da Secretaria de Direito Econômico (SDE) contrária ao movimento médico na saúde suplementar, que gerou forte reação das entidades e ação judicial ainda em tramitação, estão em curso

negociações técnicas e políticas para a revisão do posicionamento do governo federal. Em nota conjunta, a ANS, SDE e CADE anunciaram em 15 de agosto o entendimento de que a CBHPM pode ser

usada como referência para balizar as discussões de remuneração entre médicos e planos de saúde.

Afirmaram, ainda que “a aceitação da CBHPM não envolve a fixação de valores por parte

das entidades médicas (AMB, FENAM e CFM)”. A COMSU e as entidades médicas buscam um acordo que possa reverter definitivamente a equivocada decisão da SDE e preservar a autonomia do movimento.

Operadoras vão divulgar a “qualificação” dos médicos

Os médicos pessoas físicas ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios terão a sua “qualificação” divulgada pelos planos de saúde. Mesmo com posição contrária do Conselho Federal de Medicina e outras entidades, recente Resolução da ANS (RN Nº 267

de 24/08/2011) determinou “a inclusão obrigatória, por parte das operadoras, dos atributos de qualificação de cada prestador de serviços em seu material de divulgação de rede assistencial”.

Segundo a ANS são “atributos de qualificação” dos médicos: título de especialista

outorgado pela sociedade de especialidade e/ou Conselho Profissional da categoria; participação do profissional de saúde de nível superior em programa de certificação de atualização da categoria; pós-graduação com no mínimo 360h e/ou residência reconhecida pelo MEC; mestra-

do, doutorado e livre docência; participação no Sistema de Notificações em Vigilância Sanitária – Notivisa/Anvisa.

As entidades médicas nacionais irão discutir os possíveis impactos da Resolução. O Cremerj entrou com ação judicial para contestar a medida da ANS.

Adiada resolução polêmica sobre tempo de atendimento

Devido às inúmeras polêmicas que suscitou, a ANS adiou para dezembro a vigência de sua Resolução Normativa nº 259, que define prazos para o atendimento de pacientes (7

dias para consultas básicas, 14 dias para especialidades etc). Além de não ter detalhado as obrigações das operadoras na garantia dos prazos, critérios de eventuais reembolsos

e mecanismos de fiscalização do cumprimento, houve o entendimento de parte da mídia e da população de que cabe aos médicos da rede referenciada, e não às operadoras,

garantir os prazos definidos. A COMSU vai acompanhar de perto os novos detalhamentos das regras para que os médicos não sejam, mais uma vez, prejudicados.

COMSU envia à Câmara sugestões para novo marco legal

A COMSU elaborou propostas dirigidas à subcomissão especial da Câmara dos Deputados, criada para avaliar o sistema de saúde suplementar e discutir a viabilidade de um novo marco legal para o setor. Várias entidades médicas deram sugestões à COMSU, que serão levadas ao relator da subcomissão, deputado

Mandetta (DEM-MS), que pretende emitir em setembro relatório preliminar a partir de contribuições dos médicos, da defesa do consumidor, das operadoras e de demais interessados.

Dentre os pontos a serem encaminhados pela COMSU destacam-se a CBHPM como referencial mínimo, a contratu-

alização entre médicos e operadoras, a definição de índice anual de reajuste dos honorários, fim da interferência na autonomia profissional e nos descredenciamentos indevidos, e regras para assegurar o sigilo médico no repasse de informações sobre o diagnóstico ou CID de doenças.

O relator também recebeu

propostas das entidades de defesa do consumidor, ONGs de portadores de patologias e de representantes de planos de saúde.

Em julho, o Jornal O Globo criticou a condução do presidente da subcomissão, que teria delegado à Abramge o roteiro de funcionamento dos trabalhos.

Conheça 10 motivos para o reajuste dos honorários médicos

O mercado de planos de saúde vive crescimento recorde. Veja a seguir 10 argumentos que podem ser usados nas negociações e nas divulgações do movimento médico, tendo em vista a nova mobilização em 21 de setembro.

1. Mais usuários

Os primeiros dados do mercado de planos de saúde de 2011 indicavam 46,6 milhões de beneficiários em planos de assistência médica. Entre março de 2010 e março de 2011, mais 4 milhões de brasileiros passaram a ter plano de saúde. De acordo com série histórica da ANS este foi um crescimento recorde desde 2000, de 9%.

2. Maior faturamento

A receita também cresceu. Conforme informado pelas operadoras o faturamento no primeiro trimestre de 2011 foi de R\$ 18,4 bilhões, 3,8% a mais que no mesmo período de 2010. Analisando os dados de 2010, as operadoras médico-hospitalares tiveram uma receita de R\$ 72,7 bilhões, 13,2% a mais que em 2009.

3. Mais empresas

O aquecimento do mercado é confirmado pelo número de registros de operadoras. Pela primeira vez em dez anos, o número registros (12 empresas novas) foi maior que o número de cancelamentos (4), isso analisando o primeiro trimestre de 2011. Existem hoje 1.042 planos ativos com beneficiários, dos quais 70% são de pequeno porte, com até 20.000 pessoas.

4. Valor da mensalidade

O valor médio da mensalidade cobrada pelos planos de saúde em 2010 foi de R\$ 127,00, uma variação de 9,1% em relação a 2009, quando os planos custavam, em média, R\$ 116,37 *per capita*/mês.

6. Menor sinistralidade

Outro indicador de que o mercado vai bem é a redução da sinistralidade (razão entre a despesa assistencial e receita angariada com as mensalidades) que passou de 83% em 2009 para 81% em 2010.

5. Lucro crescente

O incremento das vendas e o conseqüente aumento do lucro das empresas de planos de saúde tem sido destacado pelas principais publicações da área econômica. A maior operadora, a Amil, faturou R\$ 4,3 bilhões em 2010, aumento de mais de 16% em relação a 2009. Outras que registraram grande crescimento foram Intermedica, Amico, Golden Cross, Bradesco, Sulamerica e Maritima.

7. Reajuste dos individuais

De 2000 a 2011 os reajustes da ANS autorizados para os planos individuais acumularam 150,89%, sem repasse aos honorários médicos. A ANS autorizou em 2011 o maior aumento às operadoras desde 2007, ao fixar em 7,69% o índice de reajuste. Os planos coletivos podem ter reajustes anuais ainda maiores, pois é livre a negociação entre operadoras e empresas ou grupos contratantes.

8. Índices da inflação

Os índices de inflação – de 2000 a 2011, medidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) – utilizado pelo governo para medição das metas inflacionárias –, acumularam 119,80%, no período, o que não foi repassado aos honorários médicos.

10. Congelamento dos honorários

Segundo dados apurados pela própria ANS, a consulta médica valia, em média, em 2007, R\$ 37. No último dado divulgado pela agência, os planos pagavam R\$ 40, em média, por consulta. Ou seja, praticamente não houve reajuste. Nos levantamentos das entidades médicas muitos planos ainda pagam menos de R\$30,00 a consulta em várias regiões.

9. Aumento de emprego e renda

O aumento da renda dos brasileiros e a situação positiva do mercado de trabalho, com as menores taxas de desemprego já registradas e crescimento de vínculos formais com carteira assinada, turbinaram a venda de planos de saúde, sobretudo os coletivos e empresariais, que já somam 80% do mercado. Os planos coletivos cresceram 14% em 2010, mais que os individuais e familiares, que aumentam em 5,4% o número de usuários.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiriçá Miranda. Membros: Amilcar 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