

25 DE ABRIL

DIA NACIONAL DE ALERTA AOS PLANOS DE SAÚDE

Em reunião convocada pela Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU), mais de 100 representantes de entidades médicas – dentre associações, conselhos, sindicatos e sociedades de especialidades – aprovaram o dia 25 de abril como o Dia Nacional de Alerta aos planos de saúde.

Nesta data, a critério das entidades médicas locais, serão realizados atos públicos, como audiências nas Câmaras Legislativas, com a presença do Judiciário estadual, órgãos de defesa do consumidor, Ordem dos Advogados do Brasil e outras representações. Também ocorrerão, conforme deliberação

em assembleia estadual, manifestações de rua e, se necessária, suspensão do atendimento de consultas e procedimentos eletivos, mantendo sempre a assistência nos casos de urgência e emergência.

Desde 2010, o movimento se consolida, ganha visibilidade na mídia, desperta a atenção de parlamentares e tem apoio da opinião pública.

Já é grande a adesão e movimentação dos médicos, desde a deliberação



da manifestação, em plenária ampliada da COMSU, que aconteceu na sede da APM, no dia 1º de março. O encontro (foto) contou com a presença de lideranças médicas de todo o país.

PAUTA DE REIVINDICAÇÕES

- 1** *Reajuste das consultas, a partir de critérios a serem definidos em cada Estado;*
- 2** *Reajuste dos procedimentos, tendo como balizador a CBHPM em vigor (2012);*
- 3** *Por uma nova contratualização, baseada na proposta das entidades médicas nacionais;*
- 4** *Rehierarquização dos procedimentos, feita com base na CBHPM;*
- 5** *Apoio ao Projeto de Lei 6.964/10, que trata da contratualização e da periodicidade de reajuste dos honorários pagos aos médicos.*

CRONOGRAMA DO MOVIMENTO

MARÇO/ABRIL:

As Comissões Estaduais de Honorários Médicos irão avaliar, em reunião com as sociedades de especialidades e em assembleias, os valores pagos pelos planos de saúde que atuam no Estado. A partir daí, serão definidas as metas de reajustes específicos a serem aplicados ainda no ano de 2013.

ABRIL/MAIO:

Será iniciado o processo de negociação com os planos, com remessa de carta convite para as operadoras (modelo na página 2). No dia 25 de abril, as Comissões Estaduais organizarão a agenda do Dia Nacional de Alerta aos planos de saúde, com a pauta de reivindicações.

JUSTIÇA PROÍBE INDICAÇÃO DO CID DE PACIENTE EM FORMULÁRIO DO TISS

A Justiça deu sentença favorável à ação impetrada pelo Cremesp e proibiu a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de requerer a inclusão de dados confidenciais de paciente, em especial a indicação do CID, em qualquer documento ou formulário do sistema de Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS).

De acordo com a sentença da 24ª Vara Civil Federal, a ANS deve "abster-se, permanentemente" de fazer qualquer exigência sobre essas informações sigilosas de forma "que condicione a prestação de serviço contratado e o pagamento dos custos decorrentes de serviços médicos". A decisão reforça a ilegalidade da exigência de preenchimento do CID de pacientes, por parte das operadoras, para pagamento de honorários médicos.

O Cremesp entrou com ação, em 2007, contra a Resolução da ANS nº 153/2007 que estabelecia o compartilhamento de informações de procedimentos médicos de pacientes vinculados aos planos, facilitando, inclusive, a criação de "listas negras" de usuários. Na ação, o Conselho defendeu o segredo médico sobre qualquer ato administrativo externo, protegendo os pacientes, que eram obrigados a autorizar a identificação de sua doença para ter cobertura do plano; e os profissionais, que, por não colocarem o CID do paciente na guia TISS, não receberiam honorários.

A decisão, ainda é de primeira instância e cabe recurso. Entretanto, a justiça concedeu antecipação da tutela jurisdicional, ou seja, já é válida.

ANDRÉ LONGO NOMEADO PRESIDENTE DA ANS

André Longo Araújo de Melo, cardiologista e ex-conselheiro Federal de Medicina, foi confirmado no cargo de Diretor-Presidente da ANS. A designação foi publicada pela Presidência da República no Diário Oficial da União de 26 de fevereiro e a posse será no dia 21 de março.

André Longo está na ANS desde 11 de janeiro de 2012, após ter sido aprovado por unanimidade em sabatina na Comissão de Assuntos Sociais do Senado para mandato de três anos. Na Agência, ocupou a Diretoria de Gestão até novembro de 2012. Com o fim do mandato de Mauricio Ceschin, passou a ocupar interinamente a Presidência e assumiu a Diretoria de Normas e Habilitação dos Produtos (DIPRO).

PREPARE-SE PARA AS NEGOCIAÇÕES 2013

MODELO DE CARTA CONVITE ÀS OPERADORAS DE PLANOS DE SAÚDE

À Diretoria da _____

Prezado Doutor _____,

Ao tempo em que apresentamos cordiais saudações, vimos informar que o Conselho Regional de Medicina, o Sindicato dos Médicos e Sociedade Médica do Estado de _____, através da Comissão Estadual de Honorários, irão iniciar o processo de negociações com as operadoras de saúde para o ano de 2013.

Reivindicações do Movimento:

1. _____;
2. _____;
3. _____.

Desta forma, solicitamos agendar reunião com representantes da _____, para o próximo dia ____ de _____ (____ª feira), às ____ horas, na sede do _____, situado no endereço _____.

Caso não seja possível, solicitamos que nos envie datas disponíveis.

Se estiver de acordo, solicitamos confirmar sua disponibilidade, com a maior brevidade possível, através dos telefones _____ ou respondendo a esta mensagem.

Atenciosamente,

Assinaturas

CONSELHO DE DEFESA PROFISSIONAL DA AMB DEBATE CONTRATUALIZAÇÃO E CBHPM

A proposta de contratualização entre médicos e operadoras de planos de saúde, elaborada pela COMSU e entregue à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em abril do ano passado, foi um dos temas debatidos pelo Conselho de Defesa Profissional da Associação Médica Brasileira (AMB), durante reunião realizada em 21 de fevereiro.

A proposta das entidades médicas, apresentada no encontro pelo representante da Fenam na COMSU, Márcio Bichara, tratou de aspectos como

reajustes anuais de valores pagos, negociação coletiva, parâmetros para a fixação de honorários e critérios para credenciamento e descredenciamento dos médicos, entre outros assuntos.

Também foi abordada a proposta de 'rehierarquização' da CBHPM, sugerida pela diretoria da ANS, que também participou do encontro. O diretor de defesa profissional da AMB e membro da COMSU, Emílio Zilli, foi categórico em afirmar que não abrirá mão de discutir o conteúdo e a forma da nova CBHPM

com todas as sociedades de especialidades.

A revisão do rol de cobertura mínima estabelecido pela Agência teve início com a abertura de coleta das sugestões de inserção ou exclusão de procedimentos.

A ANS, no final do ano passado, colocou em consulta pública sua Agenda Regulatória para 2013/2014. Dentre os eixos da agenda está a "relação entre operadoras e prestadores", que inclui a nova hierarquização dos procedimentos médicos e a nova contratualização.

IV FÓRUM NACIONAL SOBRE A CBHPM

Para discutir a consolidação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) a nível nacional, no dia 19 de abril será realizado o IV Fórum Nacional sobre a CBHPM. Com a responsabilidade da Comissão Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais e apoio das três entidades médicas nacionais, o evento acontecerá na Associação Médica de Minas Gerais, em Belo Horizonte. São esperadas as comissões estaduais e nacional de honorários médicos, as entidades e lideranças médicas e sociedades de especialidades.

PROGRAMAÇÃO:

8h30 – Credenciamento e Café de boas vindas

9h – Abertura

9h30 – Cenário atual da Saúde Suplementar:

- Limites do Capital Internacional na Saúde Suplementar
- Defasagem do rol da ANS x CBHPM 2012
- Defasagem dos honorários médicos atualmente praticados x CBHPM 2012

10h30 – Aspectos jurídicos da Saúde Suplementar:

- O CADE e as entidades médicas
- Atuação do Legislativo na implantação da CBHPM
- A Visão da ANS sobre a CBHPM
- Judicialização da CBHPM



RESERVE A DATA

IV Fórum Nacional sobre a CBHPM

19 de abril de 2013 – Belo Horizonte/MG

Comissão Estadual de Honorários Médicos de Minas Gerais



11h30 – A CBHPM no SUS

- Perspectivas de implantação
- A visão da Fenam
- A PBH e a Complementação da tabela do SUS: estratégias administrativas e resultados
- É válida no Estado a experiência de BH sobre a complementação da tabela do SUS?

12h30 – Intervalo

14h – As Operadoras de Saúde e a implantação da CBHPM

15h – Perspectivas para a CBHPM

- Câmaras Técnicas da CBHPM: entenda seu funcionamento
- CFM na Câmara Técnica da CBHPM
- Cobrança de disponibilidade obstétrica
- Plano Enfermaria x Plano Apartamento

16h – Movimento Nacional da Saúde Suplementar

- A visão da OAB-MG sobre cartelização
- Conquistas do Movimento Médico em 2012 e Diretrizes do Movimento para 2013

16h50 – Encerramento

Informações e inscrições: (31) 3247-1634 / beneficios01@ammgmail.org.br

GOVERNO ABANDONA O SUS EM FAVOR DE PROPOSTAS DE PLANOS A BAIXO CUSTO

No dia 27 de fevereiro deste ano, a Folha de São Paulo publicou matéria intitulada "União quer ampliar acesso a Planos de Saúde", segundo a qual a Presidente Dilma Rousseff estaria negociando com as empresas do setor privado da saúde (Qualicorp, Bradesco e Amil) medidas de redução de impostos para estimular as operadoras de planos de saúde a oferecerem planos de baixo custo, para ampliação da assistência da saúde suplementar.

A iniciativa vem sendo criticada publicamente por diversos setores da sociedade, como a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), que entendem tratar-se de um grande engodo, pois, na verdade, o que se propõe são planos baratos no preço, medíocres na cobertura e, certamente, com baixa remuneração aos médicos. Com essa medida, os médicos entendem que o governo se define claramente pelo abandono do Sistema Único de

Saúde (SUS) como melhor opção para o povo brasileiro, com apoio à "pseudo-americanização" da saúde.

A intenção do governo federal fere a Constituição, comprometendo o SUS. Há tempos, as entidades médicas e a sociedade alertam para o baixo financiamento da saúde pública; para o fim da administração direta na saúde, com indefinição de modelos heterodoxos de gestão; para a consequente precarização do trabalho na rede própria, com falta em larga escala de profissionais; e para a grande desassistência em todo o país, gerada pela irrisória Tabela-SUS de remuneração.

Ao reduzir impostos e dar subsídios para as operadoras de planos de saúde, o governo estará destinando recursos que poderiam melhorar o acesso universal de todos os brasileiros a um sistema de saúde público igualitário. Não é ético "premiar" com recursos públicos um setor que, a cada ano, bate recordes de faturamento, vendendo produtos de baixa qua-

lidade, desrespeitando pacientes, remunerando mal os prestadores, restringindo a autonomia dos médicos e sobrevivendo, em parte, às custas do Sistema Único de Saúde.

Ao tornar os planos de saúde protagonistas do sistema de saúde, o governo brasileiro segue na contramão dos sistemas universais, que valorizam a equidade, a integralidade, o acesso a toda população e não o lucro com a doença.

Em uma sociedade democrática, que vislumbra o desenvolvimento social, é inaceitável a intenção do governo de abdicar da consolidação do SUS, ao apostar na autorregulação do mercado e no avanço de um modelo privado caro e ineficiente. A sociedade brasileira, junto com as entidades médicas e da saúde, parlamentares, Ministério Público e Judiciário devem se mobilizar para não permitir que os interesses financeiros e comerciais decidam os rumos sistema de saúde brasileiro.

PLANOS DE SAÚDE LIDERAM QUEIXAS NO IDEC PELO 11º ANO

Há décadas o setor é responsável por maior parte dos problemas dos consumidores, seguido por financeiro, produtos e telecomunicações

O setor de planos de saúde é responsável pelo maior número de queixas em 2012, segundo o ranking anual do Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (Idec).

Segundo o órgão, os planos de assistência médica lideram o relatório de atendimentos do Idec. O principal motivo seria o crescimento dos planos coletivos ou falsos coletivos (oferecidos a pequenos grupos de consumidores).

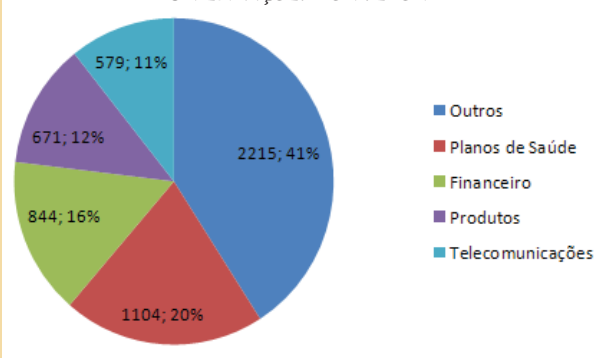
As principais queixas dos consumidores ao Idec são: negativa de cobertura; reajuste por faixa etária e anual; e descredenciamento de prestadores de serviço.

Para a gerente de relacionamen-

to do Idec, Karina Alfano, os problemas se dão, em grande parte, por uma fiscalização ineficiente da ANS e pela falta de investimento das empresas. Além disso, ressalta: "Em muitos casos, a falta de informação e a dificuldade na interface entre consumidor e fornecedor são fontes recorrentes de problemas".

Sobre o ranking - Ao lado de outro três setores (financeiro, produtos e telecomunicações), os planos apareceram há 11 anos em primeiro lugar - com exceção de 2011, quando por uma pequena diferença a li-

ORIENTAÇÕES POR SETOR



derança ficou com o setor financeiro. Somente no ano passado, os quatro setores representam 59,1% das orientações fornecidas pelo Brasileiro de Defesa do Consumidor.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiriçá Miranda. **Membros:** Álvaro Noberto Valentin da Silva, Celso Murad, Emilio Zilli, Florisval Meinão, Isaías Levy, João Ladislau Rosa, Márcia Rosa de Araújo, Márcio Costa Bichara, Paulo Ernesto e Waldir Cardoso.

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