

Fórum de BH apontou agenda prioritária

O Fórum Nacional sobre a CBHPM, que reuniu entidades médicas de todo o país, em abril, em Belo Horizonte, concluiu que a CBHPM — hoje em sua quinta edição, com 4.700 procedimentos médicos classificados — já é

um referencial em relação à sua classificação e terminologia e que agora é preciso fazer avançar a luta pela melhoria dos honorários médicos.

Destacou-se ainda que uma forma de sensibilizar governos, empregadores e pla-

nos de saúde é mobilizar a sociedade, mostrando que a população é a maior prejudicada com a desvalorização dos médicos.

O Fórum determinou a seguinte agenda prioritária: **1)** reestruturação e for-

talecimento das comissões estaduais de honorários médicos, que devem contar com assessoria jurídica permanente; **2)** necessidade de a ANS intervir na relação entre os médicos e os planos de saúde; **3)** aprovação dos

projetos de lei que tratam da CBHPM e do reajuste anual dos honorários; **4)** retomada nos estados das negociações diretas com os planos de saúde, para que tenham como referência a quinta edição da CBHPM.

Emenda Perondi coloca em risco reajuste anual

As entidades médicas estão mobilizadas pela aprovação na Câmara dos Deputados do Projeto de Lei 6.964/2010. Originário do Senado Federal, onde foi recentemente aprovado, o PL altera a lei dos planos de saúde (Lei 9.656/98), ao tornar obrigatória a existência de contratos formalizados entre as operadoras e os médicos prestadores de serviços.

A relevância do projeto está na definição da periodicidade anual do reajuste a ser repassado aos honorários médicos. Se aprovada a lei, os planos de saúde serão obrigados promover o reajuste no prazo de 90 dias após o início de cada ano. Caso o prazo não seja cumprido caberá à ANS definir o aumento a ser repassado aos médicos.

Relator do PL na Comissão de Defesa do Consumidor da Câmara, o deputado federal Vital do Rêgo Filho (PMDB/PB) recebeu, no dia 5 de maio, representantes das entidades médicas nacionais. Foram apresentados subsídios para reforçar a necessidade de aprovação do projeto, informações acolhidas pelo relator.

Para surpresa da

categoria médica, quando em tramitação na mesma Comissão de Defesa do Consumidor, o PL 6964 recebeu emenda supressiva que, se aprovada, veta a possibilidade de reajuste anual dos médicos. O autor da proposta, o deputado médico Darcísio Perondi (PMDB-RS), presidente da Frente Parlamentar da Saúde, após críticas de

entidades e médicos de todo o país, inclusive da base eleitoral do parlamentar, decidiu voltar atrás. Mas até o fechamento deste boletim, a emenda não havia sido retirada.

Para enviar mensagem ao deputado solicitando o arquivamento da emenda: e-mail: dep.darcisiope.rondi@camara.gov.br e telefone: (61) 3215-5518

Falta de regulação é tema de seminário

A falta de regulamentação da relação entre os médicos e os planos de saúde, após dez anos de existência da ANS, será tema de seminário no

dia 19 de agosto, em São Paulo, na sede do Cremesp. Promovido pela Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, o evento, que

reunirá representantes de entidades médicas, defesa do consumidor, Ministério Público, planos de saúde e agência reguladora, vai tratar dos proble-

mas relacionados à remuneração, honorários, auditoria médica, descredenciamento unilateral, sigilo, confidencialidade e conflitos de interesse

entre médicos e planos de saúde.

Mais informações e inscrições (11) 3017-9345 e e-mail: eventos@cremesp.org.br www.cremesp.org.br

MAURÍCIO CESCHIN ASSUME A PRESIDÊNCIA DA ANS

Maurício Ceschin é o novo Diretor-Presidente da ANS, acumulando também o cargo de Diretor de Desenvolvimento Setorial.

Médico gastroenterologista formado pela Faculdade de Medicina de Santo Amaro, Ceschin tem especialização em admi-

nistração de saúde pela FGV. Antes de assumir a ANS foi presidente executivo do Grupo Qualicorp, que atua, entre outras

frentes, na comercialização de planos de saúde coletivos; foi diretor e superintendente do Grupo Medial Saúde e superin-

tendente corporativo do Hospital Sírio-Libanês de São Paulo. O mandato de Ceschin à frente da ANS será de três anos.

PADRÃO TUSS: ADAPTAÇÃO ATÉ OUTUBRO DE 2010

Foi prorrogado pela ANS para 15 de agosto de 2010 o prazo para que os prestadores de serviços adaptem seus sistemas ao padrão TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar). Depois dis-

so, tanto a operadora quanto o prestador de serviço, incluindo os médicos, terão mais sessenta dias (até 15 de outubro de 2010) para adaptarem os processos de envio e recebimentos das guias no

padrão TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar), já codificadas com a TUSS.

Conforme a Instrução Normativa n.º 34, de 13 de fevereiro de 2009, após acordo firmado com a ANS, a Associa-

ção Médica Brasileira (AMB) é responsável pela elaboração da terminologia relacionada aos procedimentos médicos e ficará responsável pela indicação das inclusões.

A obrigação da ANS

é divulgar os procedimentos no seu site na Internet (www.ans.gov.br), após aprovação do Comitê de Padronização das Informações em Saúde Suplementar (COPISS).

Fenasaúde e Abramge se opõem à hierarquização

Já foram realizadas em 2010 três reuniões do Grupo de Trabalho da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), que discute critérios de reajuste de honorários e a possibilidade de adoção pelos planos de saúde da CBHPM como padrão de hierarquização dos procedimentos médicos.

Na última rodada, ocorrida em abril de 2010, na sede da

ANS, o representante da AMB, Amílcar Giron, apresentou a metodologia de elaboração da CBHPM, os atributos dos atos médicos e a padronização dos portes.

O representante da Federação Nacional de Saúde Suplementar (FenaSaúde), instituição que congrega as seguradoras, Manoel Peres, apontou o que chamou de “elevado grau de subjetividade

e de distorções da CBHPM”, acrescentando que o setor “já possui lógica própria”.

Já o representante da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Sérgio Vieira, afirmou que “não há razão para discutir hierarquização de procedimentos nem valores de honorários de apenas um profissional, pois é preciso olhar o sistema como um todo,

considerando fatores de produtividade e desempenho.”

Os representantes da Unimed, Jurimar Alonso, e da Unidas, Sonia Guyt, afirmaram que suas entidades concordam com a proposta do CFM, AMB e FENAM de adoção da hierarquização na saúde suplementar.

A ANS, por sua vez, concorda com a padronização, mas posi-

ciona-se contra “o tabelamento de preços e a discussão coletiva de valores”.

O Grupo de Trabalho vinha sendo coordenado pelo diretor da ANS, Maurício Ceschin, conduzido recentemente à presidência da agência.

A próxima reunião do Grupo, prevista para início de junho, irá abordar os critérios de reajuste dos honorários médicos.

O cooperativismo médico em discussão

A situação socioeconômica das cooperativas de trabalho médico e a terceirização serão temas do III Fórum Nacional de Cooperativis-

mo, que acontece no auditório do CFM em Brasília, nos dias 27 e 28 de maio de 2010. Junto à programação do evento, será empossada

a diretoria da Confederação das Cooperativas Médicas (Confemed).

Foram convidados para a discussão, o ministro da Saúde, José Gomes

Temporão, o presidente da Unimed Brasil, Eudes de Freitas Aquino, além dos presidentes das entidades médicas: Roberto Luiz d'Ávila

(CFM), José Luiz Gomes do Amaral (AMB) e Paulo Argollo (FENAM).

Mais informações: (61) 3445-5957. e-mail: comissoes@cfm.org.br

Dia 27/05 Quinta-feira

08h30 | Credenciamento

9h | Abertura

10h | Conferência: Sistema Unimed

10h às 10h30 | Conferência – Parceria

Público-Privada

10h30 às 11h | Conferência – Papel socioeconômico do Cooperativismo no Brasil

11h às 12h | Mesa-redonda: Cooperativismo Médico Unimed e Entidades

12h | Debates

13h às 14h | Intervalo

14h | Mesa-redonda: Sistema Unimed e Honorários Médicos no Brasil

15h30 | Mesa-redonda: Cooperativismo de Saúde e atuação do Órgão Regulador

16h30 | Debates

20h30 | Posse da Diretoria da Confederação das Cooperativas Médicas - Confemed

Dia 28/05 Sexta-feira

9h | Mesa-redonda: Cooperativismo de Trabalho e o SUS

10h30 | Conferência: Cooperativismo e Terceirização – A Visão do MP do Trabalho

11h | Mesa-redonda: Cooperativismo Médico e as Relações de Trabalho
11h30 – Debates

12h | Mesa-redonda: Cooperativas de Trabalho na Saúde Suplementar

13h | Debates

14h | Encerramento

Planos de saúde movimentaram R\$ 62,3 bi em 2009

Cerca de um quinto da população brasileira é conveniada a planos e seguros de saúde privados. Segundo a ANS, eram 42,9 milhões de cidadãos em março de 2010. Outra fonte de dados, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad), do IBGE, estimou a proporção da população coberta por

planos ou seguros de saúde em 26,3% em 2008. A Pnad de 2003 apontava 24,6%, e a Pnad de 1998, 24,5% da população assistida por planos privados.

O mercado cresce de forma estável em torno de 5% ao ano no país, seja em relação ao número total de clientes, seja em relação ao faturamento.

O avanço do setor está ligado ao próprio crescimento populacional, ao descontentamento em relação ao sistema público de saúde, mas também ao desempenho da economia, ao crescimento da produção e do consumo, ao nível de emprego formal e ao preço dos produtos comercializados pelas empresas

de planos de saúde.

O Brasil conta com 1.108 empresas de planos de saúde médico-hospitalares, com distribuição bastante desigual no país, seja pela localização geográfica ou pela quantidade de assistidos. Metade dos usuários concentra-se em apenas 40 operadoras; e cerca de 65% dos

clientes de planos de saúde estão na região Sudeste. Apenas três municípios – São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte – concentram cerca de 30% da população conveniada a planos de saúde. A seguir, o crescimento do número de empresas, usuários, receita e despesas das operadoras.

Ano	Número de Operadoras médico-hospitalares	Número de Beneficiários em planos de assistência médica	Receita das operadoras médico-hospitalares (em R\$)	Despesas assistenciais das operadoras* (em R\$)
2003	1.119	31.424.015	28.015.808.675	22.784.778.036
2004	1.083	33.281.057	31.622.102.461	25.756.585.317
2005	1.081	34.992.052	36.398.303.412	29.630.508.175
2006	1.086	36.816.084	41.157.793.616	32.812.629.440
2007	1.096	38.643.045	50.774.371.238	40.897.634.269
2008	1.104	40.897.543	59.295.403.552	47.665.677.734
2009	1.108	42.856.872	62.333.845.970	51.591.505.538

Fonte: ANS*

* Exceto despesas administrativas. Segundo a ANS, na distribuição percentual da despesa assistencial das operadoras os principais itens de despesa (dados de 2008) são: Internações e procedimentos hospitalares (32,0%), consultas médicas (21,2%) e exames (21,0%)

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiriçá 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