

PLS 276: reajuste anual dos honorários pode virar lei

Após mobilização da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU) e da Comissão de Assuntos Políticos (CAP), que reúne representantes das entidades médicas nacionais, foi aprovado no dia 10 de fevereiro de 2010, na Comissão de Assuntos Sociais do Senado

Federal, o substitutivo do senador Augusto Botelho (PT-RR) ao Projeto de Lei do Senado (PLS) 276/2004, de autoria da Senadora Lucia Vânia (PSDB-GO). O PLS 276 altera a Lei dos Planos de Saúde (Lei 9656/98) ao tornar obrigatória a existência de contratos firmados

entre as operadoras e os médicos prestadores de serviços. O substitutivo aprovado contém emenda apresentada pelo senador Mozarildo Cavalcanti (PTB-RR), que prevê a periodicidade anual do reajuste a ser repassado aos honorários médicos. De acordo com

a emenda, os planos de saúde devem 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 reajuste a ser repassado aos médicos. O projeto contempla, assim, o PL3466/04, já aprovada na Câmara Federal,

que instituiu a CBHPM na saúde suplementar. A aprovação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado teve caráter terminativo e, como não houve recurso em Plenário, no dia 13 de março o Senado Federal remeteu o PLS 276 para a apreciação da Câmara dos Deputados.

ANS volta a discutir remuneração médica

Membros da Comissão Nacional de Saúde Suplementar (COMSU) passaram a integrar um grupo de trabalho da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) que discute o reajuste dos honorários médicos. É a primeira vez, desde 2004, que a ANS convoca as entidades médicas nacionais -CFM, AMB e FENAM-, juntamente com todos os segmentos das empresas de planos de saúde, para discutirem o assunto.

Segundo representantes das entidades médicas que participam do grupo de trabalho, a ANS desta vez reconhece que os médicos estão em

desvantagem, prejudicados pelo não repasse de reajustes aos honorários. Na pauta, a urgência do estabelecimento de um critério de reajuste e de um padrão de remuneração de acordo com a hierarquização da CBHPM, contemplando os diferentes portes e níveis de complexidade.

Em 2002, a Resolução da ANJ (RN 08) que concedeu o reajuste anual aos planos, estipulou a aplicação de percentual mínimo de aumento das consultas, o que não foi cumprido nem finalizado. Em 2004, a ANS promoveu algumas rodadas do que chamou-se de “mesa

nacional de negociação” que discutia os valores dos honorários médicos fixados na CBHPM. Naquela ocasião a ANS apenas acompanhava as discussões e incentivava negociações bilaterais entre médicos e operadoras sem definir, no entanto, o papel da agência nesta regulação. Naquele ano também foi editada a Resolução Normativa (RN) 71 da ANS, que definia a “contratualização” e estipulava as cláusulas obrigatórias nos contratos entre operadoras e médicos. Uma das cláusulas deveria trazer “os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade”. A RN

71, entretanto, não saiu do papel, pois as empresas passaram a condicionar, no contrato, o reajuste à “situação econômico-financeira da operadora”. Sem critérios de reajuste, mas com inúmeras obrigações adicionais a serem cumpridas pelos médicos, as próprias entidades médicas passaram a recomendar cautela na assinatura dos contratos.

Junto à ANS, as entidades médicas também discutem desde 2005 o Padrão TISS (Troca de Informação em Saúde Suplementar); desde 2007 integram ainda o COPISS – Comitê de Padronização das In-

formações em Saúde Suplementar, grupo técnico que estuda a conciliação dos vários sistemas de nomes e códigos dos procedimentos médicos. Em 2008, a ANS instituiu a TUSS – Terminologia Unificada da Saúde Suplementar. Em 2009 a ANS deliberou, por meio da Instrução Normativa N 34, que a AMB é a entidade responsável por definir a TUSS. As entidades defendem de imediato o ajuste técnico para compatibilizar o Rol da ANS, a CBHPM e a TUSS. Enquanto a CBHPM traz 3.885 procedimentos, o rol da ANS elenca 2.895 procedimentos médicos.

Médicos não praticam cartel, defendem entidades

Membros da COMSU, juntamente com o departamento jurídico do CFM, estiveram no dia 24 de março reunidos com técnicos da Secretaria de Direito Econômico (SDE) do Ministério da Justiça. A SDE mais o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) e a Secretaria de Acompanhamento Econômico (Seae) do Ministério da Fazenda são encarregados de zelar pela defesa da concorrência no Brasil.

A partir de denúncias de planos de saúde, a SDE mantém o entendimento de que os médicos,

ao se “juntarem em bloco para impor uma tabela de honorários, impossibilitam a concorrência entre prestadores de serviços e elevam os custos para as operadoras e consumidores”.

Na avaliação de Florisval Meinão, membro da COMSU e diretor da AMB, o encontro foi positivo, pois reabriu o diálogo. “Argumentamos que os médicos não pretendem cartelizar nem impor tabela. Dissemos que não há nenhum sistema de reajuste para os médicos, como existe para outras classes

de trabalhadores, pois as empresas não aceitam acordo, não aceitam cláusula contratual de repasse aos médicos e bloqueiam qualquer negociação”. O jurídico do CFM defende que a CBHPM é nomrativa e referencial, não impositiva. Por parte da SDE, segundo Florisval, houve pelo menos um avanço no entendimento de que os médicos podem se organizar para negociar, aceita-se a negociação através de entidade médica, associação ou grupo de médicos, o que dá maior equilíbrio em

relação à concepção anterior, de que a negociação deveria ser individual entre médico e operadora.

A SDE abriu recentemente processos administrativos contra a União Nacional das Instituições de Auto-gestão (Unidas), referentes a negociações de preço no Amazonas, Espírito Santo e Distrito Federal. De acordo com a SDE, a Unidas faz negociações em bloco, em nome de suas filiadas, para a contratação de prestadores de serviços médicos-hospitais nestas regiões. Para a SDE, a atuação

concertada da Unidas impede a concretização das vantagens de um mercado competitivo, eliminando as possibilidades de negociações individuais entre operadoras e prestadores de serviços e a consequente possibilidade de contratação sob condições variadas.

Essa medida contra as operadoras demonstra que quem têm muito mais poder econômico e capacidade de atuar em forma de cartel são os planos de saúde, não os médicos.

CRESCE A MOBILIZAÇÃO NOS ESTADOS

A Comissão Nacional de Saúde Suplementar está incentivando a criação de comissões estaduais. Vários estados já contam com comissões que assumiram uma agenda local de defesa profissional frente aos planos de saúde. Além dos fóruns, encontros estaduais e encontros regionais Pré-ENEM, eventos

nos Estados irão aprofundar o debate: **FÓRUM NACIONAL DISCUTE CBHPM** No dia 9 de abril acontece em Belo Horizonte o Fórum Nacional sobre a CBHPM. O evento irá abordar os aspectos jurídicos da implantação da CBHPM, a remuneração médica e o reajuste dos honorários na

Saúde Suplementar, além de discutir a implantação da CBHPM no SUS.

Mais informações e inscrições: (31) 3247-1634 ou (31) 3241-2811. e e-mail: defesaprofissional@ammg-mail.org.br

SEMINÁRIO EM SP ABORDA FALTA DE REGULAÇÃO A relação entre os médicos e os

planos de saúde será tema de seminário no dia 10 de junho, em São Paulo, 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 da ausência de re-

gulação entre operadoras e médicos e da omissão da ANS nesse campo. Também serão discutidos os problemas relacionados a remuneração, honorários, auditoria médica, descredenciamento, sigilo, confidencialidade e conflitos de interesse. *Mais informações e inscrições (11) 3017-9345 e e-mail: eventos@cremesp.org.br*

Justiça proíbe Golden Cross de exigir pessoa jurídica

Para se livrar de impostos, muitas operadoras de planos de saúde exigem dos médicos a constituição de pessoa jurídica. No caso da empresa Golden Cross, os médicos que não aceitavam a imposição eram descredenciados.

A Justiça proibiu a prática, ao deferir, no dia 14 de março, liminar impetrada pelo

Cremerj contra a Golden Cross. No despacho, a juíza Lilea Pires de Medeiros, da 22ª Vara Federal do Rio de Janeiro, afirmou que se tratava de “ato de clara afronta ao ordenamento jurídico vigente, uma vez que viola os princípios da função social e da boa-fé que devem nortear as relações contratuais”. Na decisão judicial consta

ainda que o objetivo da Golden Cross era “atender unicamente ao interesse de reduzir os custos com o pagamento de tributos legalmente devidos pela ré, no afã de aumentar seus lucros”.

Os médicos que constituem pessoa jurídica geralmente recolhem imposto pelo critério de lucro presumido e têm carga tributária

em torno de 15%. Além do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), as empresas prestadoras de serviço formadas por um único médico pagam PIS (0,65% sobre a receita), Cofins (3% sobre a receita), ISS (de até 5% sobre a receita, conforme a

legislação municipal), tributos sobre a folha de salários (INSS, FGTS, Contribuição para Terceiros, totalizando 44% sobre a folha), mais taxas, IPTU, IOF, CPMF etc. Tudo somado pode atingir mais de 30% do faturamento mensal sobre a pessoa jurídica do médico.

Sulamérica só paga médicos com TISS eletrônica

O Cremerj e a Somerj se reuniram com a ANS no dia 24 de março para tratar da atitude da SulAmérica, que pressiona os médicos a adotarem

a TISS (Troca de Informações em Saúde Suplementar) eletrônica. Em carta enviada aos médicos, a operadora ameaça não efetuar pagamento dos médi-

cos que deixarem de efetuar as faturas por meio eletrônico. A SulAmérica justifica que pode ser multada pela ANS, caso não utilize o sistema, o que é

negado pela agência. Embora a TISS eletrônica possa ser uma meta, é preciso mais tempo para a adequação dos médicos, o que inclui a aquisição

de computadores, de internet com alta velocidade, treinamento de secretárias, sistemas de segurança online, manutenção etc.

EXPECTATIVA: QUEM SERÁ O NOVO PRESIDENTE DA ANS?

Termina no dia 25 de abril de 2010 o segundo mandato do médico Fausto Pereira dos Santos na presidência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Além de diretor-presidente, Fausto

acumula o cargo de diretor de Normas e Habilitação de Produtos. A diretoria da ANS é colegiada, composta por cinco diretores com mandatos não coincidentes. Os diretores recebem um mandato de três anos,

com possibilidade de prorrogação por mais três anos. O diretor-presidente, escolhido entre os membros da Diretoria Colegiada, é indicado pelo Presidente da República, precisa ter o nome aprovado pelo Se-

nado Federal e acumula as funções de Diretor-Geral da agência, de Presidente da Diretoria Colegiada, Presidente da Câmara de Saúde Suplementar e Secretário-Executivo do Conselho de Saúde Suplementar.

A movimentação em relação ao nome que vai ocupar a presidência da ANS acontece em meio a uma polêmica: três dos diretores atuais já ocuparam cargos em empresas ligadas ao setor regulado pela ANS.

IPCA , reajustes das operadoras e defasagem dos honorários

A defasagem dos honorários médicos é mesmo gritante. Basta olhar no quadro a seguir, com os índices de inflação de 2000 a 2009, medidos pelo IPCA (*Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo, utilizado pelo governo para medição das metas inflacionárias*). Ao calcular o IPCA para o período de maio de um determinado ano até abril do ano seguinte - mesma periodicidade

dos reajustes aprovados pela ANS-, os índices acumulam reajuste de 94,81% em dez anos. Já o reajuste da ANS nesses dez anos ficou acima do IPCA, acumulando 118,28%. Além do reajuste anual concedido pela ANS, algumas operadoras tiveram reajustes diferenciados autorizados pela própria agência ou pela Justiça, acumulando índices ainda maiores. As seguradoras Bradesco e Itaúseg,

por exemplo, acumularam mais de 170% de reajuste em suas mensalidades. Nota-se que este levantamento não inclui os aumentos das mensalidades dos planos coletivos, que já representam 73% do mercado de planos de saúde, para os quais os reajustes podem ser ainda maiores, pois podem ocorrer, conforme os contratos, reajustes técnicos ou por sinistralidade. A ANS não disponibiliza

dados sobre o valor médio das consultas médicas ao longo de dez anos. Desde que a agência passou a apurar a média nacional de plano individual, o valor da consulta foi de R\$ 30,28, em 2005; R\$ 32,29 em 2006; R\$ 37,86 em 2007 e R\$ 40,34 em 2008. Em 2008, segundo a ANS, os planos de saúde gastaram cerca de R\$ 10 bilhões com o pagamento de consultas médicas e R\$ 9,9

bilhões com exames diagnósticos. O total da despesa assistencial (internações, despesas médico-hospitalares, atendimentos ambulatoriais, além de consultas e exames) das operadoras foi de R\$ 48,2 bilhões e a despesa administrativa do setor foi de R\$ 10,6 bilhões. Os planos de saúde faturaram R\$ 58,8 bilhões em 2008. Os dados de 2009 serão divulgados em meados de 2010.

Comparação entre IPCA, reajuste concedido pela ANS e reajuste de planos individuais/familiares de operadoras selecionadas – 2000 a 2009 (em %)

Fontes: IPCA/ IBGE/ANS/IDEC

Índice	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Acumulado 2000/09
IPCA	6,77	6,61	7,98	16,77	5,26	8,07	4,63	3,00	5,04	5,41	94,81
Reajuste - ANS	5,42	8,71	7,69	9,27	11,75	11,69	8,89	5,76	5,48	6,76	118,28
Sul América	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	26,1	11,57	9,94	7,12	6,76	121,73
Bradesco Saúde e Itaúseg Saúde	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	25,8	11,57	9,94	7,12	6,76	170,14
Amil	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	20,07	11,46	6,64	6,24	6,76	147,79
Golden Cross	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	19,23	11,46	6,64	6,24	6,76	146,06
Porto Seguro (*)	5,42	8,71	9,39	9,27	11,75	11,69	14,83	6,64	6,24	6,76	137,47

* Em dezembro de 2006 a carteira de contratos individuais antigos da Porto Seguro foi adquirida pela Amil. Desde então, aplicou-se aos contratos vinculados a essa carteira o percentual de reajuste da Amil.

COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Coordenador: Aloísio Tibiriçá Miranda. Membros: Amílcar Martins Giron, Celso Murad, Dennis Burns, Florisval Meinão, Isaiás Levy, Josélia Lima, Márcia Rosa de Araújo, Márcio Costa Bichara, Mário Antônio Ferrari, Paulo Ernesto, Renato Azevedo, Waldir Cardoso

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM) - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB) - FEDERAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS (FENAM)

Tel: (61) 3445-5988 Fax: (61) 3246-0231 – e-mail comissoes@cfm.org.br