



HONORÁRIOS MÉDICOS NA SAÚDE SUPLEMENTAR

AGENDA REGULATÓRIA DA ANS

Aloísio Tibiriçá Miranda
Coordenador da COMSU e 2º vice-presidente do CFM



Taxa de cobertura assistencial dos planos, segundo Grandes Regiões e UF (Brasil - dezembro/2012)

Região / UF	Estado	Capital	Região Metropolitana	Interior
Norte	10,8	23,9	22,6	5
Rondônia	13,2	26,5	-	8
Acre	5,6	10,8	-	1,2
Amazonas	15,2	28,2	24,3	1,2
Roraima	6,6	10,1	-	0,5
Pará	9,8	27,1	23,3	6
Amapá	10,3	13,8	12,7	5,1
Tocantins	7	21,5	-	4
Nordeste	12,1	32,7	27,1	6,3
Maranhão	6,6	29,8	22,3	2,3
Piauí	7,4	21,4	18	2,4
Ceará	13,4	35,6	28,4	4,3
Rio Grande do Norte	15,9	38,7	28,2	8,2
Paraíba	10,4	29,4	21,7	5,8
Pernambuco	17,3	44,5	32,8	11,6
Alagoas	13	27,8	23,8	6,6
Sergipe	13,6	35,7	27,2	5,1
Bahia	10,8	28,2	26,9	6,7
Sudeste	37,4	56,7	47	31
Minas Gerais	25,9	55,2	41,6	21,9
Espírito Santo	32,6	71,6	47,8	28,6
Rio de Janeiro	36,6	52,8	40,7	26,1
São Paulo	43,6	58,7	52,1	37,9
Sul	23,4	49,1	36,6	19,5
Paraná	24,4	53,2	40,2	18,6
Santa Catarina	21,6	42,7	31,9	20,1
Rio Grande do Sul	23,5	45,9	34,7	20,1
Centro-Oeste	18,3	29,3	24,2	11,9
Mato Grosso do Sul	18,4	25,4	-	11,9
Mato Grosso	14,2	32,7	27,2	10,1
Goiás	15,7	30,1	19,2	11,7
Distrito Federal	29,3	29,3	29,3	-
Brasil	24,7	43,3	37,7	18,9

Fonte: ANS

ALGUNS NÚMEROS DO SETOR

Situação de desequilíbrio

Dados sobre os reajustes praticados pelas operadoras

Índices do IPCA x Índices da ANS		
Ano	IPCA %	Reajuste ANS %
2000	5,97	5,42
2001	7,67	8,71
2002	12,53	7,69
2003	9,3	9,27
2004	7,6	11,75
2005	5,69	11,69
2006	3,14	8,89
2007	4,46	5,76
2008	5,9	5,48
2009	4,31	6,76
2010	5,91	6,73
2011	6,5	7,69
2012	5,84	7,93
<i>Acumulado 2000 a 2012</i>	<i>126,75</i>	<i>170,78</i>

IPCA: variação acumulada no ano

ALGUNS NÚMEROS DO SETOR

Situação de desequilíbrio

A receita dos planos de saúde cresce, em média, 14% ao ano. Em 2011, as operadoras médico-hospitalares tiveram uma receita de R\$ 82,4 bilhões, 12,9% a mais que em 2010

Ano	Receita das operadoras médico-hospitalares	Crescimento Anual (%)
2001	22.036.349.139	-
2002	25.691.143.356	16,6
2003	28.242.646.837	9,9
2004	32.025.713.892	13,4
2005	36.522.370.360	14
2006	41.713.758.347	14,2
2007	51.121.037.497	22,6
2008	59.506.626.909	16,4
2009	64.467.357.176	8,3
2010	72.978.896.332	13,2
2011	82.394.345.945	12,9
2012	92.703.738.667	12,5

Fonte: ANS

Reclamações contra planos de saúde	
2002	16.415
2003	20.396
2004	30.543
2005	20.366
2006	16.359
2007	7.018
2008	15.895
2009	23.984
2010	30.865
2011	54.178
2012	75.916

Fonte: BBC Brasil/ANS

ALGUNS NÚMEROS DO SETOR

Situação de desequilíbrio

A receita das operadoras médico-hospitalares cresceu 192% entre 2003 e 2011. No mesmo período, o valor médio pago por uma consulta médica, segundo a ANS, cresceu 65%. Há planos que ainda pagam valores abaixo dessa média.

Ano	Valor médio pago por uma consulta médica (R\$)
2012*	-
2011	46,12
2010	42,54
2009	40,26
2008	40,3
2007	36,91
2006	33,37
2005	31,38
2004*	30,00
2003*	28,00

A *Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos em vigor (2012)* referencia o valor de R\$ 67,82 para as consultas médicas.

Fonte: ANS. Os dados de valor médio da consulta em 2003 e 2004 são das entidades médicas. *O valor para 2012 deverá ser publicado na próxima edição do Caderno de Informação da Saúde Suplementar da ANS.



LEI 9.961, DE 28 DE JANEIRO DE 2000

Cria a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

Art. 3º A ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País.

Art. 4º Compete à ANS:

II – estabelecer as características gerais dos instrumentos contratuais utilizados na atividade das operadoras;

IV – fixar critérios para os procedimentos de credenciamento e credenciamento de prestadores de serviço às operadoras;



RN 71, DE 17 DE MARÇO DE 2004

Estabelece os requisitos dos instrumentos jurídicos a serem firmados entre as operadoras de planos privados de assistência à saúde ou seguradoras especializadas em saúde e profissionais de saúde ou pessoas jurídicas que prestam serviços em consultórios.



RN 71, DE 17 DE MARÇO DE 2004

Art. 2º ...

Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam: (...)

II – objeto e natureza do ajuste com a descrição de todos os serviços contratados, contendo: (...)

c) procedimento para o qual o profissional de saúde ou pessoa jurídica são indicados, quando a prestação do serviço não for integral; e,

d) regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica – hospitalar, ambulatorial e urgência;



RN 71, DE 17 DE MARÇO DE 2004

V – critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação...

VII –Direitos e obrigações ...

c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;



INSTRUÇÃO NORMATIVA Nº 49, DE 17 DE MAIO DE 2012

Regulamenta o critério de reajuste

(...)

Art. 4º As partes deverão escolher uma das seguintes formas de reajuste:

I – índice vigente e de conhecimento público;

II – percentual prefixado;

III – variação pecuniária positiva;

IV – fórmula de cálculo do reajuste.



A INSATISFAÇÃO COM OS PLANOS

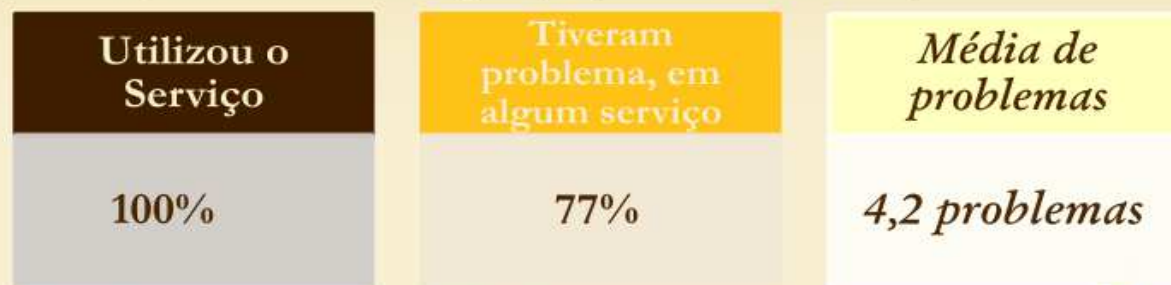
Pesquisa Datafolha

Utilização dos serviços do plano de saúde e ocorrência de problemas

Ocorrência de problemas nos serviços de planos de saúde

Investigação estimulada sobre a Utilização de 9 serviços, nos últimos 24 meses

Para 6 serviços foram estimulados os principais problemas → total de 31 problemas



projeção aproximada

10 milhões de pessoas

7,7 milhões de pessoas



Segmentos com maior ocorrência de problemas

- Outras cidades RM: 80%
- Paulista/Araraquara/Piracicaba: 83%
- Vale do Paraíba/Litoral: 82%
- Mulheres: 80%
- 35 a 44 anos: 84%
- Curso Superior: 82%

Base: Total da amostra

P.5 Pensando nos últimos 24 meses, ou seja, de abril de 2010 até abril de 2012, você utilizou o seu plano de saúde __ para: __?

P.6 Falando sobre ____, pensando no seu plano __, nos últimos 24 meses com que frequência: ____

A INSATISFAÇÃO COM OS PLANOS

Pesquisa Datafolha

Utilização dos serviços do plano de saúde e ocorrência de problemas

Ocorrência de problemas nos serviços de planos de saúde

Investigação estimulada sobre a Utilização de 9 serviços, nos últimos 24 meses
 Para 6 serviços foram estimulados os principais problemas → total de 31 problemas

	Utilizou o serviço	Teve problema com o serviço	Índice de USUÁRIOS com problema
Consultas médicas	96%	62% <small>6 itens</small>	64%
Exames diagnósticos	84%	33% <small>4 itens</small>	40%
Pronto Socorro/Pronto Atendimento	58%	42% <small>6 itens</small>	72%
Internações hospitalares	20%	8% <small>8 itens</small>	39%
Cirurgias	18%	3% <small>4 itens</small>	15%
Preços e pagamentos*	-	4% <small>3 itens</small>	-

Base: Total da amostra Total da amostra Utilizou o serviço

*Preços e pagamentos não são utilizados por todos, pois há planos empresariais

HISTÓRICO DE TRABALHO

7 de abril
ALERTA AOS MÉDICOS



Participe da paralisação do atendimento aos planos, na luta por:

- Fim da interferência antiética dos planos na assistência aos pacientes
- Contratos com previsão de reajustes para os médicos
- Honorários profissionais dignos
- Ação efetiva da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)

Contamos com a adesão dos brasileiros para a valorização da medicina e da assistência à saúde.

7 DE ABRIL VITORIOSO



No dia 7 de abril, os médicos se uniram contra os planos de saúde. A maioria dos colegas aderiu ao protesto:

- Pelo fim da interferência na autonomia médica
- Pela valorização do exercício da Medicina

Foi um passo importante, mas a nossa luta não pára por aí. As entidades médicas nacionais e estaduais continuam atentas e mobilizadas.

FIQUE ATENTO AOS PRÓXIMOS PASSOS E NÃO DEIXE DE PARTICIPAR.

Abril de 2011

21 de setembro: Médicos fazem protesto nacional

**Vamos dar um cartão vermelho para os planos de saúde
que não querem negociar os honorários médicos**

+ Neste dia, os médicos não atenderão aos planos de saúde definidos pelas entidades estaduais.

+ Desde a vitoriosa paralisação de 7 de abril as entidades buscam negociar os reajustes com as operadoras. O dia 21 é um protesto contra as operadoras que se recusam a negociar com a categoria ou que apresentaram propostas irrisórias de reajuste de honorários.

+ Mas a suspensão dos atendimentos atingirá apenas essas empresas. Os outros planos – que já fecharam acordos ou estão em discussão para isso – não serão afetados.

+ Os planos alvo na sua região, serão divulgados pelas entidades médicas estaduais e nacionais.

+ Informe seus pacientes sobre a suspensão e oriente-o a buscar o reagendamento de sua consulta.

Setembro de 2011



Abril de 2012



HISTÓRICO DE TRABALHO

BASTA AOS ABUSOS DOS PLANOS DE SAÚDE

Médicos exigem assistência de qualidade para os pacientes e valorização da Medicina!

De 10 a 25 de outubro, médicos de todo o país vão protestar em defesa do bom atendimento e melhor remuneração.

Confira os principais pontos de reivindicação da categoria:

- 1 - Reajuste dos honorários de consultas e outros procedimentos
- 2 - Inserção nos contratos de critérios de descredenciamento
- 3 - Inserção nos contratos de critérios de reajuste (com índices e periodicidade) em negociação coletiva
- 4 - Resposta da ANS à proposta de contratualização encaminhada pelas entidades médicas
- 5 - Fim da intervenção antitética na autonomia da relação médico-paciente.

Os detalhes da mobilização serão definidos em assembleias organizadas pelas Comissões Estaduais de Honorários Médicos.

APOIO

BASTA AOS ABUSOS DOS PLANOS DE SAÚDE

Médicos e pacientes exigem assistência de qualidade. Valorização da Medicina já!

De 10 a 25 de outubro, médicos de todo o país vão protestar em defesa do bom atendimento e melhor remuneração.

LEIA AQUI A CARTA DO PROTESTO

Os detalhes da mobilização serão definidos em assembleias organizadas pelas Comissões Estaduais de Honorários Médicos.

APOIO

BASTA AOS ABUSOS DOS PLANOS DE SAÚDE

De outubro terminou, mas a luta pela assistência de qualidade e valorização da medicina continua!

Entidades médicas locais, a mobilização em defesa do bom atendimento e por reatuação dos honorários médicos gerou grande impacto na sociedade, colocando problemas enfrentados pela população e pelos profissionais na relação com os planos de saúde.

Sitios da ampla e inédita mobilização nacional, que durou 15 dias em alguns estados, sendo colhidos.

Comissões Estaduais de Honorários Médicos continuarão atentas e pressionando por melhorias. O seu apoio é fundamental para o êxito dessa cruzada!

Atividades no seu estado e ajude a dar um basta aos abusos dos planos de saúde!

Confira como foi o protesto nacional e sua repercussão.

APOIO

Outubro de 2012



25 DE ABRIL

DIA NACIONAL DE ALERTA AOS PLANOS DE SAÚDE



Colega, fique atento e participe!

Em 25 de abril, acontece o Dia Nacional de Alerta aos Planos de Saúde. Em todo o país, as entidades médicas organizarão atos e audiências públicas para mostrar a insatisfação dos médicos com os serviços prestados pelos planos de saúde e que afetam mais de 48 milhões de brasileiros usuários da rede suplementar.

Para que a mobilização seja bem sucedida, as Comissões Estaduais de Honorários Médicos (compostas pelas Associações Médicas, Conselhos Regionais de Medicina, Sindicatos Médicos e Sociedades Estaduais de Especialidades) estão marcando assembleias para definir o formato do protesto.

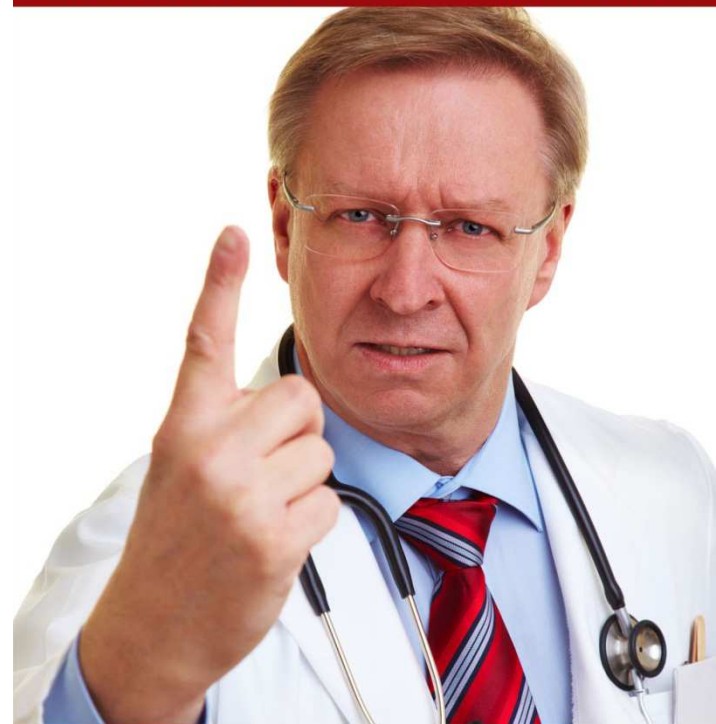
Fique atento às atividades organizadas pelas entidades médicas do seu Estado. Sua participação é fundamental para fortalecer a luta em prol das reivindicações dos médicos e da melhora do atendimento.

Converse com seus pacientes. É importante que a população – em especial aqueles que pagam planos de saúde – entenda os motivos do protesto e apoie os médicos.

Esta luta diz respeito à saúde de todos os brasileiros.



25 DE ABRIL
DIA NACIONAL DE ALERTA AOS PLANOS DE SAÚDE



COM SAÚDE NÃO SE BRINCA!
Os médicos exigem assistência de qualidade
e a valorização do seu trabalho

APOIO



CFM
CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA



FENAM
Federação Nacional dos Médicos



ANS – AGENDA REGULATÓRIA 2013/2014

3 - RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

3.1 Avaliar e divulgar novas Sistemáticas de Remuneração de Hospitais que atuam na Saúde Suplementar.

Eixo: Relacionamento entre operadoras e prestadores.

Problema: Há distorção da remuneração entre materiais e a assistência.

Produto esperado: Desenvolver análise criteriosa das sistemáticas propostas, com a elaboração de um guia prático de implantação com base nas avaliações do projeto-piloto.



ANS – AGENDA REGULATÓRIA 2013/2014

3 - RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

3.2 Desenvolver metodologia de hierarquização de procedimentos.

Eixo: Relacionamento entre operadoras e prestadores.

Problema: Faltam critérios técnicos para o alinhamento da remuneração entre o valor do procedimento e o custo associado ao trabalho médico.

Produto esperado: Estudos que viabilizem que os preços relativos aos procedimentos médicos reflitam, de modo hierarquizado, seus custos relativos.

ANS – AGENDA REGULATÓRIA 2013/2014

3 - RELACIONAMENTO ENTRE OPERADORAS E PRESTADORES

3.3 Aperfeiçoar as regras para o relacionamento entre operadoras de planos privados de assistência à saúde e prestadores de serviços e profissionais de saúde.

Eixo: Relacionamento entre operadoras e prestadores.

Problema: Há **desnível na relação contratual** entre operadoras e prestadores de menor porte; instabilidade nos produtos oferecidos, por descredenciamento de prestadores; não há disciplina em relação à qualificação e adoção do padrão de troca de informações.

Produto esperado: Regras mais claras nos contratos, trazendo maior estabilidade aos produtos adquiridos pelos beneficiários.

Nº 14

ABRIL

2012

BOLETIM DA COMISSÃO NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (COMSU)

Conselho Federal de Medicina (CFM)
Associação Médica Brasileira (AMB)
Federação Nacional dos Médicos (FENAM)

COMSU ENTREGA PROPOSTAS DE CONTRATUALIZAÇÃO À ANS

No dia 25 de abril, data em que os médicos brasileiros deram cartão amarelo aos planos de saúde, a Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu) composta por representantes das entidades médicas - Conselho Federal de Medicina (CFM), Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e Associação Médica Brasileira (AMB) - entregou formalmente à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) documento com quinze propostas da categoria para estabelecer critérios adequados para a contratação de médicos pelas operadoras de planos de saúde.



1. Toda entidade médica legalmente constituída poderá negociar com as operadoras em nome de seus juridicionados, sem exclusão de uma pelas outras.
 2. Obrigatoriamente, haverá uma data base anual Nacional estabelecida para reajuste ou aditivos contratuais com redefinição dos valores dos serviços contratados, segundo os critérios estabelecidos na negociação coletiva anual entre a operadora e a representação dos prestadores.
- § 1º O critério de remuneração mínima terá como valor a CBHPM em vigor.
- § 2º O índice de reajuste anual, quando não houver negociação, será o mesmo fixado pela ANS para os usuários de planos de saúde.

- 3. Os serviços prestados deverão ser efetivamente pagos em até 30 dias corridos da apresentação do faturamento no primeiro dia útil de cada mês e, no caso da entrega do envio do faturamento eletrônico o prazo é de 10 dias corridos para o pagamento.**
- 4. O atraso no pagamento obrigará a operadora ao pagamento de multa de xxxx e atualização monetária de xxxx ao dia.**
- 5. Não serão admitidas glosas de procedimentos médicos realizados que estejam no Rol da ANS ou da operadora ou que tenham sido objeto de autorização prévia, bem como de qualquer desconto indevido.**
- 6. As glosas que porventura forem feitas pela operadora, das quais caberá pedido de reconsideração, serão notificadas ao prestador em documento assinado pelo médico auditor, com explicação detalhada de cada caso, até o dia 15 (quinze) do mês de apresentação do correspondente documento de cobrança, cabendo recurso em 10 dias pelo prestador.**

- 7. Os contratos serão firmados entre os prestadores médicos PF ou PJ.**
- 8. Os profissionais médicos poderão prestar seus serviços como PF ou PJ, de acordo com o profissional, vedado o constrangimento de migrar de uma para outra situação.**
- 9. Os contratos deverão estabelecer o local (tipo / especificação) de atendimento do profissional aos pacientes usuários da operadora.**
- 10. Os pagamentos devidos ao prestador pela execução de serviços em unidades de saúde deverão ser efetuados diretamente ao profissional, pela operadora. Excetua-se os casos de médicos contratados diretamente pela Unidade.**

Parágrafo Único: o atendimento realizado entre às 19 horas e às 7h durante a semana e em finais de semana e feriados, sem prejuízo do disposto no caput, serão remunerados com acréscimos de 30%.

11. Fica vedado o descredenciamento de médico de operadora, exceto por decisão motivada e justa, garantindo-se ao médico o direito de defesa no âmbito da operadora ou outro.

§ 1º No caso de descredenciamento, o médico será notificado com 90 dias de antecedência e caso seja motivado por redimensionamento da rede, deverá ter o aval da ANS.

§ 2º A inobservância do caput implicará a reintegração no trabalho com todas as garantias e demais vantagens relativas ao período de afastamento, o qual será considerado como de efetiva prestação de serviços.



- 12. As partes se obrigam a respeitar e abrigar nos contratos, o Código de Ética Médica e Resoluções amparadas em lei, emanadas dos Conselhos de Medicina.**

- 13. O foro eleito no contrato deverá ser obrigatoriamente o do local da prestação do serviço médico.**

- 14. A operadora fornecerá aos prestadores médicos o extrato mensal detalhado da prestação dos serviços, incluindo as glosas.**

- 15. A Operadora de Plano de Saúde disponibilizará um canal direto de comunicação do prestador médico com a coordenação médica da operadora.**



GUIA PRÁTICO DA CONTRATUALIZAÇÃO

O equilíbrio entre os interesses
dos prestadores de serviços e das
operadoras de planos de saúde



Obrigado!