

ISSN 0004-5233

Março/Abril/Maio
de 2004
Ano 45
Nº 1332

www.amb.org.br

J

A

M

B

**JORNAL DA
ASSOCIAÇÃO
MÉDICA
BRASILEIRA**



Eleuses Vieira de Paiva
Presidente



Sabe quanto um médico recebe dos planos de saúde para atender você?

MOBILIZAÇÃO OBTÉM RESULTADOS

Movimento de implantação da CBHPM avança acentuadamente no Nordeste e ganha apoio do ministro da Saúde. Sergipe, Maranhão, Acre e Pará assinaram os primeiros acordos.

Páginas 6 e 7

ESCOLAS MÉDICAS

Ministério da Educação atendeu apelo das entidades médicas e prorrogou por mais 180 dias o prazo para a abertura de novos cursos

Página 3

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Entidades médicas apresentaram propostas visando a regulamentação do setor de saúde em áreas específicas

Página 4

CONTRATUALIZAÇÃO

ANS publicou Resolução Normativa balizando os contratos entre médicos e operadoras. A AMB sugere cautela ao assinar

Página 12

EDITORIAL

A importância da mobilização da classe médica para a sua valorização profissional

“Quando sua luta começa dentro dele, é que o homem vale alguma coisa.”
(Browning, 1899)

A situação da classe médica está insustentável! Os pacientes pagam cada vez mais às operadoras de planos e seguros de saúde, enquanto os médicos ganham cada vez menos. Os obstáculos e dificuldades ao longo desta última década têm sido bancados por toda a classe médica, sem a devida correção dos valores referentes à consulta e aos atos médicos. Afinal, que trabalhador estaria satisfeito em atuar em um mercado de trabalho que há cerca de 10 anos não recebe os devidos repasses dos aumentos nas mensalidades pagas pelos usuários? Ou ainda, que profissional consegue exercer plenamente o seu ofício, sofrendo restrições cada vez maiores na liberação de suas prescrições de procedimentos, internações e cirurgias?

Esta é a razão pela qual as entidades médicas nacionais já vêm há muito tempo alertando sobre os riscos resultantes dos baixos honorários na manutenção da qualidade do atendimento aos usuários e unidas estão mobilizadas em defesa da implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos - CBHPM, trabalho elaborado conjuntamente pela Associação Médica Brasileira, Conselho Federal de Medicina e Sociedades de Especialidades. Classificação esta definida pela Resolução 1673/03, do CFM, como o padrão mínimo e ético de remuneração para os procedimentos médicos na saúde suplementar.

A CBHPM amplia a proteção aos usuários dos planos e seguros de saúde. Saliente-se que as entidades médicas reconhecem somente procedimentos médicos com efetivo benefício ao cidadão, respeitando sempre o rigor científico e os aspectos legais quanto à sua utilização, razão pela qual entende-se que a CBHPM representa o parâmetro ético e atual da cobertura assistencial.

Estamos falando de um movimento objetivo, reivindicatório da correção dos valores devidamente comprovados pela Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da Universidade de São Paulo (FIPE), uma entidade reconhecida pela sua idoneidade e competência. Os novos valores foram definidos depois de três anos de pesquisas e de acordo com o grau de dificuldade de cada procedimento. Insistimos que, ao longo deste período, as correções verificadas, como por exemplo a de 2003, estão muito longe do que nos é devido, se confrontadas com os dados referidos pela FIPE.

As iniciativas de pressão nas negociações com as empresas operadoras de saúde, inclusive as suspensões ocorridas em vários Estados, têm revelado adesão expressiva da classe médica, mas ainda não é o suficiente. Não deixe de participar em seu Estado deste movimento reivindicatório legítimo.

Jurandir Marcondes Ribas Filho
Diretor de Proteção ao Paciente
da Associação Médica Brasileira

ARTIGO

Escolas médicas: não basta apenas denunciar

A educação médica é uma das mais importantes pautas do Planejamento Estratégico da Associação Médica Brasileira e do Conselho Federal de Medicina. Entidades que, por suas características constitutivas, têm legitimidade para participar, de forma consultiva, na autorização de funcionamento e abertura de novas vagas, avaliação e reconhecimento dos cursos de graduação na área médica, a exemplo do que ocorre na maioria dos países civilizados, onde são sempre ouvidas as entidades de classe das carreiras envolvidas.

Não basta apenas denunciar. O grande desafio das entidades médicas é ver efetivamente restringidas as possibilidades de abertura de novos cursos de medicina no país. O estudo “**Abertura de Escolas de Medicina no Brasil: Relatório de um Cenário Sombrio**”, de nossa autoria juntamente com a socióloga Maria Cristina Pieruccini, visa contribuir ao debate. Este estudo dá continuidade à temática focada nos Fóruns Regionais “Novas Escolas de Medicina: Necessidade ou Oportunismo?”, que tivemos a honra de coordenar em 2002.

Um levantamento preliminar indicava a existência de muitos dados sobre o tema, porém eles costumavam ser apresentados de forma genérica e repetitiva. Assim, tentamos preencher esta lacuna utilizando uma metodologia que contempla o cruzamento e análise das informações disponíveis nos mais diversos órgãos, tais como Ministério da Educação (Inep e Sesu), Conselho Nacional de Saúde e IBGE. Desta forma, foi possível levantar estado por estado a relação médico/habitante, o que permite traçar um mapeamento da concentração espacial destes profissionais, paralelamente à localização no tempo e no espaço das escolas médicas brasileiras. O estudo procura, ainda, levantar a legislação vigente no setor, reconstituindo os trâmites e pré-requisitos para a autorização de abertura de novas escolas de medicina no país, bem como busca esclarecer os mecanismos institucionais de avaliações de desempenho do Ministério da Educação. Por fim, o estudo faz algumas recomendações, com destaque para a necessidade da aprovação de projetos de lei, que, em sendo aprovados pelo Congresso Nacional, resultarão em um maior controle do processo

de autorização de funcionamento de novas escolas de medicina no Brasil.

Diante dos problemas levantados, as entidades médicas devem insistir, junto ao Ministério da Educação, na cobrança do cumprimento das recomendações resultantes das avaliações de desempenho de cursos de medicina. Esta, porém, não é só uma questão de fiscalização oficial, nem tampouco pode ser resolvida pelas entidades de classe. O fundamental é que tanto a sociedade, como as próprias instituições, se convençam de que para criarem um curso terão que atender aos pré-requisitos de implantação física, inclusive com hospital-universitário, e de pessoal qualificado, tendo em vista atender às Diretrizes Curriculares de Graduação em Medicina.

Por outro lado, a sociedade brasileira necessita ser esclarecida sobre a importância da qualidade do ensino na prática médica. É fundamental que a sociedade entenda que não há necessidade de mais médicos e sim de médicos bem formados e adequadamente distribuídos no país. Esta é uma questão muito séria, que pode comprometer a qualidade do atendimento prestado à população. A educação médica deve, assim, pautar-se na responsabilidade social, que nada mais é do que o compromisso com o SUS.

O projeto, no entanto, não deve se valer do SUS como financiador da assistência e da pesquisa. Terá de atender a todas as exigências para a oferta de vagas na residência médica. O prefeito, gestor do SUS, tem que saber que deverá manter unidades de saúde, hospital universitário com todos os equipamentos necessários para um ensino de qualidade. Para atender a todas essas necessidades e outras mais, o investimento é significativo. Não se pode aceitar, em contrapartida, que alguns requisitos indispensáveis ao funcionamento do curso fiquem na promessa de implantação futura, ao longo de seis anos de graduação, como acontece atualmente.

Somente assim a sociedade estará protegida dos profissionais com formação inadequada e as entidades médicas poderão intervir na busca de ensino de qualidade com formação técnico-científica, ética e humanitária.

Ronaldo da Rocha Loures Bueno
2º Vice-presidente da AMB



DIRETORIA

PRESIDENTE
Eleuses Vieira de Paiva

PRIMEIRO VICE-PRESIDENTE
Lincoln Marcelo Silveira Freire

SEGUNDO VICE-PRESIDENTE
Ronaldo da Rocha Loures Bueno

VICE-PRESIDENTES
Remaclo Fischer Junior, Flavio Link Pabst, Ranon Domingues da Costa, Ricardo Saad, Carlos D.A. Bichara, David M. Cardoso Filho, Lúcio Antonio Prado Dias, José Guerra Lages, J. Samuel Kierszenbaum, José Luiz G. do Amaral.

SECRETÁRIO-GERAL
Edmund Chada Baracat

1º SECRETÁRIO
Aldemir Humberto Soares

1º TESOUREIRO
Amílcar Martins Giron

2º TESOUREIRO:
José Alexandre de Souza Sittart

DIRETORES:

Cultural - Severino Dantas Filho;
Relações Internacionais - David Miguel Cardoso Filho; **Científico** - Fabio Biscegli Jatene; **Defesa Profissional** - Eduardo da Silva Vaz; **DAP** - Martinho Alexandre R.A. da Silva; **Economia Médica** - Marcos Pereira de Ávila; **Marketing** - Roque Salvador A. e Silva; **Saúde Pública** - Samir Dahas Bittar; **Atendimento ao Associado** - Ricardo de Oliveira Bessa; **Proteção ao Paciente** - Jurandir M.R. Filho; **Acadêmico** - Elias F. Miziara; **Jamb** - Horácio José Ramalho.

JAMB

DIRETOR RESPONSÁVEL
Horácio José Ramalho

EDITOR EXECUTIVO
César Teixeira (Mtb 12.315)

COLABORAÇÃO
Camila Kaseker

DIAGRAMAÇÃO, EDITORAÇÃO E ARTE
Sollo Comunicação

DEPARTAMENTO COMERCIAL
Fone (11) 3178-6806

TIRAGEM: 60.000 exemplares
PERIODICIDADE: Bimestral

IMPRESSÃO: Plural

REDAÇÃO E ADMINISTRAÇÃO
Rua São Carlos do Pinhal, 324
01333-903 – São Paulo – SP
Tel. (11) 3178-6800 – Fax (11) 3178-6816
E-Mail: jamb@amb.org.br

ASSINATURA
Fone (11) 3178-6800, ramal 130
Anual R\$ 36,00; avulso R\$ 3,00.

As colaborações assinadas expressam unicamente a opinião de seus autores, não coincidindo necessariamente com as posições da AMB.

Reivindicações ao Ministério da Saúde

As quatro entidades médicas nacionais - CFM, AMB, Fenam e CMB - reuniram-se, no dia 4 de março, na sede do Conselho Federal de Medicina, em Brasília com o Ministério da Saúde (foto). Além de membros do Ministério, o diretor-presidente da ANS, Fausto Pereira dos Santos, também participou do encontro. Resumidamente, estes foram os principais pontos discutidos e acertados com o Ministério da Saúde:

Escolas Médicas – Existe no Ministério uma Comissão, criada após a suspensão provisória de abertura de novas escolas médicas, que trabalha na elaboração de relatório buscando apresentar a real situação do ensino de Medicina no país. Ficou acertado que o trabalho realizado pela AMB/CFM “Novas Escolas de Medicina: necessidade ou oportunismo”, também servirá

como base para o relatório final da Comissão. Acordou-se ainda que o Ministério da Saúde se reunirá com o Ministério da Educação para aprovação de um relatório final e sua devida implantação. O Ministério da Saúde concorda com as entidades e prometeu incluir no relatório que é necessário normatizar a abertura de escolas médicas com critérios claros e objetivos, garantindo primordialmente a qualidade de ensino. Será defendido também



que os mesmos critérios aprovados para a abertura de novas escolas sejam utilizados para avaliação das escolas em funcionamento.

Projeto Diretrizes – AMB/CFM Ficou estabelecido que técnicos do Ministério da Saúde e a equipe técnica da AMB deverão promover reuniões objetivando a avaliação do projeto e sua implantação no Sistema Único de Saúde. Atualmente o projeto conta com 80 diretrizes finalizadas, já publicadas em dois volumes.

CBHPM – A AMB entregou ao Ministério da Saúde carta assinada em conjunto com a Fenaseg - Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização solicitando a participação da ANS como mediadora das negociações entre as duas entidades. A AMB entende que não pode haver omissão das autoridades competentes na intermediação da relação dos médicos com as operadoras que, por economia, não vem oferecendo o atendimento adequado à população, recusando-se a adotar os novos avanços da Medicina.

Operadoras de Planos de Saúde – A pedido das entidades, ficou acordado que a ANS deverá fiscalizar o cumprimento da Lei dos Planos de Saúde (9657/98) que determina o registro de todas as operadoras de planos de saúde nos Conselhos Regionais de Medicina, bem como a nomeação de seus

responsáveis técnicos, o que não vem sendo cumprido pelas empresas. **Contratualização** – O diretor-presidente da ANS informou que a minuta da contratualização entre prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde está pronta e pautada para ser apresentada na reunião da executiva da agência, quando será submetida à aprovação.

Revalidação automática de diplomas de médicos formados no exterior – As entidades apresentaram ao Ministro as deliberações do Enem - Encontro Nacional das Entidades Médicas, realizado no ano passado, entendendo que a experiência leva a defender a realização de uma prova de conhecimentos específicos e de proficiência na língua portuguesa (no caso de profissionais estrangeiros) como a melhor forma para revalidar o diploma do médico estrangeiro.

AMB discute na Câmara migração dos planos antigos

O presidente da AMB, Eleuses Vieira de Paiva, participou, no dia 4 de fevereiro, de audiência pública na Câmara dos Deputados, em Brasília, para discutir a Medida Provisória nº 148/03, que trata da migração dos planos de saúde contratados antes de entrar em vigor a Lei 9656/98 (Lei dos Planos de Saúde), em janeiro de 1999.

A Medida deu poderes à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para estipular as condições para a migração, podendo o usuário permanecer com o contrato antigo, porém sem a proteção da lei, adaptar o plano ou mudar para um novo. Nos dois últimos casos, as mensalidades sofrem reajustes, já que, pela lei, os planos são

obrigados a cobrir alguns procedimentos médicos anteriormente não contemplados.

Na audiência, que também contou com a presença de outras entidades de defesa do consumidor e do Conselho Nacional de Saúde, foram apresentadas à relatoria da MP uma série de propostas para garantir os direitos dos usuários dos planos de saúde antigos e a autonomia dos profissionais de Medicina e, posteriormente, anunciadas em comunicado conjunto, assinado pela AMB e pela Pro Teste - Associação Brasileira de Defesa do Consumidor, destacando os principais pontos (quadro ao lado) que devem ser solucionados urgentemente para a melhoria do sistema.

1. As entidades entendem que essas normas não podem ser definidas por Medida Provisória, devendo ser reguladas por lei que estabeleça princípios rígidos e que garanta o direito adquirido dos consumidores de planos de saúde e possa orientar a atuação da Agência Nacional de Saúde.
2. Se houver necessidade de aumento da mensalidade quando da adaptação dos contratos, os critérios desse aumento devem considerar o tempo de duração do contrato, bem como o nível de cobertura que cada tipo de contrato proporciona. A necessidade de aumento deve ser justificada, comprovada e aprovada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, que deverá controlar e coibir eventuais abusos, fixando um percentual a ser aplicado a cada plano.
3. A migração progressiva deve ser expressamente proibida, pois acarretará ao consumidor um ônus financeiro maior, mantendo-o desprotegido nas coberturas.
4. Alteração da data-base de reajuste tanto na adaptação como na migração, tendo em vista que a manutenção desta significaria a aplicação de mais de um aumento no mesmo ano. O caráter essencial das mudanças seguido de ajustes nas mensalidades justificam a alteração da data-base. Tal medida visa evitar que o usuário seja surpreendido por três aumentos consecutivos – faixa etária, aniversário do contrato e migração -, inviabilizando sua permanência no sistema de saúde suplementar.
5. Proibir o condicionamento de um percentual mínimo de adesões para a implementação da proposta de adaptação ou definição de reajuste, pela impossibilidade de avaliação clara e objetiva do valor a ser definido em função do número de adesões.
6. A carência para atendimentos de urgência ou emergência deve ser de 24 horas conforme o disposto na letra C, inciso V do artigo 12 e artigo 35 C da Lei 9656/98. Atualmente, como o plano ambulatorial garante cobertura de urgência e emergência somente até as 12 primeiras horas de atendimento ou até que evolua para internação, na prática, as operadoras de planos privados de assistência à saúde têm negado o atendimento aos consumidores que se encontrem nessas situações sempre que estiverem em cumprimento de carência contratual.
7. As normas que estão para ser editadas colocam em risco o consumidor, pois possibilitam que as empresas, além de aplicarem aumentos reais de até 15% sobre os contratos, instituem novas carências que variam de 30 a 90 dias para as denominadas “novas coberturas”. Ou seja, os consumidores com contratos “antigos” estarão sujeitos a aumentos somados ao reajuste anual e carências novas.
8. As normas permitem, também, a exclusão de planos com índice de utilização superior a 0,9, obrigando o consumidor, na prática, a aceitar um novo contrato, sem que haja previsão legal de aproveitamento do tempo de contratação para efeito de benefícios relativos a aumentos por faixa etária.
9. Durante o processo que permeou a elaboração das normas que estão para ser editadas, apesar de não ter conseguido acesso aos números relativos à formação da carteira das empresas – informação essencial para formulação de propostas consistentes e que garantam a sustentabilidade do setor, foram apresentadas duas propostas: uma para o Plano de Adaptação dos contratos denominados antigos e outra para as alterações relativas às modificações sobre aumentos por mudança de faixa etária, tendo em vista a entrada em vigor do Estatuto do Idoso.
10. Fim da imposição e limitação no exercício da atividade profissional dos médicos. Isso porque certas operadoras de planos de saúde impõem limitações ao exercício das atividades dos profissionais de saúde, controlando ou recusando procedimentos. Inúmeros métodos são utilizados, desde a imposição de quantidades de exames, o desconto dos valores dos procedimentos recusados do pagamento dos médicos até o descrédito.
11. Implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) nos contratos firmados com as empresas de planos de saúde, como padrão de referência ética de remuneração dos procedimentos. Os contratos firmados devem nortear-se pela Resolução do Conselho Federal de Medicina nº 1.673, de 2003, que prevê a implantação da CBHPM no sistema de saúde suplementar. A adoção da CBHPM representa avanço tanto para médicos quanto para pacientes. Mesmo porque, na atual conjuntura, as empresas trabalham com uma lista de procedimentos desatualizada como referência dos métodos de diagnóstico e tratamentos a serem cobertos.
12. Adoção de uma política de reajustes automáticos anuais para os médicos, na mesma proporção da majoração anual dos planos de saúde e estabelecimento de uma data-base para negociação com as operadoras. Apesar de reajustarem suas mensalidades anualmente, as operadoras não repassam os reajustes aos médicos há cerca de dez anos.
13. Apuração rigorosa das denúncias apresentadas pela ex-diretora da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Lúcia Tojal, de que haveria fraudes para livrar as empresas do ressarcimento ao Sistema Único de Saúde e punição dos eventuais responsáveis.

INSTITUTO DE PATOLOGIA E CITOLOGIA "PROF. DR. VICTÓRIO VALERI"
 Prof. Dr. Victório Valeri CRM 33.264 Prof. Dr. Fábio V. Valeri CRM 25.335 Dr. Frank W. Bisson CRM 34.867 Dr. Helmer Herren CRM 61.322-4

ANATOMIA PATOLÓGICA • PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRATIVA • CITOLOGIA ESFOIATIVA • COLPOSCOPIA • PENISCOPIA
 MARCADORES TUMORAIS • RECEPTORES HORMONAIS • CITOFOTOMETRIA
 PLOIDIA DO DNA • HIBRIDIZAÇÃO PARA HPV • CAPTURA HÍBRIDA BACTERIANA E VIRAL
 ULTRA-SONOGRAFIA CONVENCIONAL E ESPECIALIZADA • ESTEREOTAXIA
 ANÁLISES CLÍNICAS COM SUPERVISÃO MÉDICA
 COLHEITA DOMICILIAR E EMPRESARIAL COM HORA MARCADA (GRATUITO)

HEMATOLOGIA • BIOQUÍMICA • IMUNOLOGIA • MICROBIOLOGIA • FERTILIDADE
 ENDOCRINOLOGIA • TOXICOLOGIA BIOLÓGICA MOLECULAR • PATOLOGIA OCUPACIONAL
 PARASITOLOGIA • URINA • LIQUOR • GENÉTICA - ACONSELHAMENTO - TESTE DE PATERNIDADE

RECEPÇÃO FEMININA RECEPÇÃO MASCULINA COLETA INFANTIL EXAMES AUTOMATIZADOS ULTRA-SOM TRIDIMENSIONAL

RIBEIRÃO PRETO: AV. NOVE DE JULHO, 1347 - FONE: (0xx-16) 632-9100 - FAX: 632-7100 - CEP: 14015-170
 SÃO PAULO: AVENIDA BRIGADEIRO LUIS ANTONIO, 4725 - FONE: (0xx-11) 885-4116 - CEP: 01401-002
 PLANTÃO 24h UNID. DO HOSP. SÃO LUCAS: R. BERNARDINO DE CAMPOS, 1426 - FONE: 632-4242
 INTERNET: H.O.M.E.P.A.G.E.: http://www.valeri.com.br - E.M.A.I.L.: valer@valeri.com.br

Mc MultiGel

Ind. e Com. de Produtos Gelatinosos Ltda.

ULTRAGEL (para contato em ultra-sonografia e Sonar Doppler)

ELETRCARDIOGEL (para eletrocardiografia e miografias)

ORTOGEL (para fisioterapia)

OSTEOGEL (para osteossonometria)

Rua Cap. Avelino Carneiro, 129 - 03603-010 - São Paulo - SP
 Fones (11) 6646-4142/6646-4102 - Fax (11) 6647-2399

Medicamentos: campeões em acidentes de consumo

Feito de mais de um ano de trabalho, a Pro Teste - Associação Brasileira de Defesa do Consumidor e a Associação Médica Brasileira apresentaram, no mês de março, os resultados finais do Projeto Acidentes de Consumo, desenvolvido em 2003, em parceria com o Hospital São Paulo, da Universidade Federal do Estado de São Paulo - Escola Paulista de Medicina; Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; Hospital Universitário da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e CCI - Centro de Intoxicações da Prefeitura de São Paulo, cujo objetivo era mapear os atendimentos médicos decorrentes de acidentes com produtos e serviços.

Os resultados revelaram que a principal causa destes acidentes se deve ao uso incorreto de medicamentos (26%), seguida por produtos de limpeza (16%) e produtos químicos (13%). "As maiores vítimas desse tipo de acidente são crianças com menos de 10 anos, que ingerem remédios ou produtos

químicos muito semelhantes a balas, ou então produtos de limpeza vendidos, clandestinamente, em garrafas de refrigerante", revelou Maria Inês Dolci. Esses acidentes ocorrem, em 83% dos casos, dentro da própria casa da vítima e com pessoas cuja renda familiar mensal é inferior a cinco salários mínimos (90% dos casos). Já as ocorrências de acidentes com serviços acontecem quando o cidadão utiliza-se de transporte público (ônibus, metrô e trem) ou das vias públicas (32%). "O desnível das calçadas e a altura excessiva entre a calçada e o degrau do ônibus, por exemplo, causam quedas graves, principalmente de idosos", afirmou Maria Inês. Segundo a coordenadora do Departamento Jurídico da Pro Teste, o levantamento já foi encaminhado à Prefeitura de São Paulo.

O presidente da AMB, Eleusis Paiva, salientou a importância do Projeto para que políticas públicas possam ser adotadas a fim de minimizar os danos causados pelos acidentes de consumo. "No Brasil não há qualquer tipo de registro dos



AMB e Pro Teste apresentam resultados do mapeamento de acidentes de consumo

atendimentos médicos decorrentes de acidentes de consumo, mas se compararmos com os índices dos Estados Unidos, onde tal estudo é realizado com sucesso, chegamos a conclusões assustadoras", afirmou. Segundo ele, nos EUA, de 25% a 30% do orçamento público com saúde são destinados ao atendimento de pacientes vitimados por acidentes com produtos ou serviços. Segundo o último levantamento

realizado, as despesas com acidentes de consumo chegaram a US\$ 300.557.000,00. "No Brasil, acreditamos que a proporção não seja diferente, o que revela que os acidentes geram, além do dano social, com perdas físicas e morais, também um dano público, porque significa um custo elevado que poderia ser evitado", completou.

O presidente da AMB, Eleusis Paiva, encerrou o encontro afir-

mando que a entidade já entrou em contato com parlamentares para que seja elaborado um Projeto de Lei exigindo das entidades de assistência à saúde o registro de todos os casos de acidentes de consumo. "Só com o levantamento rigoroso dos acidentes de consumo em todo o país e com a pressão da sociedade poderemos mudar essa realidade e exigir uma política pública a respeito", concluiu.

Ordem dos Médicos: trabalhos iniciados

A comissão formada pela Associação Médica Brasileira (AMB) e pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) para discutir a criação de uma única entidade nacional representativa da classe agora tem nome: Comissão de Estudos para a Criação da Ordem dos Médicos do Brasil.

Nos últimos dois meses a Comissão já se reuniu por três vezes: duas reuniões foram realizadas em Brasília, no mês de fevereiro e uma em São Paulo, em março. O secretário-geral do CFM, Rubens dos Santos Silva, foi nomeado presidente e o vice-presidente da região Sul da AMB, Remaclo Fischer Junior, assumiu o cargo de secretário na coordenação dos trabalhos. Também integram o grupo o diretor de Defesa Profissional da AMB, Eduardo da Silva Vaz, o diretor de Saúde Pública da AMB, Samir Dahas Bittar, o conselheiro Antônio Gonçalves Pinheiro, e a segunda-tesoureira do CFM, Marisa Fratari Tavares de Souza.

Além da definição de cargos,

também ficou acertado que a Comissão fará um levantamento dos países que possuem uma entidade médica única, analisando origem, história e atuação de cada uma, como fonte para embasar a formação da Ordem brasileira. "Queremos apontar, desde já, todos os possíveis impedimentos políticos e jurídicos para garantir a concretização do projeto", afirmou Samir Bittar.

Segundo o diretor de Defesa Profissional da AMB, Eduardo da Silva Vaz, ficou acertado que o vice-presidente da região Sul da AMB, Remaclo Fischer Junior, e o secretário-geral do CFM, Rubens dos Santos Silva, vão redigir um documento definindo as áreas em que a Ordem dos Médicos poderá vir a agir, caso seja aprovada em plebiscito nacional: formação do médico, especialização e defesa profissional,

particularmente no que diz respeito à remuneração da categoria.

A Comissão decidiu também iniciar um estudo sobre a estrutura e a organização da AMB e do CFM, analisando as funções de cada entidade e discutindo o que deve ser mantido, excluído ou criado para a implantação da Ordem dos Médicos do Brasil. O presidente do CFM, Edson de Oliveira Andrade, que esteve presente à última reunião, destacou que "com a criação da Ordem, as entidades médicas vão contar com uma estrutura melhor para empreender esforços e obter vitórias na área da saúde".



Reunião da Comissão de Estudos da Ordem dos Médicos



O perfil do médico brasileiro

69,8% são homens; 63,4% têm menos de 45 anos; 62,1% atuam em capitais; 69,7% atuam no setor público e 53,8% no setor privado; 74,4% fizeram residência médica; 66,5% possuem título de especialista; 55,4% têm três ou mais empregos; 43% fazem plantão semanal de 12 a 48 horas; 49% estão vinculados a planos de saúde; 51,5% ganham menos de R\$ 6 mil mensais e 8,5% recebem mais de R\$ 12 mil mensais; 90% definem a profissão como desgastante e 45,7% estão pessimistas em relação ao futuro da profissão. Estes são alguns dados da Pesquisa sobre Qualificação, Trabalho e Qualidade de Vida do Médico, realizada pelo Conselho Federal de Medicina, que deu origem ao livro *O Médico e seu Trabalho*, cujo lançamento aconteceu no dia 25 de março, no Rio de Janeiro.

As informações contidas no livro *O Médico e seu Trabalho* foram coletadas pela internet. Durante todo o ano de 2002, o CFM, a AMB, os Conselhos Regionais de Medicina e as Sociedades de Especialidade disponibilizaram o questionário em suas *homepages*. Ao todo, 14.405 médicos, de todas as regiões do Brasil, abrangendo todas as especialidades médicas, responderam a questões que envolvem características demográficas, formação profissional, participação científica, mercado de trabalho, orientação/participação sociopolítica e atitudes frente à vida e valores humanos, condensadas agora em um volume.

DOCTOR A REVISTA DA AMB ESTÁ ON LINE NA INTERNET. CONFIRA AS ÚLTIMAS EDIÇÕES DA RAMB EM NOSSO SITE WWW.AMB.ORG.BR

GRUPO DE ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Prof. Dr. A. Sergio Petrilli CRM 16.434
Drª Eliana M. Caran CRM 39.137
Drª Nasjla S. Silva CRM 42.988
Dr. Flávio Augusto Luisi CRM 46.240
Drª Maria Lúcia Lee CRM 60.209

AV. REPÚBLICA DO LÍBANO, 264 - IBIRAPUERA SP - CEP 04502-000 - Tel.: (11) 3889-9266

DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS LEUCEMIAS, LINFOMAS E TUMORES SÓLIDOS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

Clínica David Erlich
FUNDADA EM 1972
ONCOLOGIA / QUIMIOTERAPIA

Av. Conselheiro Rodrigues Alves, 270 - V. Mariana - São Paulo - Brasil - Cep: 04014-000
Fone (11) 5579-4256 - Fax (11) 5575-8523
www.clinicaderlich.com.br

Diretor Médico: DR. DAVID ERLICH - CRM 9193

Honrado com a Medalha Mario Kroeff: o mais alto reconhecimento da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Membro Emérito da Sociedade Brasileira de Cancerologia. Membro Titular da "American Society of Clinical Oncology", Ex-membro do Conselho Consultivo Internacional da "The Chemotherapy Foundation Inc." - New York - USA

Consultor Científico: PROFESSOR RODRIGO ERLICH, MD
Medical Oncology and Hematology - Alvin & Lois Lapidus Cancer Institute Sinai Hospital - Baltimore, M.D. USA (Affiliated to Johns Hopkins Hospital - Johns Hopkins University) - Baltimore - USA

Mobilização em defesa da saúde

Um apelo à mídia e à população brasileira foi feito no dia 9 de março pelas entidades médicas, durante coletiva de imprensa na sede da AMB (foto ao lado). “Ajudem-nos a atender nossos pacientes dignamente e a mudar a realidade da Medicina brasileira”, pediu o presidente da AMB, Eleuses Paiva. “É inconcebível que a saúde seja analisada do ponto de vista econômico. Temos a certeza de que é uma revolta de toda a sociedade um paciente ser submetido à operação sem realizar exames pré-cirúrgicos porque seu plano de saúde alega que o custo é muito alto”, completou.

O evento, realizado em São Paulo como parte do Dia Nacional de Mobilização se destinou a reforçar para a imprensa a reivindicação da classe médica pela adoção da CBHPM e a apresentar a campanha publicitária nacional - “Sabe quanto um médico recebe dos planos de saúde para atender você? Doutor, mostre o valor do seu trabalho” - veiculada em outdoors, anúncios em revistas e ainda adesivos para carro (peças publicitárias acima, à direita).

“A correta remuneração dos honorários médicos é vital não apenas para a sobrevivência do médico e de seus dependentes, mas também para o exercício seguro da profissão e o atendimento digno à população”, afirmou o presidente do Cremesp, Clóvis Constantino. A opinião foi



complementada pelo presidente do Sindicato dos Médicos de São Paulo, Erivalder Guimarães: “Com a adoção da CBHPM temos uma nova perspectiva de qualidade na atenção à saúde”. O presidente da APM, José Luiz Gomes do Amaral, defendeu a necessidade de o cidadão brasileiro conhecer a CBHPM: “Quando o consumidor compra um plano de saúde, ele recebe um livrinho com a relação de médicos credenciados e assina um documento, mas não sabe dizer se será atendido em tudo que precisar, seja exame, tratamento ou internação”.

Eleuses Paiva lembrou que há 12 anos o rol de procedimentos médicos atendidos pelos planos de saúde não sofria uma atualização. “É absolutamente essencial que o cidadão brasileiro conheça todos os procedimentos médicos disponíveis e

defenda a implantação da CBHPM para garantir sua própria saúde, porque tudo o que há de mais moderno na Medicina está contemplado na Classificação”, explicou.

Paiva também citou os movimentos que vêm sendo deflagrados em todo o país, em alguns locais com a paralisação ao atendimento por guia de plano de saúde, ressaltando a receptividade por parte da população e de órgãos públicos: “Em cada cidade onde o movimento foi instalado, procuramos os órgãos de defesa do consumidor e também o Ministério Público para explicar nosso posicionamento e fomos recebidos entusiasmadamente. Inclusive, o Ministério Público tem se colocado como intermediador das negociações, chamando as operadoras ao diálogo”, disse o presidente da AMB.



José Luiz Gomes do Amaral acrescentou que apenas a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) se mantém omissa quanto à reivindicação. “A regulamentação na área da saúde é falha. O Ministério da Educação é omissa quanto à questão da abertura indiscriminada de escolas médicas e a consequente formação de profissionais incapacitados. O Ministério da Saúde é omissa quanto à relação entre prestadores de serviço e operadoras de planos de saúde. Infelizmente, as leis

de mercado passaram a se sobrepor ao respeito à comunidade”, afirmou.

O encontro contou ainda com a presença do conselheiro Alceu Pimentel, representando o presidente do CFM, Edson Andrade. Pimentel reforçou o reconhecimento da Classificação por parte do CFM como padrão mínimo de remuneração dos médicos no setor de saúde suplementar e conclamou todos os médicos do país e a sociedade como um todo a lutar pela implantação da CBHPM.

O movimento de implantação

Acre – Já foram fechados acordos com a Unidas, Med Saúde e autogestão (Polícia Militar e Corpo de Bombeiros). As negociações com a Unimed estão adiantadas, mas a Classificação ainda não foi adotada.

Alagoas – Os médicos suspenderam o atendimento ao Bradesco e à Sul América desde 30 de março como parte da estratégia de mobilização nacional pela implantação da CBHPM. Em 19 de abril, a Golden Cross também teve o atendimento suspenso. A Ordem dos Advogados divulgou comunicado regional apoiando a causa médica.

Amazonas – A proposta da Comissão Estadual de Honorários Médicos para todas as operadoras é de implantação da CBHPM com a banda mínima de 20% e nova negociação depois de seis meses. A Unimed está fazendo um estudo de impacto para avaliar as possibilidades de adoção dos novos valores.

Bahia – Estão suspensos os atendimentos, sendo realizados apenas por reembolso, dos planos Sul América, Bradesco, AGF, Unibanco e Porto Seguro. No dia 5 de abril, os médicos decidiram fechar contas no Bradesco e não renovar seguros com a Sul América. Cardiologistas e hemodinamicistas intervencionistas se descredenciaram das duas seguradoras no dia 12 de abril. Segundo o boletim do “Movimento pela Remuneração Justa e Valorização da Saúde”, a Unidas, em assembleia nacional ocorrida em 28 de abril, decidiu implantar a CBHPM. A negociação das bandas de valores ficará a cargo das Comissões Estaduais de Honorários Médicos e diretorias regionais da Unidas. A Unidas já concordou com a data de implantação da CBHPM para 1º de agosto, mas continuam as negociações em relação às bandas. Em relação à Unimed, estão previstas reuniões com as cooperativas de Itabuna e Ilhéus no sentido de implantar a CBHPM. Outra estratégia do movimento baiano são campanhas publicitárias em rádios, outdoors e canais de televisão para esclarecer a população sobre a CBHPM.

Ceará – Os médicos decidiram suspender o atendimento ao Bradesco e à Sul América desde 1º de maio. Cassi (Banco do Brasil) e Camed (Banco do Nordeste), ambas do Grupo Unidas, estão negociando e caso não haja acordo também poderão ter o atendimento suspenso.

Distrito Federal – O movimento denominado “Alerta Médico” suspendeu o atendimento ao plano Sul América. As negociações vêm sendo intermediadas pelo Ministério Público, mas até o momento não houve acordo.

Espírito Santo – A Unimed se dispôs a implantar a CBHPM sem valores da UCO, desde que as negociações sejam realizadas de forma individual com os cooperados. Nova reunião estava prevista para o dia 19 de maio. Encontra-se em andamento uma negociação com a Secretaria Estadual de Saúde, que trabalha com seis cooperativas, para a implantação da CBHPM.

Goias – A Unidas e a Samed se comprometeram a implantar a CBHPM em janeiro de 2005. Se não houver acordos com as seguradoras, os médicos goianos prometem suspender o atendimento.

Maranhão – Além das Unimeds de São Luís e Imperatriz, as entidades médicas do Maranhão conseguiram com que Unidas, Fundo de Saúde do Exército, Amil, Multiclínicas, Long Life e Medplan também assinassem compromisso de adoção da CBHPM. Todos os médicos maranhenses assinaram documento se descredenciando das operadoras Golden Cross, Sul América, Bradesco e Hapvida.

Foi rejeitada a proposta da Geap, que pertence ao Grupo Unidas, por não cumprir a resolução 1673/03. Se não houver acordo, a Geap também será descredenciada. Em Imperatriz, médicos de várias especialidades estão assumindo o termo de descredenciamento dos planos - exceção à Unimed e Fuxex - já que as propostas não atendem à Resolução CFM 1673/03.

Mato Grosso – Foi criada uma subcomissão de implantação da CBHPM na Unimed Cuiabá para discutir a adoção da Classificação e elaborar uma proposta final a ser apresentada aos médicos em assembleia. A Comissão Estadual de Honorários Médicos está se reunindo com as operadoras para fechar acordos de implantação.

Mato Grosso do Sul – Em Campo Grande, ortopedistas, urologistas, angiologistas, cirurgiões vasculares e endovasculares suspenderam o atendimento às operadoras e já iniciaram o processo de descredenciamento coletivo.

Minas Gerais – A Unidas fez uma proposta de adoção da CBHPM com redutor de 20% para implantação em janeiro de 2005. Uma nova assembleia para definir os rumos do movimento mineiro estava marcada para o dia 17 de maio. Uma resolução do CRM-MG (nº 253/04) determina que todos os médicos adotem a CBHPM para atendimento ao sistema suplementar de saúde.

Pará – As operadoras Cooperativa Mista dos Rodoviários Federais do Pará e do Amapá, Vida Plena, Top Saúde, Supermercados Líder, Pró-Saúde, Amil e Saúde São Braz já adotaram a CBHPM. Os médicos sergipanos também autorizaram os presidentes de Sociedades de Especialidade e Cooperativas a encaminhar cartas de aviso de descredenciamento a 35 operadoras que não negociam a implantação da CBHPM: Bradesco, Master Saúde, Golden Cross, Blue Life, Petrobrás Distribuidora, Mediservice, Unafisco, Medial, AGF, Hapvida, Sul América, Pró-Social da Justiça Federal, PAS do Cefet e Luck Saúde, além das ligadas ao Grupo Unidas (Asfepa, Assefaz, CVRD-Pasa, Cafbep, Caixa Econômica Federal, Capesp, Casf, Cassi, Celpa, Conab, Cosanpa/PAM, Eletronorte, Embrapa, Embratel, Correios e Telégrafos, Fassincra, Geap Saúde, PAS/Banco Central, Petrobrás Petróleo Brasileiro S/A, Sesi Vida e TRT-8a Região). A Unimed apresentou uma proposta para adoção da CBHPM sem incluir a área de SADT, que foi rejeitada em assembleia. A Comissão Estadual de Honorários Médicos criou o site www.cbhmpara.com.br, para divulgar o movimento do Estado.

Paraná – Em relação à Fenaseg, a decisão da assembleia paranaense foi prestar atendimento somente por reembolso desde 1º de maio. A Assepas/Unidas, que congrega as empresas de autogestão, tem prazo até o início de julho para avançar nas negociações voltadas à implantação escalonada dos valores da CBHPM. O CRM-PR publicou no Diário Oficial a Resolução nº129/04, que adota a CBHPM como “instrumento normalizador dos atos médicos para o Sistema de Saúde Suplementar, estabelecendo os parâmetros de seus portes como éticos e legítimos”.



Ministro da Saúde defende a CBHPM

Humberto Costa afirmou que ANS será duríssima com as operadoras que não aceitarem a CBHPM

Em entrevista concedida no dia 11 de maio para a repórter Eden Pereira, da Rádio CBN-Recife, o ministro da Saúde, Humberto Costa, afirmou que acredita que o recente reajuste das mensalidades aos planos de saúde autorizado pela ANS (11,75%) vai acabar com o impasse existente entre a classe médica e operadoras de saúde na implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos, e ressaltou que a ANS será rígida com as empresas que não aderirem à Classificação. Esta foi a declaração do ministro à CBN:

“Creio que com esse reajuste que foi dado e, aliás, com o que as próprias operadoras conseguiram na livre negociação com as empresas que oferecem planos de saúde para os seus funcionários, elas têm plena condição de melhorar o valor da tabela e também implantar essa hierarquização dos procedimentos médicos, tornando mais justa a relação com os profissionais. Não há qualquer justificativa para que isso não aconteça e nós vamos ser muito duros com as operadoras se isso não acontecer. Se elas se recusarem mais uma vez a transferir parte desse ganho aos trabalhadores, aos médicos e também aos prestadores de serviço, hospitais, laboratórios, a Agência Nacional de

Saúde, posso reafirmar, será duríssima com essas operadoras”.

Desde abril, a ANS vem intermediando reuniões entre as entidades médicas e operadoras de planos de saúde. A primeira ocorreu no dia 14 de abril, tendo como resultado a criação de dois grupos de trabalhos. O primeiro, com objetivos estritamente técnicos, visa, além da avaliação técnica da CBHPM, a sua compatibilização no rol de procedimentos médicos da ANS. O segundo contempla a chamada mesa nacional de negociação e tem como meta buscar uma solução para os conflitos existentes entre operadoras de planos de saúde e entidades médicas em relação à implantação da CBHPM em nível nacional.

“Em relação à área técnica, nos comprometemos a disponibilizar os dados já pactuados com a Unimed e também com a Fenaseg”, sentenciou o 1º secretário da Associação Médica Brasileira e representante da entidade no encontro, Aldemir H. Soares. “Com base nesses dados é que este grupo irá trabalhar”, completa.

Quanto à mesa nacional da negociação, duas reuniões, em 27 de abril e 12 de maio, já foram realizadas com alguns avanços. A Fenaseg (Federação Nacional das empresas de Seguros Privados e Capitalização) já sinalizou o compromisso de implantar a CBHPM,



restando ainda pendências em relação a procedimentos e bandas para um acordo final. No sistema cooperativo, há um compromisso da Unimed do Brasil de encaminhar a proposta de implantação da CBHPM como padrão para o sistema de intercâmbio na reunião do Conselho Confederativo, a ser realizada no mês de junho. Este posicionamento foi endossado pela Aliança Nacional Unimed. Para facilitar a implantação no sistema, a Associação Médica Brasileira se comprometeu a buscar soluções no sentido de racionalizar custos, como campanhas pelo uso de medicamentos genéricos e em favor do Projeto Diretrizes, além de compatibilizar junto à ANVISA normas técnicas para a utilização de órteses e próteses.

Em relação ao grupo Unidas (União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde), não existem mais problemas técnicos para que a entidade possa deflagrar o processo de implantação da CBHPM. Em reunião realizada no dia 13 de abril, entre as diretorias da AMB e da Unidas, foram solucionadas as pendências técnicas que dificultavam a implantação da CBHPM, além da decisão de garantir às Comissões de Honorários autonomia para negociação da CBHPM em nível regional.

“Acreditamos que, ao finalizarmos as discussões técnicas, estabeleceremos um cenário propício para a implantação da CBHPM, o qual contribuirá para melhorar a relação entre médicos e planos, com benefícios diretos aos pacientes”, destacou o presidente da AMB, Eleuses Paiva, após o encontro.

O grupo Unidas já assinou acordo com o Conselho Regional de Medicina do Maranhão aceitando a implantação da CBHPM. A assinatura aconteceu em audiência pública na Promotoria de Defesa do Consumidor do Maranhão. As entidades médicas do Maranhão também fecharam acordo com a Unimed das cidades de São Luís e de Imperatriz para adoção da CBHPM a partir de abril com valor da consulta em R\$ 32,00, passando para R\$ 34,00 em setem-

bro. Amil, Multiclínicas, Long Life, Medplan e Fundo de Saúde do Exército seguiram o exemplo da Unidas e Unimed e também já firmaram contratos para a adoção da Classificação.

Outro Estado que também fechou acordo com a Unidas foi Sergipe: o compromisso foi assinado, no dia 7 de maio, em audiência da Promotoria de Defesa do Consumidor e Serviços de Relevância Pública e, segundo o acordo, a CBHPM será adotada em 1 de janeiro de 2005. Até lá, estará promovendo adaptações e reajustes parciais, sendo que o valor da consulta será reajustado em 34,4%, passando para R\$ 33,60 desde 1 de maio. Além das Unidas, a AMIC Nordeste também decidiu aceitar a CBHPM: desde 10 de abril o valor da consulta é de R\$ 33,60 e a partir de 10 de maio todos os procedimentos sofrerão um reajuste de 30%.

O Acre foi outro Estado que fechou acordo com a Unidas: os honorários da CBHPM, com redutor de 20%, já estão valendo desde 1 de março, enquanto que a UCO passou a vigorar em 1 abril. A Unimed também já assumiu o compromisso de adotar a CBHPM, restando apenas estabelecer a data de início de implantação. Mais informações sobre o movimento de implantação da CBHPM nos demais Estados no quadro abaixo.

Implantação da CBHPM nos Estados

Paraíba – Foi rejeitada a proposta da Unidas (adoção da CBHPM com redutor de 25% em janeiro de 2005) por entender que não contempla a Resolução 1673/03. A Unimed apresentou à Comissão Estadual de Honorários Médicos um estudo mostrando que a adoção da CBHPM com a banda mínima causaria um impacto financeiro de 20%. Médicos da Coopanest decidiram rescindir contrato com Golden Cross, Hapvida, Smile, Blue Life, Amil e AGF Saúde desde 1º de maio. No dia 4 de maio, houve uma manifestação na Praia do Tambaú, em João Pessoa, em favor da CBHPM, explicando à população as reivindicações da classe. Está agendada uma reunião no dia 13 de maio no Ministério Público para mais uma rodada de negociações com as empresas de saúde.

Pernambuco – Médicos de várias especialidades só atendem seguradoras pelo sistema de reembolso: Anatomia Patológica, Angiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Dermatologia e Ortopedia (Sul América); Clínica Cirúrgica e Ginecologia (AGF e Unibanco); Cardiologia (Sul América, AGF e Unibanco); e Anestesiologia (Sul América, AGF, Unibanco e Bradesco). Foi aprovado o decreto nº 26.640, do governador Jarbas Vasconcelos, regulamentando a Lei 12.562, que estabelece critérios para a edição de lista de honorários médicos no sistema suplementar de saúde e a criação de uma Câmara Arbitral para negociação de honorários. A Unimed já assumiu compromisso público para adoção da CBHPM, enquanto que a próxima assembleia deverá se posicionar em relação à proposta da Unidas.

Piauí – Em assembleia no dia 10 de maio, 240 médicos decidiram suspender o atendimento às operadoras a partir de 21 de junho, se não houver acordos. Haverá uma nova assembleia em 7 de junho e manifestações no dia 8.

Rio de Janeiro – Em assembleia realizada na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro ficou definido que a Central de Convênios deve assumir o compromisso de trabalhar pela implantação da CBHPM em todo o Estado. No mesmo encontro, os médicos cariocas rejeitaram, por unanimidade, a proposta da Unidas, por julgarem que esta desrespeita a Resolução 1673/03 do CFM, que classifica como vil qualquer valor praticado abaixo do estipulado pela CBHPM.

Rio Grande do Norte – Em assembleia no dia 5 de maio, os médicos rejeitaram as propostas das operadoras Saúde Excelsior, Smile, Hapvida, Amil e do Grupo Unidas por entender que acordos que não contemplem a adoção integral da CBHPM dificultarão sua implantação. Segundo a Associação Médica do Rio Grande do Norte, quase 15 especialidades já se descredenciaram ou estão prontas para proceder o descredenciamento.

Rio Grande do Sul – Um Fórum, realizado pela Amrigrs, no dia 8 de maio, marcou início do processo de negociação com o Sistema Unimed. Em Bento Gonçalves, os médicos deram prazo de 60 dias para que a operadora Tacchimed, que abrange 90% da população, adote a CBHPM.

Rondônia – A Unimed assinou um compromisso com a Associação Médica, o Conselho Regional de Medicina e o Sindicato Médico, no dia 14 de abril, se comprometendo a adotar a CBHPM, incluindo suas instruções gerais e valores, como padrão mínimo e ético de remuneração.

Roraima – A Unimed é praticamente a única operadora que atua no Estado e as negociações estão adiantadas. As lideranças médicas têm se reunido para estudar formas de reduzir custos para implantar a CBHPM.

São Paulo – No dia 7 de abril, os médicos da região do ABC suspenderam o atendimento e fizeram passeata em protesto pela não-adoção da CBHPM. Desde 10 de maio, estão suspensos o atendimento às operadoras Amico; Amesp; Avicena; Cigna Saúde; Classes Laboriosas; Golden Cross; Green Line; Intermedice; Itália; Life Empresarial; Medicol; Ômega; Royal Saúde; Saúde Abc; Seisa; Sermed; Sim e Universo Saúde. Também em Santos os médicos decidiram atender somente por reembolso os usuários das seguradoras. Os médicos cooperados da Unimed decidiram em assembleia realizada no dia 26 de abril iniciar o processo de implantação da CBHPM no sistema estipulando um prazo de três meses para conclusão dos trabalhos. As negociações com a Unimed de São José do Rio Preto e Campinas encontram-se bastante adiantadas. Publicado no Diário Oficial do Estado, em 7 abril, um projeto de lei de autoria do petista Fausto Figueira garante ao Cremesp o direito de editar a CBHPM.

Santa Catarina – A proposta nacional da Unidas foi rejeitada pela Comissão de Honorários. A realização do Fórum sobre Remuneração Médica, em abril, alavancou as negociações para a implantação da CBHPM com o sistema Unimed, que domina 90% do mercado no Estado.

Sergipe – No dia 7 de maio, a Comissão Estadual de Honorários Médicos fechou acordo com a Unidas: a CBHPM será adotada em 1 de janeiro de 2005. Até lá, a Unidas estará promovendo adaptações e reajustes parciais, sendo o valor da consulta reajustado em 34,4%, passando para R\$ 33,60 desde 1 de maio. Após a trégua de 30 dias solicitada pelo Ministério Público e pelo Procon, os médicos voltaram a suspender o atendimento às seguradoras Bradesco, Sul América, Blue Life, Amil, Hapvida, Integral, Medial, Previna, Smile, Unibanco, Odontoserv, Polimed, Gama, Associação dos Bispos e Pastores e Mediservice. Continuam as negociações com Norclínicas e Unimed. AMIC Nordeste e Cohidro já adotaram a CBHPM desde abril. Um “Jalecaço” (foto), promovido pela categoria, no mês de março, contou com o apoio de parlamentares.

Tocantins – A Geap encaminhou uma carta de intenções à Comissão Estadual de Honorários Médicos afirmando que, a partir de junho, o valor da consulta deve ser de R\$ 31,00 e, a partir de dezembro, R\$ 42,00. Nesse período, devem ser adotados os valores dos procedimentos previstos pela CBHPM. As negociações com o Sistema Unimed também estão adiantadas.

(Balanço atualizado em 12/05/2004)

Pesquisa: o estudante de Medicina e o Ato Médico

O que os estudantes de Medicina realmente pensam a respeito do projeto de lei do Ato Médico? A busca da resposta a esta pergunta levou o Conselho Federal de Medicina a realizar, em outubro de 2003, uma pesquisa entre 1.337 estudantes do segundo e do quinto ano de Medicina de estabelecimentos de ensino superior privados e públicos.

Os resultados, divulgados agora, mostraram que os estudantes de medicina do quinto ano, ligados a escolas médicas públicas, são os que apresentam as atitudes mais favoráveis ao Projeto de Lei do Ato Médico. "Era necessário conhecer exatamente em que medida as atitudes dos estudantes seriam favoráveis ou desfavoráveis em relação ao projeto. Esta informação era fundamental para saber se os esforços empreendidos pela Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico, visando a aprovação do projeto de lei que regulamenta a profissão médica estavam surtindo efeito", afirma o coordenador da Comissão, Mauro Brandão.

Os estudantes que participaram da pesquisa responderam voluntariamente ao questionário com 14 itens, que buscava conhecer suas atitudes frente ao projeto do Ato Médico. Suas idades variaram entre 18 e 42 anos, com média geral de 22 anos. Houve pequeno predomínio do sexo feminino (50,5%). A maioria estudava em escolas públicas (68,6%) e cursava o segundo ano do curso (63,6%). Tinha, ao menos, um médico entre seus familiares próximos.

As atitudes dos estudantes frente ao Ato Médico mostraram-se, predominantemente, positivas (91%), não constituindo tentativa de elitizar a profissão médica, frente às demais (64,6%). Dos estudantes ouvidos, 81,5% concordam que o projeto de lei serve para evitar que não médicos enganem a população. A segurança à população é reafirmada, quando 89% dos estudantes afirmam que o projeto de lei garante que os pacientes não serão expostos a graves riscos nas mãos de pessoas não habilitadas; e 89,7% dos entrevistados concordam que o projeto é



Debate sobre Ato Médico em Brasília

uma reivindicação de segurança do paciente e da sociedade em geral. 94, 3% consideram o PLS 25/2002 uma forma justa de regular o exercício profissional do médico, enquanto 72,8% pensam que o projeto de lei representa a defesa dos médicos frente a invasões de outros profissionais no seu campo de atuação. Mais da metade (62,5%) não consideram o projeto de lei reivindicação de poder dos médicos; e 90,9% não concordam que desrespeite as demais profissões da saúde; 84,8% dos estudantes consideram que o projeto não rompe com a multiprofissionalidade, de fundamental importância aos serviços de saúde; 80,4% dos estudantes apontam o projeto como o instrumento hábil para mostrar o profissional mais capacitado para fazer o diagnóstico das doenças e o tratamento dos doentes. Outro dado importante é que 63,1% dos estudantes de medicina consideram o projeto de lei do ato médico uma forma de evitar que os gestores diminuam os recursos da assistência à saúde da população, substituindo o trabalho do médico pelo de não médicos.

Debates

A Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico vem realizando, em várias capitais do país, debates sobre a regulação da profissão. Cerca de 150 médicos atenderam ao convite do Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal, no dia 12 de fevereiro, para debater o PLS 25/2002, que propõe a regulação da profissão médica. O mesmo ocorreu em São Paulo, no dia 13 e em Fortaleza, dois dias depois.

Além de todos os membros da Comissão Nacional em Defesa do Ato Médico – composta pelo CFM, AMB, CMB e Fenam – estiveram presentes ao evento representantes locais do Sindicato dos Médicos, Associação Médica e Conselho Regional de Medicina.

O presidente do Conselho Federal de Medicina, Edson de Oliveira Andrade, destacou a urgência e a necessidade real de se debater sobre o projeto de lei do Ato Médico com a própria categoria. "Discutir Ato Médico, hoje, é falar em respeito pelo trabalho do médico, é exigir melhores condições de trabalho, é lutar por uma carreira digna, é buscar uma remuneração que não seja aviltante. Se nos unirmos em prol da aprovação deste projeto no Congresso Nacional, 'vamos legalizar nossa existência', abrindo espaço para a conquista de outras vitórias importantes como a implantação da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos e a criação de um Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS".

O presidente do CFM conclamou ainda cada um dos médicos a ser um multiplicador da importância da classe médica estar unida em torno da aprovação do PLS 25/2002, que, atualmente, se encontra na Comissão de Constituição e Justiça do Senado Federal e tem como relator o senador Tião Viana (PT/AC). A ideia de debater o projeto de lei com a classe médica foi levada também a outros Estados com reuniões em Pernambuco, Goiás e Mato Grosso.

Planos de Saúde: reajuste de 11,75%

A ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar fixou em 11,75% o teto máximo do reajuste anual de mensalidade de plano de saúde de pessoa física: contratos individual e familiar. Mas alerta os usuários que, para aplicar um índice de reajuste em mensalidade, as operadoras de planos de saúde têm de estar devidamente autorizadas pela Agência.

O índice de reajuste de 11,75% só pode ser aplicado na data da renovação automática de cada contrato de plano de saúde individual e familiar. Mesmo assim, a autorização dada pela ANS à operadora tem de estar informada no boleto de cobrança da mensalidade, especificando o índice autorizado e o número do processo administrativo em que a operadora obteve a autorização. Para obter esta

autorização, a operadora precisa comprovar que de fato teve aumento de custos desde a última autorização concedida. Baseada na informação da operadora, a Agência pode autorizar índice menor do que o teto máximo.

Este índice de 11,75% de reajuste anual de 2004/2005 não é aplicado a todos os contratos de planos de saúde, mas apenas aos planos de pessoas físicas: individuais e familiares, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999. Tanto os planos de pessoas jurídicas: coletivos e empresariais, contratados a partir desta data, quanto os planos de pessoas físicas e jurídicas, contratados até 31 de dezembro de 1998, não são alcançados por este índice agora anunciado pela ANS. Nesses casos, vale o que foi acordado nestes contratos.

Cofins volta a ser de 3%

Após aprovação no Congresso, sanção do presidente Luis Inácio Lula da Silva e publicação no Diário Oficial da União estão valendo as novas regras para que hospitais, clínicas médicas, laboratórios de análises clínicas, de patologia clínica, casas de saúde, serviços de imagem e diagnóstico, de fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise e bancos de sangue passem a recolher a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) pela alíquota de 3%, e não mais 7,6% como previam medidas provisórias anteriores.

O movimento pela redução da alíquota da Cofins foi resultado do trabalho da AMB, Soc. Bras. de Patologia Clínica, Colégio Bras. de Radiologia e da Frente Parlamentar de Saúde no Congresso. A batalha começou

a ser travada no final do ano passado, logo que o governo publicou a Medida Provisória 135, que acabou com a cumulatividade da Cofins e aumentou a alíquota de contribuição de 3% para 7,6%. As ações junto ao Congresso se intensificaram após a publicação da MP 164/2004, que aumentou a alíquota da Cofins para importação de insumos usados pelos laboratórios. Deputados e senadores da Frente Parlamentar de Saúde atuaram junto ao Congresso Nacional e conseguiram aprovar no Senado e na Câmara, na última semana de abril, em medida de urgência, o Projeto de Lei de Conversão nº 5, que alterou as duas Medidas Provisórias (135 e 164). As mudanças foram sancionadas pelo presidente da República no dia 30 de abril, para que pudessem valer a partir de 1º de maio.



Comissão de Honorários Médicos – A Comissão Nacional de Honorários Médicos se reuniu no dia 5 de março, na sede da AMB, em São Paulo, para discutir com as Sociedades Brasileiras de Patologia e Patologia Clínica e com o Colégio Brasileiro de Radiologia os portes de determinados procedimentos médicos que constam na CBHPM. Atendendo a várias reivindicações, a Comissão decidiu eliminar o nono dígito da CBHPM (considerado dígito verificador) além de iniciar o processo de análise das propostas apresentadas pela Federação Nacional das Empresas de Seguros Privados e de Capitalização (Fenaseg).

SUCRALOSE



- NÃO TEM CONTRA-INDICAÇÕES
- APROVADO SEM RESTRIÇÕES PELO F.D.A E O.M.S
- NÃO TEM CALORIAS
- LÍDER DE MERCADO NOS E.U.A.*

Literatura específica à disposição da classe médica - 0800-117546 - www.lineadiet.com.br



História preservada

Visando preservar a história da pediatria brasileira, a Sociedade Brasileira de Pediatria inaugurou, no dia 26 de março, na centenária Casa da Bica da Rainha, patrimônio cultural e ecológico do Rio de Janeiro, o Memorial da Pediatria Brasileira (foto).

“A SBP estava perdendo um acervo quase centenário. Anais de congressos, atas, publicações de todo o tipo precisavam ser recuperados, assim como a produção científica dos pediatras brasileiros”, conta o presidente da SBP, Lincoln Freire. O objetivo maior do Memorial – acrescenta o presidente da SBP – é “fazer justiça aos colegas que, desde 1910, vêm traçando as linhas da medicina de crianças e adolescentes”.

Na inauguração foi aberta a Mostra Permanente – uma homenagem



à pediatria do Brasil e à história de lutas da SBP. Também serão abertos o Centro de Documentação e Referência e a Biblioteca – com informações sobre a Sociedade; com o banco de dissertações (foram listadas cerca de 700) e teses de pediatria (300) e sobre pediatria (mais de 300 no total) defendidas por brasileiros e sobre problemas do País; biografias de patronos

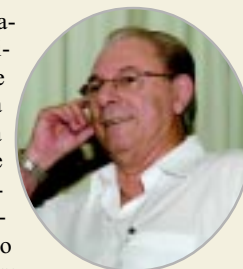
do Conselho Acadêmico e ex-presidentes da SBP, e um protótipo formado por 100 documentos, que vão demonstrar como será realizado o controle quando todo o acervo estiver definitivamente organizado. A visitação é aberta ao público, de segunda a sexta, das 10h às 17h. Os telefones para informações e agendamento de visitas são (21) 2245-3110 e (21) 2245-3083.

RESIDÊNCIA MÉDICA – A Universidade Federal de São Paulo acaba de exportar para a equipe do Ministério da Educação um professor titular. O chefe da clínica médica da universidade, Antônio Carlos Lopes, é o novo secretário executivo da Comissão Nacional de Residência Médica, vinculada à Secretaria de Ensino Superior do MEC.



Defensor de uma prática médica que valoriza a relação entre médico e paciente e as questões sociais da saúde, Lopes pretende propor mudanças nas residências do País – uma espécie de pós-graduação que o graduado em medicina faz para concluir sua formação. É na residência que o aluno treina para se transformar em médico. “Minha principal preocupação será lutar para que o residente assuma com consciência o seu compromisso ético com a comunidade, o que será incentivado pela inclusão de aspectos sociais e um currículo que seja essencialmente humanista, em contraposição ao tecnicismo muitas vezes praticado”, afirma Lopes.

MÉDICO CANDIDATO – Com a proximidade das eleições municipais, as entidades médicas de Santa Catarina – Associação Catarinense de Medicina, Conselho Regional de Medicina e Sindicato dos Médicos de Santa Catarina acatam indicativo de reunião realizada entre seus membros e dirigentes de diversos hospitais e clínicas em atividade na capital, em reunião realizada no último dia 18 de fevereiro no sentido de apoiar candidatos comprometidos com as causas do setor, na busca de aliados e representantes legitimamente eleitos e capazes de auxiliar nas diversas lutas enfrentadas pela área na atualidade. Em Florianópolis, as entidades apóiam a candidatura do médico Murillo Ronald Capella à Prefeitura da Capital, que já esteve à frente das principais entidades da sua classe, como presidente da ACM, vice-presidente da AMB, presidente da Sociedade Brasileira de Cirurgia Pediátrica, presidente da Academia Catarinense de Medicina, conselheiro titular do Conselho Regional de Medicina e mestre do Colégio Brasileiro de Cirurgiões – Capítulo de Santa Catarina. Além disso, Capella é o atual vice-prefeito de Florianópolis e já ocupou a Secretaria de Saúde do Município, a direção do Hospital Infantil Joana de Gusmão, a superintendência da Fundação Hospitalar de Santa Catarina e a chefia do Departamento de Pediatria da UFSC (Universidade Federal de Santa Catarina).



TABAGISMO – O Ministério da Saúde, o Instituto Nacional do Câncer, a Secretaria de Estado da Saúde, a Secretaria Municipal de Saúde e a Universidade de São Paulo publicam o estudo “Aspectos Epidemiológicos do Câncer no Município de São Paulo – Fatores de Risco”. O trabalho, realizado no ano de 2003 e coordenado por Antonio Pedro Mirra, representante da Associação Médica Brasileira na Comissão Nacional de Combate ao Tabagismo, apresenta estatísticas sobre o avanço do câncer. Mais informações pelo telefone (11) 3066-7799 ou hep@fsp.usp.br e apmirra@usp.br



Câmara rejeita projeto para criação de especialidade

A Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal aprovou, por unanimidade, o parecer do relator, deputado Manato (PDT-ES), contrário ao Projeto de Lei de autoria do deputado Ribamar Alves (PSD-MA), que propunha o reconhecimento de especialidade médica – especificamente a ultra-sonografia – por intermédio de Projeto de Lei.

Segundo o parecer do relator, “a proposição desconsidera o processo de regulamentação das especialidades médicas no País, aperfeiçoado ao longo de décadas”. Manato acrescentou ainda em seu parecer que “atualmente, existem 52 especialidades e 53 áreas de atuação, reconhecidas por meio de resoluções do Conselho Federal de Medicina (CFM) e convênios firmados com a Associação Médica Brasileira (AMB) e com a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) do Ministério da Educação, e que os Conselhos de Medicina apenas registram os títulos de especialista obtidos de acordo com os critérios definidos pelas instituições representativas da formação e acompanhamento da atuação dos médicos brasileiros”. E finalizou: “Em virtude da rápida evolução do conhecimento técnico e científico é indispensável que definições relacionadas à criação e regulação de especialidades médicas continuem na esfera das entidades profissionais”. Com o encerramento do prazo para recurso, no dia 12 de maio, automaticamente a proposição será arquivada.

Teste e Trate Hoje Mesmo!

Testes Rápidos
Resultados. Corretos. Imediatos

QUICKVUE

- Influenza test
- In-Line® Strep A test
- Dipstick Strep A test
- H. pylori gII™ test
- One-Step hCG Combo test
- One-Step hCG Urine test
- Chlamydia test

QUICKVUE+

- Strep A test
- Infectious Mononucleosis test

QUICKVUE ADVANCE

pH and Amines TEST
G. vaginalis TEST

QUIDEL
CORPORATION

Para maiores informações favor entrar em contato com nossos distribuidores:
 Científico – Sudeste e Centro-Oeste – telefone (011) 4168 4255
 Distribuidor – Norte e Nordeste – telefone (085) 261 0992
 Especialista – Sul – telefone (051) 3375 9300
 ou visite nosso site na Internet www.quidel.com

0045M0304 (03/04)

Contratualização: orientações da AMB

As principais sugestões apresentadas pelas entidades médicas para a contratualização entre médicos e operadoras não foram inseridas na Resolução nº 71, publicada no dia 18 de março no Diário Oficial, pela Agência Nacional de Saúde Suplementar.

“Não podemos negar que, embora tardio, houve um avanço para o setor, mas esperávamos mais ousadia por parte da Agência Nacional de Saúde Suplementar para dar solução aos graves problemas existentes na relação entre médicos e operadoras”, destaca o diretor de Saúde Pública da AMB, Samir Dahas Bittar.

Ele entende que a resolução peca pela inespecificidade e destaca como principal ponto não contemplado a falta de uma data base para negociação dos valores. “Sem isso será impossível para a categoria dar um caráter coletivo à negociação, por isso recomendamos que, independente da data de assinatura do contrato seja estabelecido como data de reajuste o dia 18 de outubro, dia do médico”, salienta. Outro ponto criticado é com relação às glosas e limitações da atuação do profissional.

“A redação é vaga para um tema tão complexo. Como está, será impossível estabelecer uma rotina do comportamento diante das glosas”, destaca o diretor da AMB.

Bittar criticou ainda a falta de um referencial para a definição dos valores dos serviços prestados. Ele defende como solução para a questão a adoção da CBHPM.

“Sem esse referencial, as operadoras continuarão com liberdade para, de acordo com seus interesses, impor negociações de determinados procedimentos”, completa Samir.

Para evitar problemas, o diretor de saúde pública da AMB sugere que a partir de agora os contratos sejam feitos por meio dos departamentos de convênios, de forma coletiva, o que poderá trazer mais garantias ao profissional. Além disso, observa que a AMB oferecerá orientação com embasamento jurídico para que, mesmo diante da inespecificidade da resolução, os contratos possam atender aos melhores interesses da categoria. Bittar recomenda ainda que os médicos não assinem contrato de

O QUE DIZ A RESOLUÇÃO NORMATIVA Nº 71 / POSIÇÃO DA AMB	
<p>Art.1º As operadoras de planos privados de assistência à saúde e as seguradoras especializadas em saúde deverão ajustar as condições de prestação de serviços com profissionais de saúde em consultórios ou com as pessoas jurídicas, mediante instrumentos jurídicos a serem firmados nos termos e condições estabelecidos por esta Resolução Normativa.</p> <p>Art. 2º Os instrumentos jurídicos de que trata esta Resolução Normativa devem estabelecer com clareza e precisão as condições para a sua execução, expressas em cláusulas que definam os direitos, obrigações e responsabilidades das partes, aplicando-se-lhes os princípios da teoria geral dos contratos, no que couber.</p> <p>Parágrafo único. São cláusulas obrigatórias em todo instrumento jurídico as que estabeleçam: I - qualificação específica:</p> <p>a) registro da operadora na ANS; e; b) registro do profissional de saúde ou da pessoa jurídica no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, instituído pela Portaria SAS nº 376, de 3 de outubro de 2000, e pela Portaria SAS nº 511, 29 de dezembro de 2000;</p> <p>A prestação de serviços poderá ser por meio de pessoa física ou jurídica. É importante cada profissional médico verificar com seu contador a forma de contratação menos onerosa em relação ao recolhimento de impostos.</p>	<p>b) regras para prorrogação ou renovação;</p> <p>A renovação de um contrato deve ter anuência de ambas as partes, neste caso, da operadora (contratante) e do médico ou sua empresa (contratado). Não podem deixar de ser observados na renovação de um contrato os critérios e observações apontadas nesta resolução. Nos contratos por tempo determinado, poderá haver cláusula de renovação automática por igual período na ausência de manifestação de qualquer das partes.</p>
<p>II - objeto e natureza do ajuste com a descrição de todos os serviços contratados, contendo:</p> <p>a) definição detalhada do objeto;</p> <p>b) especialidade(s) e/ou serviço(s) contratado(s);</p> <p>c) procedimento para o qual o profissional de saúde ou pessoa jurídica são indicados, quando a prestação do serviço não for integral; e;</p> <p>d) regime de atendimento oferecido pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica - hospitalar, ambulatorial e urgência;</p> <p>O médico deve: a) Definir a(s) modalidade(s) de atendimento(s); b) Estabelecer as condições em que se darão o(s) atendimento(s), indicando os horários em que poderão ocorrer e as circunstâncias especiais para casos específicos; c) Esclarecer se estará disponível para consultas fora do horário comercial e em finais de semana; d) Também se estará disponível para atendimento de urgências e emergências (resguardada a responsabilidade ética e profissional para com os pacientes em ato médico previamente assumido); e) Deixar claro o tempo de retorno quando se cobrar nova consulta - sugerimos 15 dias.</p>	<p>V - critérios e procedimentos para rescisão ou não renovação com vistas à preservação da relação entre profissional de saúde ou pessoa jurídica e paciente, garantindo-se a continuidade do atendimento em outro profissional de saúde ou pessoa jurídica, a saber: a) antecedência mínima de 60 dias para a notificação da data pretendida para encerramento da prestação de serviço, quando o prazo de vigência acordado for indeterminado;</p> <p>A rescisão pode ocorrer a qualquer momento, respeitado o prazo de 60 dias. Mas deve ficar previsto no contrato penalidade em caso de rescisão sem justa causa.</p> <p>b) nos casos em que o prazo de vigência acordado for determinado, em situações de descumprimento contratual ou em caso de desinteresse pela renovação, a notificação deverá observar antecedência mínima de 30 dias; e</p> <p>Fazer constar que a não notificação com antecedência de 30 dias acarretará a renovação automática do contrato por igual período.</p>
<p>III - prazos e procedimentos para faturamento e pagamento dos serviços contratados com:</p> <p>a) definição de prazos e procedimentos para faturamento e pagamento do serviço prestado;</p> <p>Sugerimos que a fatura deva ser finalizada até o último dia útil do mês da prestação de serviços. Sua entrega, contudo, pode ser estendida até o quinto dia útil do mês seguinte e o pagamento ao médico deverá ser realizado até o 20º dia do mês seguinte ao vencimento.</p> <p>b) definição dos valores dos serviços contratados;</p> <p>Diante da Resolução CFM 1673/03 e da campanha nacional por honorários dignos, a CBHPM é a única opção referencial de honorários.</p> <p>c) rotina para auditoria técnica e administrativa, quando houver;</p> <p>Definir que não haverá glosa em procedimentos previamente autorizados nem retenção de honorários médicos nos casos em que a suposta irregularidade esteja no âmbito da instituição hospitalar (ex: materiais, medicamentos etc). Quando houver irregularidade (ou suspeita) referente ao ato médico, a retenção somente se efetuará mediante comunicação prévia obrigatória com justificativa do auditor endereçada ao médico responsável. Caberá resposta-justificativa do médico e, uma vez descaracterizada a irregularidade, o pagamento se fará imediatamente.</p> <p>d) rotina para habilitação do beneficiário junto ao profissional de saúde ou pessoa jurídica; e</p> <p>e) atos ou eventos médico-odontológicos, clínicos ou cirúrgicos que necessitam de autorização administrativa da operadora;</p> <p>IV - vigência dos instrumentos jurídicos:</p> <p>a) prazo de início e de duração do acordado; e</p> <p>O contrato poderá ser por tempo determinado ou indeterminado. A atenção na opção a ser feita deve ficar por conta da forma de rescisão e das condições de reajustes. Os contratos por tempo indeterminado somente deverão ser adotados caso haja uma penalidade, imputada à operadora, que compense investir em uma relação de trabalho com possibilidade de rescisão, a qualquer momento, no prazo de 60 dias.</p>	<p>c) inserção das seguintes obrigações a serem observadas a partir da notificação:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. manutenção da assistência pelos profissionais de saúde ou pessoa jurídica aos pacientes já cadastrados, até a data estabelecida para encerramento da prestação do serviço; 2. pagamento dessa assistência pela operadora na forma já acordada; 3. identificação formal pelo profissional de saúde ou pessoa jurídica à operadora dos pacientes que se encontram em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial; 4. comunicação pela operadora aos pacientes identificados na forma do item anterior, garantindo recursos assistenciais necessários à continuidade da sua assistência; e 5. disponibilidade do profissional de saúde ou pessoa jurídica em fornecer as informações necessárias à continuidade do tratamento com outro profissional de saúde, desde que requisitado pelo paciente; <p>VI - informação da produção assistencial, com a obrigação do profissional de saúde ou pessoa jurídica disponibilizar às operadoras contratantes os dados assistenciais dos atendimentos prestados aos beneficiários, observadas as questões éticas e o sigilo profissional, quando requisitados pela ANS, em atendimento ao disposto no inciso XXXI, do art. 4º da Lei nº 9.961 de 2000; e VII - direitos e obrigações, relativos às condições gerais da Lei nº 9.656 de 1998 e às estabelecidas pelo CONSU e pela ANS, contemplando: a) a fixação de rotinas para pleno atendimento ao disposto no art. 18 da Lei nº 9.656 de 1998; b) a prioridade no atendimento para os casos de urgência ou emergência, assim como às pessoas com sessenta anos de idade ou mais, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças até cinco anos de idade; c) os critérios para reajuste, contendo forma e periodicidade;</p> <p>O reajuste se dará sempre em 18 de outubro (Dia do Médico), independente da data de assinatura do contrato, o que será considerado data-base do médico em sua relação com os planos de saúde. O índice poderá ser o IPCA (que reflete o custo de vida e a inflação). Ressaltar que este índice nunca poderá ser inferior ao índice de reajuste oferecido pela ANS aos planos de saúde. Quando isso ocorrer, aplicar-se-á o índice da ANS.</p>
<p>d) rotina para divulgação do nome do profissional de saúde ou pessoa jurídica contratada; e</p> <p>Estabelecer multa pecuniária para rescisão injustificada, atraso ou falta do pagamento, glosa imotivada ou não aplicação do índice de reajuste.</p>	<p>d) a autorização para divulgação do nome do profissional de saúde ou pessoa jurídica contratada; e</p> <p>Estabelecer multa pecuniária para rescisão injustificada, atraso ou falta do pagamento, glosa imotivada ou não aplicação do índice de reajuste.</p>
<p>f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.</p> <p>Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.</p> <p>Parágrafo único - Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea 'b', do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no site www.datasus.gov.br.</p> <p>Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.</p>	<p>f) não discriminação dos pacientes, bem como a vedação de exclusividade na relação contratual.</p> <p>Art. 3º As operadoras, juntamente com os profissionais de saúde ou pessoa jurídica, deverão proceder à revisão de seus instrumentos jurídicos atualmente em vigor, a fim de adaptá-los ao disposto nesta Resolução Normativa, no prazo de cento e oitenta dias, contados da sua vigência.</p> <p>Parágrafo único - Excepcionalmente, quando por motivos de força maior, o registro previsto na alínea 'b', do inciso I, do parágrafo único, do art. 2º, não estiver disponível no prazo disposto no caput deste artigo, a informação deverá ser incorporada em aditivo contratual específico a ser firmado no prazo máximo de trinta dias, contados da data da sua disponibilidade divulgada no site www.datasus.gov.br.</p> <p>Art. 4º Esta Resolução Normativa entra em vigor na data de sua publicação.</p>

forma isolada, sem antes obter orientação de suas Federadas.

“Somente um contrato bem feito será capaz de alterar radicalmente essa relação, coibindo os abusos que vêm

sendo praticados pelas operadoras. Sugerimos que os médicos não assinem nenhum tipo de contrato sem ter como base a CBHPM”, finaliza Bittar.

No quadro acima, publicamos

na íntegra a resolução (em preto) que obriga as operadoras de planos de saúde a assinarem contratos com médicos e odontólogos de suas redes credenciadas no prazo

máximo de 180 dias, a contar da data de publicação, e as sugestões apresentadas pela diretoria com o aval do departamento jurídico da AMB (em vermelho).

nossas vidas, nossos valores



Para a Biolab, a vida tem valores que vão além da saúde.

BIOLAB
FARMACÉUTICA
www.biolabfarm.com.br