

## PARALISAÇÃO DE 21 DE SETEMBRO

### Médicos suspendem atendimento aos planos de saúde em nível nacional

***Protesto, um desdobramento da paralisação de 7 abril, é contra as operadoras que se recusam a negociar reajustes de honorários e insistem em interferir na autonomia dos profissionais***

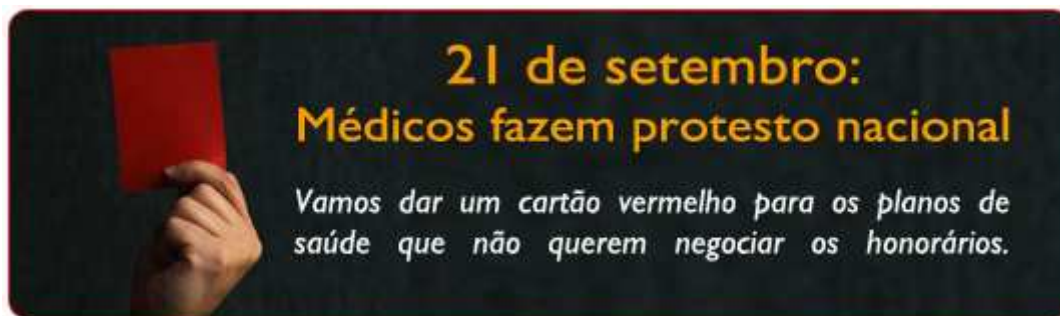
Nesta quarta-feira (21 de setembro), os médicos fazem um protesto nacional contra as operadoras de planos de saúde que mantém postura abusiva e antiética na relação com os profissionais. Durante 24 horas, será suspenso o atendimento a essas empresas em consultórios, ambulatórios e hospitais de todo o país como forma de chamar a atenção da sociedade para os prejuízos causados ao exercício da boa Medicina e à qualidade da assistência oferecida aos pacientes.

O protesto ganhou forte adesão nacional. Em sete estados, a suspensão atingirá todas as empresas de saúde suplementar. Em outros 17, a mobilização afetará consultas e procedimentos a planos selecionados localmente. Os nomes das operadoras constam do quadro abaixo. Na lista, os nomes que aparecem com mais frequência são os seguintes (*o número indica o total de estados que incluem estes planos como alvo*): Amil (12), Assefaz (10), Bradesco (10), Caixa (11), Capesaúde (9), Capesesp (9), Casf (9), Cassi (13), Conab (9), Correios (11), Eletronorte (9), Embrapa (9), Embratel (9), Fassinra (10), Geap (15), Golden Cross (12), Hapvida (12), Norclinica (9), Petrobras (9), Plan Assiste (10), Smile (9), SulAmérica (12) e Unimed (10).

**Desdobramento** - O movimento organizado pela Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu) – composta por representantes do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Associação Médica Brasileira (AMB) e da Federação Nacional dos Médicos (Fenam) – tem a adesão de médicos de 24 estados. O protesto é um desdobramento direto da paralisação nacional de 7 de abril, quando foi feito um alerta às operadoras sobre o desequilíbrio na relação entre operadoras e médicos e se propôs um avanço no processo de negociação entre as partes para reverter a situação.

Em 21 de setembro, serão suspensos as consultas e os procedimentos eletivos das operadoras de planos de saúde selecionadas pelos médicos em assembleias, sendo garantido ao paciente o novo agendamento. Fica assegurado ainda, durante o protesto, o atendimento de todos os casos de urgência e emergência. Nas semanas que antecederam a mobilização, os médicos procuraram alertar seus pacientes, informando-lhes os motivos do ato e pedindo apoio às reivindicações feitas, cujo atendimento garantirá melhorias à assistência oferecida.

**Negociação** - A suspensão do atendimento será regionalizada, uma vez que a relação dos planos é definida a partir de acordos feitos entre as empresas e as entidades médicas locais. Apenas no Amazonas, Rio Grande do Norte e Roraima, as lideranças definiram pela não paralisação por conta de entendimentos específicos. No entanto, os profissionais desses estados, apesar de não participarem objetivamente deste protesto, garantem seu apoio ao movimento nacional.

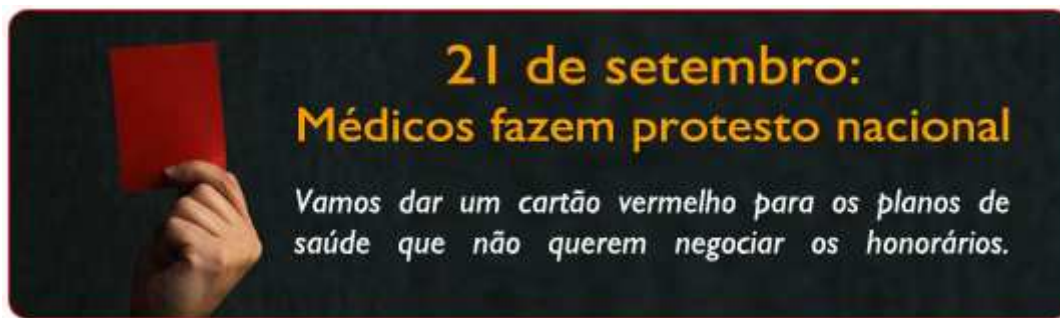


Desde o movimento do dia 7 de abril, quando ocorreu a primeira paralisação nacional dos planos de saúde, as comissões estaduais de honorários chamaram as operadoras para negociar, sendo que algumas acolheram a pauta dos médicos, dando resposta positiva aos pleitos apresentados. No entanto, há uma parcela de empresas que não se manifestaram, evitaram o diálogo ou apresentaram propostas totalmente insatisfatórias.

As reivindicações nacionais dos médicos são: o reajuste imediato da tabela de honorários tendo como referência a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM); o estabelecimento de critérios e de periodicidade anual de reajuste; e o fim das interferências antiéticas na autonomia do médico.

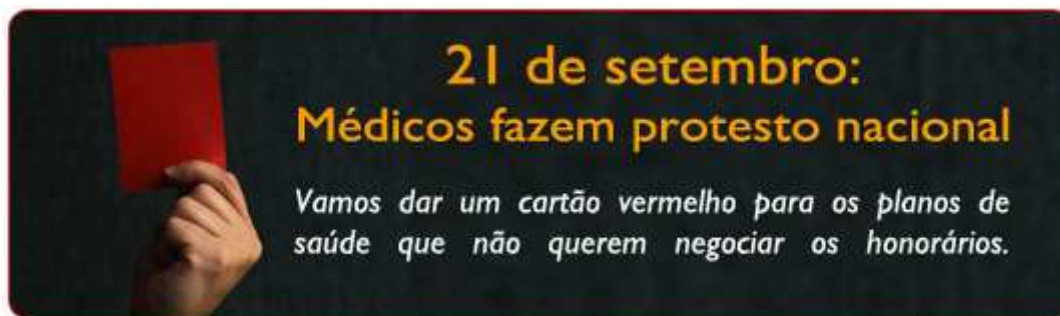
**Legalidade** – Os coordenadores do movimento nacional dos médicos ressaltam que a paralisação ocorre dentro de uma esfera de legalidade. Não serão desrespeitados limites, como a duração do protesto, que acontece dentro de um prazo determinado (24 horas). As entidades médicas ressaltam ainda que como previsto pelo Código de Ética Médica, em vigor desde abril de 2010, nunca foi autorizada a cobrança de valores extras para garantir atendimento.

<b>Quadro nacional do protesto contra as operadoras de 21 de setembro*</b>	
<b>Estado</b>	<b>Lista de planos alvos</b>
<b>Acre</b>	<i>Assefaz, Caixa Econômica, Capesesp, Casf, Cassi, Conab, Correios, Eletronorte, Embrapa, Fassinra, Geap, Plan Assiste, Sesi/DR/AC, Unimed</i>
<b>Alagoas</b>	<i>Amil, Hapvida, Smile, Unimed</i>
<b>Amapá</b>	<i>Amil, Assefaz, Caixa Econômica, Capesaúde, Cassi, Correios, Eletronorte, Embrapa, Embratel, Fassinra, Geap, Plan Assiste, SulAmérica</i>
<b>Amazonas</b>	<i>Não haverá paralisação</i>
<b>Bahia</b>	<i>Amil, Cassi, Geap, Golden Cross, Hapvida, Life Empresarial, Medial, Norclínicas/Intermédica, Petrobrás, Promédica</i>
<b>Ceará</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>
<b>Distrito Federal</b>	<i>Amil, Bradesco, Golden Cross e SulAmérica</i>
<b>Espírito Santo</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>
<b>Goiás</b>	<i>Geap, Golden Cross, Imas, Itaú, Mediservice, SulAmérica</i>
<b>Maranhão</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>
<b>Mato Grosso</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>
<b>Mato Grosso do Sul</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>
<b>Minas Gerais</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>
<b>Pará</b>	<i>Cassi, Ipamb, Iasep, Geap, Grupo Lider, Hapvida, Hospitais Militares (Polícia Militar, Naval e Exército)</i>
<b>Paraíba</b>	<i>Geap, Amil, Smile, HapVida e Norclinica</i>
<b>Paraná</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>



<b>Pernambuco</b>	<i>América Saúde, Golden Cross, Hapvida/Santa Clara, Ideal Saúde, Real Saúde, Samaritano Viva</i>
<b>Piauí</b>	<i>CapeSaúde, Cassi, Correio Saúde, Geap, Saúde Caixa, Uniplam</i>
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>
<b>Rio Grande do Norte</b>	<i>Não haverá paralisação</i>
<b>Rio Grande do Sul</b>	<i>Afivesc, Assefaz, Bacen, Bradesco, Cabergs, Caixa, Canoasprev/Fassem, Capesesp, Casembra, Casf, Cassi, Centro Clínico Gaúcho, Conab, Doctor Clin, ECT, Eletrosul/Elos, Embratel, Fassincra, Geap, Golden Cross, Infraero, IRB, Petrobras, Petrobras Distribuidora, Plan Assiste, Proasa, Pró-Salute, Sameisa, Serpro, Seseff, SulAmérica, Unafisco, Usiminas, Wal-Mart</i>
<b>Rondônia</b>	<i>Ameron, Bradesco, SulAmérica, Unimed,</i>
<b>Roraima</b>	<i>Não haverá paralisação</i>
<b>Santa Catarina</b>	<b>TODAS as operadoras, com exceção das seguintes:</b> <i>Assefaz, Capesesp, Cassi, Celos, Conab, Cooperativas Médicas, Correios Saúde, Eletrosul, Elos Saúde, Embratel, Fassincra, Funservir, Saúde Caixa</i>
<b>São Paulo</b>	<i>Ameplan, Blue Life, Dix Amico, Geap, Golden Cross, Green Line, Intermédica, Medial, Notre Dame, Prosaúde, Volkswagen</i>
<b>Sergipe</b>	<b>TODAS as operadoras, com exceção das seguintes:</b> <i>Assec/Cehop, Assefaz, Cagipe, Camed, Capesesp, Casec, Casembrapa, Casse, Cassi, Cassind, ECT, Embratel, Fachesf, Fassincra, Pasa, Petrobras Distribuidora, Petrobras, Plan Assiste, Proasa, Saúde Caixa, Seseff</i>
<b>Tocantins</b>	<b>TODAS AS OPERADORAS</b>

- *Informações repassadas pelas entidades médicas regionais.*



## PARALISAÇÃO DE 21 DE SETEMBRO Médicos denunciam a crise da assistência na saúde suplementar brasileira

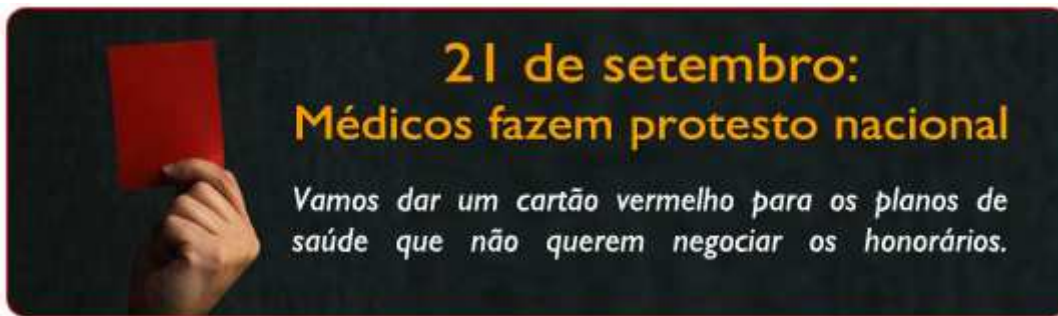
*Uma Carta à Nação, na qual os médicos apontam sua preocupação com a atuação dos planos de saúde, foi divulgada e será entregue também ao Ministro da Saúde*

Os médicos brasileiros - representados por suas entidades nacionais e regionais – divulgaram nesta terça-feira (20) uma Carta a Nação, na qual expõem sua preocupação com as práticas dos planos e seguros de saúde, que insistem em desrespeitar os profissionais e em gerar insatisfação e insegurança dos pacientes com a assistência prometida. “Somente a cultura do lucro - e não a da saúde - justifica a indiferença com que as operadoras tratam as reivindicações dos médicos e da sociedade”, alerta o documento, cuja íntegra se encontra abaixo e que será entregue ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha, aos parlamentares federais e a outras autoridades.

“Seis meses após alerta nacional promovido em 7 de abril, com a suspensão por 24 horas do atendimento às operadoras, ainda estamos inconformados com a permanência dos abusos praticados, sendo assim, nesta quarta-feira, 21 de setembro, faremos novo protesto contra as empresas da saúde suplementar”, informa o documento, onde os médicos denunciam a resistência de alguns planos de saúde em negociar o reajuste dos honorários praticados e o fim da interferência na autonomia dos profissionais.

No texto, os médicos alegam que nos últimos 12 anos, os índices de inflação acumulados chegaram a 120%. Por outro lado, os reajustes dos planos somaram 150%, enquanto os honorários médicos não atingiram reajustes de 50% no período. Ressaltou-se ainda que, no Brasil, o mercado de planos de saúde cresce mais de 10% ao ano, o que significa 4 milhões de novos usuários no país por período, o que garante grande faturamento às operadoras (cujas receitas em 2010 foi de R\$ 72,7 bilhões), sem suficiente contrapartida em termos de valorização do trabalho médico e na oferta de cobertura às demandas dos pacientes.

“Em lugar do diálogo e de negociação com os médicos, grande número de operadoras optam pela mercantilização da saúde, ressaltando seu descompromisso com a assistência. Diante desse quadro de equilíbrio ameaçado, conclamamos o Governo Federal e o seu órgão regulador na área (Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) para que atuem como reais mediadores nessa relação que diz respeito à saúde e à vida de mais de 46 milhões de brasileiros”, finaliza o texto.



## **CARTA À NAÇÃO**

### **A crise da assistência médica suplementar no Brasil**

*Nós, médicos, representados por nossas entidades reiteramos publicamente à Nação nossa preocupação com as práticas dos planos e seguros de saúde, que insistem em desprezar os médicos e em gerar insatisfação e insegurança dos pacientes com a assistência prometida.*

*Seis meses após alerta nacional promovido em 7 de abril, com a suspensão por 24 horas do atendimento às operadoras, ainda estamos inconformados com a permanência dos abusos praticados, sendo assim, nesta quarta-feira, 21 de setembro, faremos novo protesto contra as empresas da saúde suplementar.*

*Denunciamos a resistência daqueles planos de saúde que têm se recusado a negociar com os médicos o reajuste dos honorários praticados. Somente a cultura do lucro - e não a da saúde - justifica a indiferença com que as operadoras tratam as reivindicações dos médicos e da sociedade.*

*Com o objetivo de reduzir custos em nome de uma maior margem de lucros, os planos de saúde interferem nos atos praticados pelos médicos, com glosas indevidas, restrições de atendimento, descredenciamentos unilaterais, "pacotes" com valores prefixados e outras medidas que reduzem a qualidade do atendimento, gerando uma crise sem precedentes na saúde suplementar.*

*Nos últimos 12 anos, os índices de inflação acumulados chegaram a 120%. Por outro lado, os reajustes dos planos somaram 150%, enquanto os honorários médicos não atingiram reajustes de 50% no período. No Brasil, o mercado de planos de saúde cresce mais de 10% ao ano, o que significa 4 milhões de novos usuários no país por período, o que garante grande faturamento às operadoras (cujas receitas em 2010 foi de R\$ 72,7 bilhões), sem suficiente contrapartida em termos de valorização do trabalho médico e na oferta de cobertura às demandas dos pacientes.*

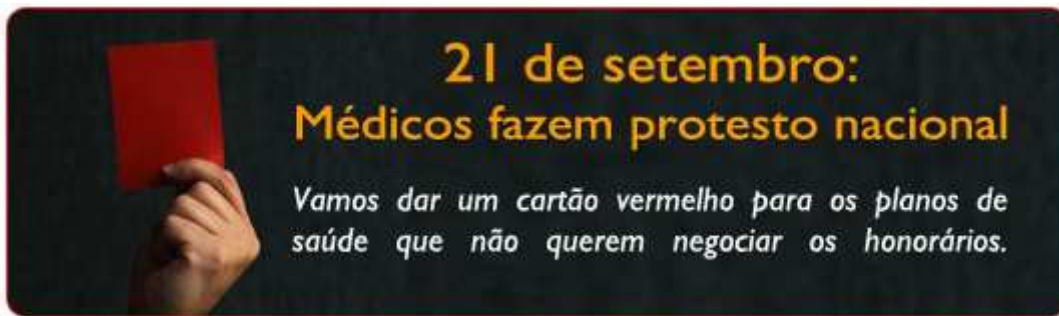
*Ressaltamos ainda que desse R\$ 72,7 bilhões, de acordo com a ANS, foram aplicados a assistência médica R\$ 58 bilhões, o que torna fundamental a abertura das planilhas de custo das operadoras para que seja conhecido pela sociedade o destino da diferença de R\$ 14,7 bilhões.*

*Em lugar do diálogo e de real negociação com os médicos, grande número de operadoras optam pela mercantilização da saúde, ressaltando seu descompromisso com a assistência. Diante desse quadro de equilíbrio ameaçado, conclamamos o Governo Federal e o seu órgão regulador na área (Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS) para que atuem como reais mediadores nessa relação que diz respeito à saúde e à vida de mais de 46 milhões de brasileiros.*

Brasília, 20 de setembro de 2011

**ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA (AMB)**  
**CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM)**  
**FEDERACAO NACIONAL DOS MÉDICOS (Fenam)**

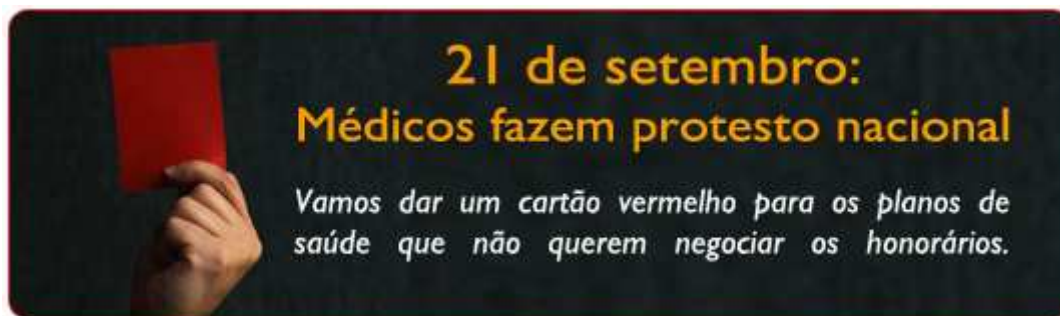




## INFORMAÇÕES SOBRE A SAÚDE SUPLEMENTAR NO BRASIL

### *Dados gerais sobre o setor*

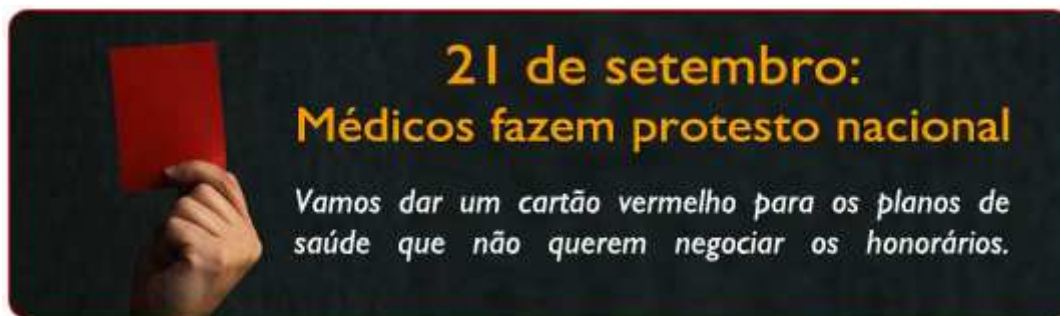
- O Brasil tem **347 mil** médicos em atividade, registrados no Conselho Federal de Medicina.
- Aproximadamente, **160 mil** médicos atuam na saúde suplementar, atendem usuários de planos e de seguros de saúde.
- **46,6 milhões (24% da população)** é o número de usuários de planos de assistência médica no Brasil. O dado é de dezembro de 2010.
- **Cerca de 80% dos usuários** de planos de assistência médica estão em planos coletivos (quase 33 milhões de pessoas). O restante, 25%, tem plano individual ou familiar.
- Por ano, os médicos realizam, por meio dos planos de saúde, em torno de **223 milhões de consultas** e acompanham **4,8 milhões de internações**.
- Os médicos atendem, em média, em seus consultórios, **oito planos** ou seguros saúde.
- Cada usuário de plano de saúde vai ao médico (consulta) em média **5 vezes por ano**.
- **80% das consultas**, em um mês típico de consultório médico, são realizadas por meio de plano de saúde. As consultas particulares representam, em média, 20% do trabalho médico em consultório.
- Dos usuários de planos de assistência médica, 20% ainda permanecem em **planos** antigos (8,8 milhões), muitos deles com restrições de cobertura ainda piores do que as praticadas pelos planos novos (contratos após janeiro de 1999).
- Entre março de 2010 e março de 2011, mais 4 milhões de brasileiros passaram a ter plano de saúde. De acordo com série histórica da ANS este foi um crescimento recorde desde 2000, de 9%.
- O aumento da renda dos brasileiros e a situação positiva do mercado de trabalho, com as menores taxas de desemprego já registradas e crescimento de vínculos formais com carteira assinada, turbinaram a venda de planos de saúde, sobretudo os coletivos e empresariais, que já somam 80% do mercado. Os planos coletivos cresceram 14% em 2010, mais que os individuais e familiares, que aumentam em 5,4% o número de usuários.



### **Dados sobre os reajustes praticados pelas operadoras**

- Os índices de inflação – de 2000 a 2011, medidos pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) – utilizado pelo governo para medição das metas inflacionárias –, acumularam 119,80%, no período, o que não foi repassado aos honorários médicos.
- De 2000 a 2011 os reajustes da ANS autorizados para os planos individuais acumularam 150,89%, sem repasse aos honorários médicos. A ANS autorizou em 2011 o maior aumento às operadoras desde 2007, ao fixar em 7,69% o índice de reajuste. Os planos coletivos podem ter reajustes anuais ainda maiores, pois é livre a negociação entre operadoras e empresas ou grupos contratantes.

<b>Índices do IPCA x Índices da ANS</b>		
<b>Ano</b>	<b>IPCA</b>	<b>Reajuste ANS</b>
2000	6,77	5,42
2001	6,61	8,71
2002	7,98	7,69
2003	16,77	9,27
2004	5,26	11,75
2005	8,07	11,69
2006	4,63	8,89
2007	3	5,76
2008	5,04	5,48
2009	5,41	6,76
2010	5,91	6,73
2011	6,53	7,69
<i>Acumulado 2000 a 2011</i>	<i>119,80</i>	<i>150,89</i>



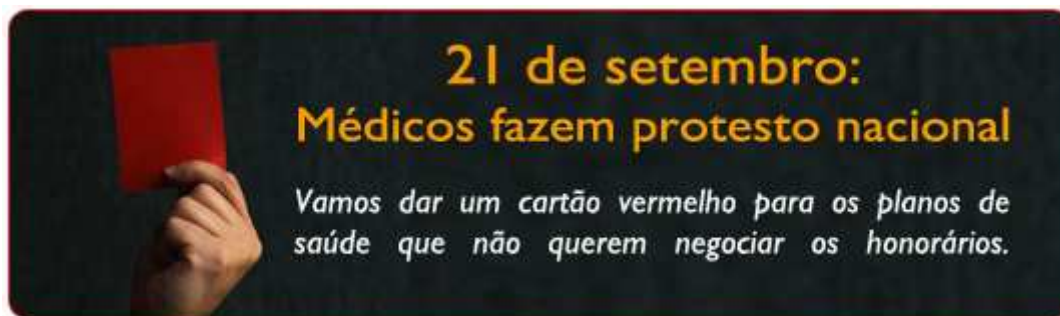
### ***Dados sobre a saúde financeira das operadoras***

- A receita dos planos de saúde não pára de crescer. Conforme informado pelas operadoras o faturamento no primeiro trimestre de 2011 foi de R\$ 18,4 bilhões, 3,8% a mais que no mesmo período de 2010. Analisando os dados de 2010, as operadoras médico-hospitalares tiveram uma receita de R\$ 72,7 bilhões, 13,2% a mais que em 2009.
- O aquecimento do mercado de planos de saúde é confirmado pelo número de registros de operadoras. Pela primeira vez em dez anos, o número registros (12 empresas novas) foi maior que o número de cancelamentos (4), isso analisando o primeiro trimestre de 2011. Existem hoje 1.042 planos ativos com beneficiários, dos quais 70% são de pequeno porte, com até 20.000 pessoas.
- O valor médio da mensalidade cobrada pelos planos de saúde em 2010 foi de R\$ 127,00, uma variação de 9,1% em relação a 2009, quando os planos custavam, em média, R\$ 116,37 *per capita*/mês.
- Outro indicador de que o mercado vai bem é a redução da sinistralidade (razão entre a despesa assistencial e receita angariada com as mensalidades) que passou de 83% em 2009 para 81% em 2010.

### ***Dados sobre a interferência dos planos na autonomia dos médicos***

- O médico que trabalha com planos ou seguros de saúde atribui, em média, **nota 5** para as operadoras, em escala de zero a dez. Ressalta-se que 5% dos médicos deram **nota zero para os planos** ou seguros saúde brasileiros e apenas 1% atribuiu notas 9 ou 10\*.
- **92%** dos médicos brasileiros que atendem planos ou seguros saúde afirmam que sofreram pressão ou ocorreu interferência das operadoras na autonomia técnica do médico\*.
- Entre as interferências no trabalho médico, **glosar procedimentos ou medidas terapêuticas e impor a redução de número de exames ou procedimentos** são as práticas mais comuns das operadoras (veja quadro abaixo)\*.

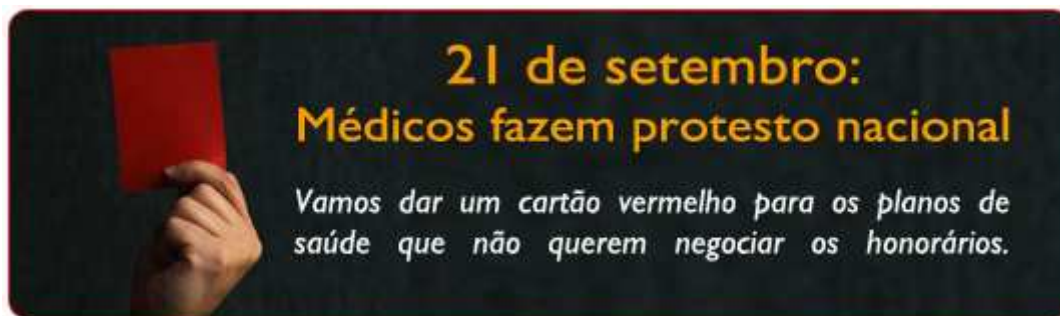




Principais interferências dos planos no trabalho médico	
Reclamações	%
Glosar (rejeitar a prescrição ou cancelar pagamento) de procedimentos ou medidas terapêuticas	78
Limitar número de exames ou procedimentos	75
Restringir (limitar cobertura) doenças pré-existentes	70
Autorizar atos diagnósticos e terapêuticos somente mediante a designação de auditores	70
Interferir no tempo de internação de pacientes (determinar alta hospitalar antes da hora)	55
Negar a prescrição de medicamentos de alto custo	49
Interferir no período de internação pré-operatório (não permitir, por exemplo, a internação na véspera da cirurgia)	48
Nenhuma	6
<b>Base (número de médicos entrevistados)</b>	<b>2184</b>

\* Fonte: APM/Datafolha – Pesquisa Nacional

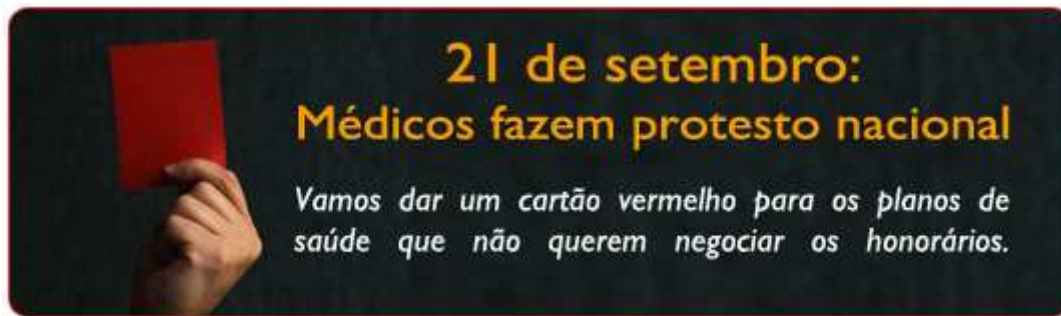
- Mais da metade dos hospitais (54,9%) afirma que os planos de saúde **determinam a transferência de pacientes** para hospitais próprios das operadoras.
- Mais da metade dos hospitais (51%) afirma que os planos de saúde **demoram na liberação de guias** de autorização para internação, cirurgia e exames, o que prejudica pacientes e médicos.
- Dados da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (PROTESTE) apontam que, quanto maior o número de clientes de uma operadora de plano de saúde, maior o tempo médio para agendamento de consultas e procedimentos.
- Segundo pesquisa da PROTESTE com 500 associados, sendo 30% clientes de planos individuais e 70% de coletivos, o consumidor leva, em média, 14 dias para agendar consulta e 6 dias para procedimento ambulatorial ou exame, nos individuais. Já nos demais, os períodos são de 16 e 9 dias, respectivamente.



	Tempo médio para agendamento de consultas	Tempo máximo para agendamento de consultas	Tempo médio para agendamento de procedimentos ambulatoriais e exames
Clínica Geral	-	210 dias	-
Cardiologia	-	180 dias	9 dias
Endocrinologia	24 dias	-	-
Ginecologia	20 dias	-	9 dias
Dermatologia	17 dias	-	-
Ortopedia	-	-	11 dias
Urologia	-	-	9 dias
Rede própria	16 dias	-	9 dias
Rede credenciada	12 dias	-	6 dias

Fonte: Pesquisa da Associação Brasileira de Defesa do Consumidor (PROTESTE)

- Pesquisa do CFM realizado pelo Datafolha, em abril de 2011, que ouviu 2.061 pessoas, distribuídas em 145 municípios, mostrou que 80% das pessoas que tem planos de saúde utilizaram a rede credenciada nos últimos 12 meses.
- Seis em cada dez usuários da saúde suplementar tiveram, no último ano, alguma experiência negativa com o atendimento oferecido pelos planos de saúde.
- As reclamações mais comuns estão relacionadas com a demora no atendimento ou fila de espera no pronto-socorro, no laboratório ou na clínica (26%).
- Percentual significativo dos entrevistados (21%) também relatou existirem poucas opções de médicos, hospitais e laboratórios (21%) disponíveis para o atendimento de suas necessidades.
- Outros 14% contam que tiveram que buscar a assistência no Sistema Único de Saúde (SUS) por conta da negação de cobertura ou restrição de atendimento do plano de saúde contratado.
- Com relação ao atendimento médico, a principal queixa dos entrevistados consiste na dificuldade de marcar consulta (19%) e no descredenciamento do profissional médico procurado (18%).
- O excesso de burocracia foi outro ponto de reclamação dos usuários: 13% vivenciaram demora para autorização de exames ou liberação de guias, inclusive de internação, e 12% tiveram negativa de cobertura de procedimento ou exame.



**Mais informações:**

**Assessoria de imprensa AMB**

Acontece Comunicação e Notícias - Chico Damaso - Monica Kulcsar

Fones: 11- 3873.6083 / 3871.2331

E-mail: [acontece@acontecenoticias.com.br](mailto:acontece@acontecenoticias.com.br)

[www.amb.org.br](http://www.amb.org.br)

**Assessoria de Imprensa do CFM**

Fones: 61- 3445-5940/ 5958/ 7812-5100

E-mail: [imprensa@cfm.org.br](mailto:imprensa@cfm.org.br)

[www.cfm.org.br](http://www.cfm.org.br)

**Assessoria de Imprensa da Fenam**

Fones: 21- 2240-6739/ 9144-3323

E-mail: [denisegui9@hotmail.com](mailto:denisegui9@hotmail.com) e [imprensa@fenam.org.br](mailto:imprensa@fenam.org.br)

[www.fenam.org.br](http://www.fenam.org.br)