

# OS MÉDICOS E OS PLANOS DE SAÚDE

Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras

#### DIRETORIA DO CREMESP

Presidente: Renato Azevedo Júnior. Vice-Presidente: Mauro Gomes Aranha de Lima. 1º Secretário: Carlos Alberto Herrerias de Campos. 2º Secretário: Adamo Lui Netto. Tesoureira: Sílvia Helena Rondina Mateus. 2º Tesoureiro: Nacime Salomão Mansur. Departamento de Comunicação: André Scatigno Neto. Departamento Jurídico: Henrique Carlos Gonçalves. Corregedor: Krikor Boyaciyán. Vice-corregedor: Rodrigo Durante Soares. Departamento de Fiscalização: Ruy Yukimatsu Tanigawa. Delegacias da Capital: Rui Telles Pereira. Delegacias do Interior: Denise Barbosa.

#### CONSELHEIROS

Adamo Lui Netto, Akira Ishida, Alfredo Rafael Dell'Áranga, André Scatigno Neto, Antonio Pereira Filho, Bráulio Luna Filho, Caio Rosenthal, Carlos Alberto Herrerias de Campos, Carlos Alberto Monte Gobbo, Clóvis Francisco Constantino, Denise Barbosa, Desiré Carlos Callegari, Eurípedes Balsanufu Carvalho, Gaspar de Jesus Lopes Filho, Henrique Carlos Gonçalves, Henrique Liberato Salvador, Isac Jorge Filho, Ieda Therezinha Do Nascimento Verreschi, João Ladislau Rosa, João Márcio Garcia, José Henrique Andrade Vila, José Marques Filho, José Yoshikazu Tariki, Kazuo Uemura, Krikor Boyaciyán, Lavinio Nilton Camarim, Luiz Alberto Bacheschi, Luiz Flávio Florenzano, Marco Tadeu Moreira Moraes, Maria do Patrocínio Tenório Nunes, Marli Soares, Mauro Gomes Aranha de Lima, Nacime Salomão Mansur, Pedro Teixeira Neto, Reinaldo Ayer de Oliveira, Renato Azevedo Junior, Renato François Filho, Rodrigo Durante Soares, Rui Telles Pereira, Ruy Yukimatsu Tanigawa, Silvana Maria Figueiredo Morandini, Sílvia Helena Rondina Mateus.

#### CÂMARA TÉCNICA DE SAÚDE SUPLEMENTAR

Renato Azevedo Junior - Coordenador  
Ajax Rabelo Machado, Alfredo José Monteiro Scaff, Almir José Dias Valverde, Angelo Mário Sarti, Antonio Pereira Filho, Carlos Alberto Martins Tosta, Casemiro dos Reis Junior, Claudio Graieb Samo, Eurípedes Balsanufu de Carvalho, Florisval Meinão, João Ladislau Rosa, José Carlos Machado Campos, José Erivalder Guimarães Oliveira, Lauro Mascarenhas Pinto, Lavinio Nilton Camarim, Marli Soares, Michal Gejter, Nereu Rodolfo Krieger da Costa, Oliverio de Carvalho Silva Junior, Pedro Teixeira Neto, Regina Ribeiro Parizi Carvalho, Renato Abreu Filho, Rodrigo Durante Soares, Ruy Yukimatsu Tanigawa, Sílvia Helena Rondina Mateus, Tomas Patricio Smith Howard.

#### OS MÉDICOS E OS PLANOS DE SAÚDE

Publicação do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo  
Rua da Consolação, 753 – Centro – São Paulo – SP – CEP 01301-910  
Tel.: (11) 3017 9300 – www.cremesp.org.br

**Coordenação:** Renato Azevedo Júnior

**Conteúdo:** Aureliano Biancarelli, Mário Scheffer

**Projeto gráfico e ilustrações:** Marcelo Pitel

**Agradecimentos:** Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, Florisval Meinão (Presidente da APM), Cid Célio Carvalhaes (Presidente Simesp/Fenam)

**Os médicos e os planos de saúde: guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras /** Coordenação de Renato Azevedo Junior; Mário Scheffer e Aureliano Biancarelli. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo / Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, 2012.  
64 p.

1. Planos de saúde 2. Exercício da medicina 3. Legislação dos planos de saúde I. Azevedo Junior, R. (coord.) II. Scheffer, Mário (coord.) III. Biancarelli, Aureliano (coord.) IV. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo. V. Título

NLM

W 130

# OS MÉDICOS E OS PLANOS DE SAÚDE

Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras





# sumário

<b>7</b>	<b>Apresentação</b>
10	Introdução
<b>13</b>	<b>Regulação deficiente</b>
14	Mercado lucrativo, lobby poderoso
<b>16</b>	<b>Lei descumprida, código desrespeitado</b>
18	Instrumento de defesa de direitos
<b>20</b>	<b>Movimento médico</b>
22	Cerceamento profissional, interferências indevidas
<b>24</b>	<b>Descredenciamento unilateral e arbitrário</b>
26	Glosa de procedimentos
<b>28</b>	<b>Performance, metas e bônus</b>
30	Auditorias médicas e restrições
<b>32</b>	<b>Exclusões de cobertura</b>
34	Retorno de consulta
<b>35</b>	<b>Rol de procedimentos</b>
36	Os riscos da verticalização
<b>38</b>	<b>Cartões de desconto</b>
40	CBHPM
<b>42</b>	<b>Registro da empresa no CRM</b>
44	<b>Contrato entre médico e operadora</b>
<b>46</b>	<b>Pessoa jurídica ou física</b>
47	<b>Qualificação do prestador</b>
<b>48</b>	<b>Quebra e proteção do sigilo médico</b>
50	<b>Tempo de espera</b>
<b>52</b>	<b>Administrador ou atravessador?</b>
54	Contrato coletivo de trabalho
<b>56</b>	<b>Como e onde o médico pode exigir seus direitos</b>
58	Operadora de saúde
<b>58</b>	<b>Agência Nacional de Saúde Suplementar</b>
58	Conselho Regional de Medicina
<b>59</b>	<b>APM e sindicatos</b>
60	Ministério Público e Judiciário
<b>61</b>	<b>Defesa do consumidor e Legislativo.</b>
62	Dicas para seus pacientes



# Apresentação

Renato Azevedo Júnior  
*Presidente do Cremesp*

Na década de 1990, indignados com as atitudes dos planos de saúde, o Cremesp e as entidades médicas de São Paulo se uniram a órgãos de defesa do consumidor e grupos de pacientes para denunciar as imposições e interferências na autonomia profissional, as exclusões de coberturas, os reajustes abusivos de mensalidades e os baixos valores pagos para consultas e procedimentos.

A pressão da sociedade levou o Congresso Nacional a aprovar, em 1998, a lei dos planos de saúde e, dois anos depois, foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Desde então, os médicos tem lutado junto à agência e aos planos de saúde para tentar manter o mínimo de dignidade profissional na saúde suplementar. Foi assim no movimento pela implantação da CBHPM em 2004 e nas mobilizações de 2011.

Quase duas décadas depois da discussão iniciada em São Paulo, está em pauta novamente o desrespeito com o qual os planos de saúde tratam os médicos, assim como a omissão da ANS, que não exerce seu dever de fiscalização.

A saúde não é mercadoria e, por isso, exige-se a forte presença do Estado na defesa dos direitos de pacientes e de médicos, envolvidos com a recuperação da saúde e a preservação da vida, interesses muito acima dos lucros das empresas.

Um sistema suplementar saudável e bem regulado – como determina a lei – certamente contribui para a melhoria do sistema de saúde como um todo.

Em 2011, o estudo “Demografia Médica no Brasil”, levantamento inédito realizado pelo CFM –Cremesp, revelou que o número de médicos a serviço da iniciativa privada cresce proporcionalmente muito mais que o de profissionais no Sistema Único de Saúde. Além de chamar a atenção para as desigualdades que tendem a se acirrar, o estudo mostra que cada vez haverá mais médicos dependentes dos planos de saúde.

O avanço da iniciativa privada é decorrência, entre outros fatores, do subfinanciamento da saúde pública. No Brasil, os gastos privados com saúde são mais elevados que o orçamento público. O médico se desdobra e se vê cada vez mais aviltado diante de um sistema público que remunera mal porque falta dinheiro e não tem carreira, e um sistema privado que paga pouco porque não cumpre regras e não é devidamente regulado.

Esta publicação é um esforço da Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp de revelar o retrato das arbitrariedades e distorções praticadas pelas empresas de planos de saúde. Pretende, com isso, ser um instrumento a mais de defesa dos direitos de médicos e pacientes.

Fica claro que, sozinhos, os médicos têm pouco a fazer. Mas juntos, unidos, os profissionais e suas entidades, com apoio da sociedade, podem demonstrar que estamos num caminho sem volta, de resgate da dignidade profissional e de mudanças positivas no sistema de saúde brasileiro.



# INTRODUÇÃO

Limitação ou negação de exames e de internações, demora ou restrição de procedimentos, honorários irrisórios, glosas arbitrárias, descredenciamentos unilaterais, “pacotes” com valores prefixados de honorários médicos, auditorias médicas que não seguem critérios éticos, desrespeito aos contratos e à autonomia profissional.

Como será tratado nesta publicação, a lista de queixas dos milhares de médicos que atendem a planos de saúde só vem crescendo. Os 47 milhões de brasileiros usuários dos planos e seguros de saúde (dado de 2011) são vítimas diretas e indiretas desse processo de aviltamento. Enquanto a receita do setor e o número de novos clientes crescem vertiginosamente, os honorários médicos continuam praticamente congelados e a relação entre operadoras e prestadores segue sem regulamentação.

Para enfrentar tal realidade, as entidades médicas intensificaram a mobilização e os protestos contra as condutas e práticas de um mercado que ainda não é regulado satisfatoriamente.

Além de paralisações, manifestações de rua, audiências públicas na Câmara dos Deputados, foram divulgadas cartas abertas à população, ao ministro da Saúde e à presidente da República. Em todas as oportunidades, as

entidades denunciam os “abusos”, a “cultura do lucro”, os dez anos de congelamento dos honorários, o “desrespeito aos médicos e pacientes” e as relações “cada vez mais deterioradas”.

Se boa parte dos médicos depende parcialmente da saúde suplementar, é verdade também que as operadoras, para o sucesso de seu negócio, dependem da mão-de-obra médica. Não há saída fora de uma negociação em pé de igualdade. Mas para isso, é preciso um ambiente regulatório que trate os médicos à altura de sua importância para o sistema suplementar.

Neste aspecto, como se verá nas páginas seguintes, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) ainda não cumpriu seu papel definido na lei que a criou. A ANS tem por finalidade institucional promover a defesa do interesse público, regulando regulando os planos de saúde, inclusive as suas relações com prestadores e consumidores.

Os capítulos e verbetes a seguir revelam o quanto o livre exercício da medicina, a autonomia e a dignidade profissional estão ameaçados. Mas demonstram também a disposição do Cremesp e das entidades médicas no enfrentamento do problema e na busca de soluções.



# 1 Regulação deficiente

A legislação não só se revelou incompleta para conter os desvios de um mercado poderoso que não para de crescer, como deixou brechas que favorecem as operadoras e prejudicam médicos e pacientes.

De todo modo, a lei 9.656, de junho de 1998, conhecida como a Lei dos Planos de Saúde, representou avanços ao definir padrões mínimos de cobertura, ao estabelecer critérios para a entrada, o funcionamento e a saída de empresas no setor, e também transferiu para o Poder Executivo a responsabilidade pela regulação e fiscalização de um setor que atuava há mais de 30 anos sem nenhuma moderação do Estado.

Apesar dos ganhos que vieram com a legislação, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), criada em 2000 para regular o setor, em poucos momentos se ocupou da relação dos planos de saúde com os médicos. A Resolução Normativa ANS n.º 71, de 2004, que regula parte dessa relação e define a existência de contratos, com critérios e periodicidade de reajuste dos honorários médicos, nunca foi totalmente respeitada.

A omissão da ANS quanto à relação entre operadoras e médicos não só tem prejudicado diretamente os profissionais e usuários, mas também representa uma afronta às competências legais do órgão. A Lei n.º 9.961 de 2000, que criou a Agência, afirma em seu artigo 3º que “a ANS terá por finalidade institucional promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regulando as operadoras setoriais, inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores, contribuindo para o desenvolvimento das ações de saúde no País”.

Como veremos a seguir, não são poucos os abusos praticados pelos planos de saúde e os pontos descobertos pela ANS no cumprimento de suas obrigações.

## 2 Mercado lucrativo, lobby poderoso

Com faturamento recorde, ascensão do mercado, influência política, exploração dos médicos e subsídios públicos, o negócio dos planos de saúde exhibe crescimento vertiginoso.

Calcula-se que cerca de 160 mil dos 371.788 médicos em atividade no país atuam na assistência suplementar. O Estado de São Paulo tem 106.536 médicos registrados, cerca de 58 mil deles atuando em planos e seguros de saúde. Dos 46.601.062 habitantes do estado (IBGE, 2010), 18.458.387 são atendidos nas diferentes modalidades de planos de saúde. Significam 44,7%, contra 24,5% da média nacional. Na capital São Paulo, a população coberta pela saúde suplementar já superou a do



SUS. Dos 10,7 milhões de habitantes, 63,2% são usuários de planos ou seguros de saúde.

Os números indicam que o Estado de São Paulo representa um negócio bilionário para a saúde suplementar, com 560 empresas. No Brasil, o crescimento desse mercado vem ocorrendo em todos os estados, com cerca de 4 milhões de novos usuários por ano. Ao todo, são 1.037 operadoras atuando, entre empresas de medicina de grupo, cooperativas médicas, autogestões, seguradoras, filantrópicas e administradoras. No conjunto do País, a receita do setor subiu 159,7% de 2003 a 2010. O crescimento anual tem passado dos 10%. Em 2009, o faturamento atingiu R\$ 65,8 bilhões, passando para R\$ 74,6 bilhões em 2010, crescimento de 13,37%.

O lucro líquido de muitas operadoras chega



a 20% ao ano, muito superior ao do setor financeiro, conforme dados revelados pelas próprias empresas em audiência pública na Câmara dos Deputados em 2010.

Os índices de inflação acumulados em 12 anos chegaram a 120%, os reajustes dos planos somaram 150%, enquanto os honorários médicos não atingiram reajustes de 50% no período. Ou seja, o preço dos planos subiu três vezes mais que o valor da consulta paga aos médicos.

Até final de 2010 a maioria dos planos de saúde pagava entre R\$ 25 e R\$ 40 por consulta médica. Com as paralisações e manifestações intensificadas a partir de abril de 2011, essa média passou, em alguns locais, para R\$ 50 a R\$ 60,00, com reajustes escalonados em até dois anos. Mesmo assim, ainda distantes do

mínimo reivindicado pelas entidades médicas, de R\$ 80,00.

Em janeiro de 2011, matéria de capa da revista Exame sobre o bilionário dono do maior plano de saúde do país, causou revolta quando o entrevistado deu uma demonstração de como o setor desconsidera os médicos, ao declarar: “Se você quer ser sardinha, ande com sardinhas; se quer ser tubarão, ande com tubarões”.

Demonstração do poder de influência dos planos de saúde está no apoio financeiro das empresas deste setor a candidatos nas eleições. Em 2010, conforme estudo da USP e UFRJ, os planos destinaram mais de R\$ 12 milhões a campanhas eleitorais que ajudaram a eleger 38 deputados federais, 26 deputados estaduais, cinco senadores, além de cinco governadores e a presidente da República. Outros 82 candidatos, não eleitos, também receberam apoio financeiro.

Além do apoio a políticos, os planos de saúde indicam seus representantes para ocupar cargos estratégicos, diretorias e até a presidência da ANS.

Vale ressaltar, ainda, que os planos de saúde recebem subsídios públicos, direta e indiretamente, pois são beneficiados com a renúncia fiscal, dedução no imposto de renda de pessoas físicas e jurídicas, com a isenção de tributos que favorecem determinadas cooperativas médicas e planos de hospitais filantrópicos, com a venda de planos privados para o funcionalismo público e com o atendimento de seus usuários em serviços do SUS sem o devido ressarcimento aos cofres públicos.

# 3 Lei descumprida, código desrespeitado

O simples cumprimento da lei dos planos de saúde, apesar de suas lacunas, bastaria para mudar as relações na pirâmide formada por operadora, prestador e paciente.

Se, além da lei, fossem respeitados os direitos dos médicos previstos no Código de Ética Médica, muitos dos conflitos entre planos de saúde e profissionais seriam solucionados.

A lei 9.656 de 1998 e resoluções da ANS proíbem várias práticas muito comuns, que interferem no trabalho médico e prejudicam os pacientes. Alguns exemplos: a exigência de autorizações prévias que impeçam ou dificultem o atendimento, sobretudo em situações caracterizadas como de urgência ou emergência; a negativa de procedimentos sem a devida jus-

tificativa por parte da operadora; deixar de estabelecer contrato entre operadora e prestador; limitar a assistência em função de teto de remuneração, com exceção das previstas nos contratos que têm cláusula na modalidade de reembolso; discriminar usuários em função da doença, faixa etária ou qualquer outro fator; impedir o procedimento em razão de o profissional solicitante não pertencer à rede própria ou credenciada; estabelecer co-participação ou franquia que caracterize financiamento integral do procedimento por parte do usuário; exigir do paciente pagamento por evento ou procedimento; e qualquer outro fator que restrinja o acesso aos serviços.

Os mesmos princípios valem para os contratos antigos, assinados antes de 1988: se houver

imposição de dificuldades ou negativa de assistência à saúde por meio de mecanismos de regulação, estará configurada uma prática abusiva e, portanto, ilegal. Mesmo os contratos que contêm, explicitamente, cláusulas restritivas, têm sido contestados pelo Poder Judiciário.

A origem do desacerto entre operadoras e médicos está certamente na redução da saúde, por parte das empresas, à condição de um serviço como qualquer outro, em que só o lucro é o objetivo. Práticas que objetivam apenas reduzir custos, desvalorizando o trabalho médico e cortando gastos com consultas e procedimentos, desrespeitam a autonomia profissional e ferem o Código de Ética Médica, em prejuízo do paciente.

Muitas práticas dos planos de saúde se chocam com o Código de Ética Médica. No capítulo dos Princípios Fundamentais, o Código estabelece que, “para exercer a Medicina com honra e dignidade, o médico necessita ter boas condições de trabalho e ser remunerado de forma justa”. “O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho.” O Código diz ainda que “a Medicina não pode, em nenhuma circunstância ou forma, ser exercida como comércio” e que o “trabalho do médico não pode ser explorado por terceiros com objetivos de lucro, finalidade política ou religiosa”. E completa: “Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos

meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para o estabelecimento do diagnóstico e da execução do tratamento, salvo quando em benefício do paciente.”

No capítulo II, sobre Direito dos Médicos, o Código ressalta que é direito do profissional, entre outras ações, “indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente”. Também é direito “apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição”. O médico também pode “recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais”.

Já no capítulo III, que trata das responsabilidades do profissional, o Código diz que é vedado ao médico “permitir que interesses pecuniários, políticos, religiosos ou de quaisquer outras ordens, do seu empregador ou superior hierárquico ou do financiador público ou privado da assistência à saúde interfiram na escolha dos melhores meios de prevenção, diagnóstico ou tratamento disponíveis e cientificamente reconhecidos no interesse da saúde do paciente ou da sociedade”.

# 4 Instrumento de defesa de direitos

O movimento dos milhares de médicos brasileiros que atuam na assistência suplementar intensificou-se em 2011, após um acúmulo de abusos e práticas predatórias das operadoras.

Além da luta permanente por melhores honorários, as entidades médicas buscam, por meio do diálogo, um entendimento com ANS, Secretaria de Direito Econômico e Cade (Conselho Administrativo de Defesa Econômica) que autorizaria negociações coletivas das entidades em nome dos médicos, tomando como referência a Classificação de Procedimentos (CBHPM). Por parte das entidades, haveria o compromisso de não promover o descredenciamento em massa de médicos nem paralisações de atendimento por tempo indeterminado.

É neste contexto que o Cremesp publica esse documento, como mais um instrumento que visa contribuir para que os médicos saibam de seus direitos e conheçam os recursos possíveis para denunciar ou recorrer de arbitrariedades.

Diante de restrições impostas pelos planos, algumas vezes o médico pouco ou nada poderá fazer por si mesmo ou pelo paciente. No entanto, conhecendo as práticas abusivas das operadoras e os direitos – e levando as denúncias aos órgãos competentes – o médico contribuirá para que uma relação mais justa se estabeleça coletivamente.

As entidades médicas, além de liderarem movimento coletivo em defesa da dignidade do trabalho médico, têm instâncias que recebem denúncias, orientam o médico e,



no caso dos Conselhos de Medicina, podem iniciar processos éticos contra os responsáveis técnicos das operadoras ou mesmo agir perante a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O texto que se segue foi baseado nas interferências mais comuns citadas pelos médicos na prática das entidades, em pesquisas e queixas levadas ao Cremesp. O texto lista as irregularidades mais referidas e cita resoluções, pareceres e súmulas dos CRMs, CFM, ANS e outras instituições que tratam da questão.

No final, o médico encontrará um pequeno roteiro para orientá-lo sobre as instâncias que podem ser acionadas diante de situações de conflito com os planos de saúde.



## 5 Movimento médico

O movimento médico por melhores condições de trabalho e remuneração na saúde suplementar vem se ampliando desde 2003. O ano de 2011 foi marcado por dois dias de paralisação nacional, rodízio de paralisações por especialidade e cartas ao governo e à população. O movimento deu início a entendimento com órgãos do governo segundo o qual os médicos poderiam negociar coletivamente, teriam a CBHPM como referência de honorários e, em troca, não fariam paralisações por tempo indeterminado.

Os médicos estão saindo às ruas para protestar contra dois “patrões”. Um deles é o Sistema Único de Saúde, por conta do subfinanciamento público que leva a baixos

salários e precárias condições de trabalho e assistência. O outro “patrão” são as operadoras de planos de saúde, com as quais os médicos vêm lutando há mais de uma década na busca de negociações em torno de honorários e melhores condições de trabalho. Em 2011, as manifestações se iniciaram no dia 7 de abril e se repetiram no dia 21 de setembro, com mobilização nacional e paralisação por especialidades.

De acordo com o Código de Ética Médica, é direito do médico “suspender suas atividades, individualmente ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não o remunerar digna e justamente, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Medicina”. O Código ressalva que é proibido ao médico “deixar de atender em setores de urgência e emergência, quando for de obrigação fazê-lo, expondo a risco a vida de pacientes, mesmo respaldado por decisão majoritária da categoria”. Ressalvadas essas condições, as paralisações médicas reivindicatórias são consideradas éticas nos pareceres dados por diferentes CRMs.

Embora a reivindicação das entidades médicas seja a de um mínimo de R\$ 80,00 por consulta, as paralisações em 2011 em São Paulo se concentram nas empresas que

ainda não chegaram ao patamar de R\$ 50,00 em suas propostas. O rodízio de paralisação por especialidades – com interrupção do atendimento por dois dias em cada área -- não prejudica os atendimentos de urgência e emergência e é coordenado, no Estado de São Paulo, pela Comissão Estadual de Mobilização Médica para a Saúde Suplementar, que tem representantes das várias entidades. Em outros estados aconteceram movimentos que variavam na pauta e nos mecanismos de luta, conforme realidade local.

A Comissão de Mobilização reivindica a atualização de valores dos procedimentos de acordo com a CBHPM e inserção de cláusula de reajuste anual nos contratos.

No dia 21 de setembro de 2011 – chamado de Dia Nacional de Paralisação do Atendimento – representantes das entidades médicas divulgaram Carta à Nação entregue ao ministro da Saúde, Alexandre Padilha. No encontro, onde estavam representantes da AMB, CFM e Fenam, foi solicitado ao ministro que interceda junto à ANS e ao governo federal “para que atuem como mediadores nessa relação que diz respeito à saúde e vida de mais de 46 milhões de brasileiros”.

“Seis meses após alerta nacional promovido em 7 de abril, ainda estamos informados com a permanência dos abusos praticados”, diz a Carta. “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 – diz o texto --, 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.”

A Carta lembra ainda que “nos últimos 12 anos os índices de inflação acumulado chegaram a 120%”, “os reajustes dos planos somaram 150%, enquanto os honorários médicos não atingiram reajustes de 50% no período”. Em outro trecho, o documento observa que, “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”.

Algum sinal de preocupação foi manifestado pela ANS, embora nenhum avanço tivesse sido registrado até final de 2011. Em agosto de 2011, em reunião entre representantes médicos, da Secretaria de Direito Econômico (SDE), do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) e da própria Agência, pelo menos concordou-se em abrir um processo de negociação para que a CBHPM pudesse vir a ser usada como referência técnica em discussões sobre remuneração.

## 6 Cerceamento profissional, interferências indevidas



Uma série de práticas adotadas pelos planos de saúde reduz a autonomia do médico e afeta diretamente o paciente. Quanto maior controle a empresa tiver sobre o profissional e seus procedimentos, maiores serão as restrições impostas. Barreiras administrativas, interferências no período de internação e transferência de hospital estão entre as práticas mais comuns.

Entre as barreiras administrativas e de cerceamento profissional, as mais citadas pelos médicos são o uso de glosas sem justificativas, a limitação no número de procedimentos, a restrição de cobertura por doenças pré-existentes e a exigência de auditorias para a autorização de atos diagnósticos e terapêuticos. Na pesquisa APM-Datafolha, de 2010, 70% ou mais dos médicos

fizeram referência a essas quatro práticas. São problemas que recaem sobre os usuários, mas também os médicos sofrem as conseqüências.

Segundo a pesquisa, é imenso o rol de práticas das operadoras que afetam o trabalho dos médicos. Além das já citadas, há as interferências no período de internação pré-operatório, impedindo – por exemplo – que o paciente entre no hospital no dia anterior, ou ingerência no tempo de internação. Isso, sem contar o pagamento de valor irrisório para consultas e procedimentos. Essas práticas, usadas para limitar procedimentos e reduzir custos, são totalmente contrárias ao exercício ético da Medicina e representam uma violação aos direitos dos médicos e pacientes.

A alta antecipada determinada pela operadora ou por auditor sem a concordância do médico



assistente é totalmente ilegal e coloca o paciente em risco. A cláusula que permitia limitar o número de dias de internação hospitalar, que constava nos planos antigos, foi derrubada na Justiça em vários casos concretos. Somente o médico pode determinar a alta hospitalar. Os contratos novos que incluem a cobertura de internação são obrigados a garantir a permanência no hospital durante todo tempo determinado pelo profissional assistente, mesmo em unidades de terapia intensiva.

O que ainda ocorre com frequência é a transferência de pacientes de um hospital (onde ocorreu o primeiro atendimento) para outro credenciado ou próprio do plano. Em geral, ao adquirir um plano de saúde, o usuário escolhe uma operadora em função da rede de serviços

credenciados. Mas dias depois de internado no hospital contratado, o paciente acaba transferido para outro, geralmente da própria empresa, a fim de reduzir os custos.

Outro procedimento ilegal é a recusa dos planos de cobrir o total da conta. Depois de uma cirurgia ou internação coberta pelo plano de saúde, é comum o paciente ser surpreendido pelo hospital com uma fatura referente a materiais, aparelhos ou medicamentos utilizados durante a internação. Desde que no contrato a cobertura hospitalar esteja prevista, o usuário tem direito à cobertura integral, independentemente da data do plano. O pagamento de todo o atendimento hospitalar cabe ao plano de saúde, inclusive em UTI e por tempo indeterminado. A operadora também deve cobrir a remoção do paciente, comprovadamente necessária, para outro estabelecimento hospitalar, dentro dos limites de abrangência geográfica previstos no contrato.

Os mecanismos administrativos para padronizar a utilização dos serviços só devem ser aceitos quando não prejudiquem ou impeçam o atendimento e estejam claramente escritos nos contratos. De alguma forma, as restrições e gargalos criados pelas operadoras afetam sobretudo as famílias menos informadas e no momento em que se encontram mais fragilizadas. O profissional, limitado pelas restrições que o plano impõe a seu paciente, acaba muitas vezes desdobrando-se no papel de médico e assistente social, tendo que sugerir à família o quê de melhor pode ser feito.

## 7 Descredenciamento unilateral e arbitrário



A quebra unilateral de contrato com profissionais vem sendo utilizada pelas operadoras como forma de punir e descartar o médico que solicita mais procedimentos do que o desejado pela empresa. O CFM determina prazos mínimos para o aviso prévio e justificativa por escrito, resolução que não é cumprida. A operadora também deve informar o paciente do descredenciamento, o que também não acontece.

Apontado como a principal queixa dos médicos e uma das mais freqüentes reclamações dos usuários, o descredenciamento representa, em geral, uma medida unilateral ou retaliação da operadora de plano de saúde ao profissional médico. A partir de mecanismos de regulação, controle de metas e outros meios, as operadoras “fiscalizam” a atuação de cada profissional. Geralmente o descredenciamento ocorre após os planos verificarem que determinado médico está, por exemplo, indicando mais procedimentos do que a empresa considera ser adequado, muitas vezes independentemente do diagnóstico clínico e da necessidade de saúde dos pacientes. Outra punição comum é a simples retirada do nome do médico dos guias de profissionais daquele plano. O médico não é descredenciado, mas para quem o procura na lista da operadora, não vai encontrá-lo, reduzindo assim a demanda por seus serviços.

Por parte da empresa, a justificativa oficial do descredenciamento é sempre administrativa, alegando, por exemplo, necessidade de reformulação da rede credenciada.

Uma deliberação do Conselho Federal de

Uma deliberação do Conselho Federal de



Medicina (CFM) – resolução nº 1.616 de 2001 – busca impedir o descredenciamento unilateral e sem justa causa. A empresa deve informar ao médico, por escrito, as razões do descredenciamento, fundamentando e justificando a medida, além de conceder um prazo para a apresentação de defesa. Por sua vez, o consumidor deve ser informado do desligamento do seu médico.

Pela resolução 1.616, o “desligamento voluntário do médico referenciado, credenciado ou associado” deve ser comunicado à operadora com “antecedência mínima de 60 dias” e os dados clínicos em seu poder devem ser disponibilizados a seus clientes “a fim de garantir-lhes a continuidade do tratamento médico”. Diz ainda que a “decisão de desligamento deverá ser homologada pelo Conselho Regional de Medicina, num

prazo de 30 dias”, e que as operadoras “devem obrigatoriamente comunicar os desligamentos de médicos aos seus usuários”. De acordo com a resolução, “o diretor técnico da operadora é o responsável pelo cumprimento desta norma”.

A ANS, de seu lado, não enxerga “problema” no descredenciamento. “Se o profissional de saúde de sua confiança ou o laboratório onde sempre faz exames for descredenciado e não atender mais pelo seu plano de saúde, não há problema, desde que o plano de saúde mantenha garantido o atendimento a seus beneficiários em outros profissionais médicos, hospitais, clínicas e laboratórios”, observa a Agência em sua página na Internet. “Além disso, qualquer mudança deve ser informada ao consumidor. Em caso de mudanças que reduzam o número de hospitais disponibilizados por um plano, a alteração precisa ser previamente autorizada pela ANS”, completa. Como se sabe, nada disso vem sendo feito pelas operadoras. Profissionais e serviços – hospitais, laboratórios, clínicas – são trocados por outros quase sempre com o objetivo de reduzir custos. Na maioria dos casos, o usuário só é informado quando procura o serviço ou o profissional. De todo modo, mesmo informado, o descredenciamento quebra a continuidade da relação do paciente com seu médico.

Outra prática comum é o pagamento de honorários irrisórios, interferências e condições de trabalho precárias, o que leva o próprio profissional a deixar o plano ou reduzir significativamente seu tempo de consultório destinado a atender conveniados da operadora.

## 8 Glosa de procedimentos



A prática de glosar procedimentos de forma injustificada, recusando o pagamento de atos já realizados pelo médico, é comum em muitas operadoras. Pelas razões mais variadas – particularmente detalhes administrativos – elas se negam a assumir parte da fatura, causando prejuízo ao profissional em tempo e dinheiro. Ao assinar o contrato, o médico deve observar que não haverá glosa em procedimentos previamente autorizados nem retenção de honorários nos casos em que a suposta irregularidade esteja no âmbito da instituição hospitalar.

Para 78% dos médicos ouvidos na pesquisa APM-Datafolha, de 2010, a glosa de procedimento é a principal interferência das

operadoras na autonomia profissional. É a primeira no ranking de barreiras citadas pelos profissionais. Nas relações entre médico e operadoras, glosa é o pedido de esclarecimento da parte do plano de saúde sobre um ato realizado por um prestador de serviço. Na prática, é uma recusa de pagamento, parcial ou total, de algo que já foi feito. As alegações podem ser o não atendimento de detalhes exigidos pela operadora ou, mais comumente, de simples erro no preenchimento das guias e formulários. A burocracia chega a ser tanta que há no mercado empresas, cursos, publicações e sites na Internet ensinando médicos, clínicas e hospitais conveniados a preencherem seus papéis, de forma a receberem pelo que fizeram.



Muitos profissionais não recorrem das glosas simplesmente porque as empresas não esclarecem os motivos do corte. Outros desistem dos recursos por cansaço ou por não acreditar que a operadora irá voltar atrás. Desta forma, a glosa de procedimentos se firmou como mais uma forma injusta e abusiva que as operadoras encontraram para gerar lucro.

Entre os médicos, é consenso que as operadoras glosam a fatura encontrando ou não motivo para isso. Algumas empresas já adotaram a prática de “passar a régua”, cortando 20% dos valores que o médico deveria receber. Nem mesmo a obrigatoriedade de informar por códigos qual o motivo da glosa conseguiu reduzir a prática abusiva

de empresas. Quando o médico recorre – agora existe um mecanismo oficial para esse recurso –, as operadoras simplesmente não respondem. Se o profissional reclama na ANS, sua queixa vira um processo que pode se arrastar por anos. As empresas sabem disso, não pagam, não explicam, e desta forma lucram mais.

A ANS não regulamentou expressamente a questão das glosas realizadas pelas operadoras, nem mesmo quando editou a Resolução Normativa nº 71, que trata do contrato entre médicos e operadoras.

Na falta de legislação por parte da ANS, o médico deve observar no contrato que, na ocorrência ou suspeita de alguma irregularidade referente ao ato médico, a retenção somente pode ser feita mediante comunicação prévia, com justificativa do auditor endereçada ao médico responsável, cabendo resposta-justificativa do médico. Uma vez descaracterizada a irregularidade, o pagamento deve ser feito imediatamente. O contrato deve observar ainda -- no item que trata de “auditoria técnica e administrativa” --, 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.

## 9 Performance, metas e bônus

O médico que pedir menos exame para seus pacientes será premiado. Aquele que solicitar acima da média de seus colegas de especialidades será punido com honorários menores e outras restrições. Além dessa prática anti-ética, outra variante vem sendo adotada pelas empresas: o pagamento por performance.

Meta referencial ou gerencial é mais um método usado pelas operadoras para monitorar e, freqüentemente punir – pecuniariamente ou não – o médico que solicita mais exames complementares do que a média mensal de seus colegas. Esta média é estimada pelo número de exames similares solicitados pelos demais médicos da mesma especialidade. Recentemente, surgiu uma nova

modalidade variante que é a de premiar com bônus financeiro o médico que se mantém na meta estabelecida.

Na verdade, trata-se de mais uma tentativa para reduzir custos assistenciais e monitorar despesas sob a alegação de que os custos dos Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia (SADT) são crescentes e inviabilizam economicamente as operadoras.

O texto acima consta do parecer sobre a consulta 2.358, que trata da Meta Referencial, aprovado em reunião plenária do Cremesp em 6 de janeiro de 2004. Na sequência do texto, o relator se pergunta se a prática infringe o Código de Ética Médica e se beneficia os pacientes. A última resposta é não, pois o paciente só tem a perder com esse procedimento. “Em relação à primeira questão fica claro que há evidente violação de vários preceitos do CEM”, afirma o parecer.

Em vários pareceres e resoluções, Cremesp e CFM têm se colocado contrários à prática da meta referencial. A resolução 1642, do CFM, de agosto de 2002, diz que as operadoras devem “respeitar a autonomia do médico e do paciente em relação à escolha de métodos diagnósticos e terapêuticos”. A adoção de diretrizes ou protocolos médicos só será admitida “quando forem elaborados pelas sociedades brasileiras de especialidades, em conjunto com a Associação Médica Brasileira”. Em outro ponto, o texto veda “a vinculação dos honorários

médicos a quaisquer parâmetros de restrição de solicitação de exames complementares” e informa que as empresas que desobedecerem a resolução terão seus registros cancelados no CFM e o fato comunicado ao Serviço de Vigilância Sanitária e à ANS “para as providências cabíveis”.

Quanto ao pagamento por “performance”, a preocupação das entidades médicas aumentou em 2010 quando a ANS criou um Grupo de Trabalho sobre Honorários Médicos e o tema foi para a mídia. Ouvidos, diretores de planos de saúde e representantes de entidades de operadoras saíram na defesa da prática. Alguns lembraram que nos Estados Unidos mais de 50% dos planos têm contratos baseados no desempenho dos médicos. O procedimento estaria sendo adotado também no Reino Unido, onde o sistema de saúde é público. Na prática, bons médicos e hospitais – no conceito das operadoras – receberiam um salário extra em forma de bônus.

Em abril de 2011, a ANS publicou a Súmula Normativa 16, proibindo o pagamento por performance. O texto diz que “é vedado às operadoras adotar e/ou utilizar mecanismos de regulação baseados meramente em parâmetros estatísticos de produtividade os quais impliquem inibição à solicitação de exames diagnósticos complementares pelos prestadores de serviços de saúde”. A súmula lembra que o Código de Ética Médica veda

ao médico deixar de utilizar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Na própria súmula, a ANS reconhece que a prática é comum nas empresas. “Algumas operadoras – diz o texto -- vêm adotando política de remuneração de seus prestadores de serviços baseada em uma parcela fixa, acrescida ou não de uma parcela paga a título de bonificação.” Completa dizendo que, “de acordo com tais políticas de remuneração, a referida bonificação somente é paga aos prestadores de serviços de saúde que limitarem a determinado parâmetro estatístico de produtividade o volume de solicitações de exames diagnósticos e complementares”.

Para as entidades médicas, o profissional pode até ganhar mais se fizer uso racional de recursos, mas em primeiro lugar estará o benefício do paciente, sem relação com o custo.

O pagamento por performance é uma modalidade semelhante às bonificações instituídas há cerca de seis anos, premiando médicos que cumprissem metas de redução de exames. A meta referencial é outra iniciativa similar, que premia ou pune o médico de acordo com o número de exames e procedimentos que solicita. As práticas são proibidas pelo CFM e condenadas pelas demais entidades médicas, mas algumas operadoras continuam a exercê-las.

# 10 Auditorias médicas e restrições

A resolução CFM 1614/2001 veda ao médico na função de auditor autorizar, impedir ou modificar procedimentos solicitados pelo médico assistente. Vale ressaltar, porém, que o médico auditor, encontrando impropriedades ou irregularidades no atendimento, deve comunicar o fato por escrito ao médico assistente, solicitando os esclarecimentos necessários para fundamentar suas recomendações. Concluindo haver indícios de ilícito ético, o médico, na função de auditor, obriga-se a comunicá-los ao Conselho Regional de Medicina.

A auditoria do ato médico constitui importante mecanismo de controle e avaliação dos recursos e procedimentos adotados. Ela visa a resolutividade e melhoria na qualidade da pres-

tação dos serviços e, nesse sentido, caracteriza-se como ato médico, pois exige conhecimento técnico, pleno e integrado da profissão. Apesar de sua reconhecida necessidade e importância, a auditoria está entre as principais queixas dos médicos no ranking de interferências das operadoras de saúde.

O exercício da auditoria médica, considerado um processo importante para a boa prática da profissão, deve sempre estar marcado pela conduta ética. Nunca deve estar pautado em aspectos financeiros, mas focada na saúde dos cidadãos. Por ser a auditoria um ato médico em si, é a resolução 1.614 do CFM, de fevereiro de 2001, que rege e disciplina sua realização. Nas suas considerações, o Conselho afirma a “necessidade de disciplinar a fiscalização pratica-



da nos atos médicos pelos serviços contratantes de saúde” e lembra que o profissional, “investido da função de auditor, encontra-se sob a égide do preceituado no Código de Ética Médica”.

A resolução do CFM proíbe a auditoria como forma de cercear o trabalho do profissional. “É vedado ao médico na sua função de auditor – diz o texto -- autorizar, vetar, bem como modificar, procedimentos propedêuticos e/ou terapêuticos solicitados, salvo em situação de indiscutível conveniência para o paciente, devendo, neste caso, fundamentar e comunicar por escrito o fato ao médico assistente”. Observa ainda que “não compete ao médico, na função de auditor, a aplicação de quaisquer medidas punitivas ao médico assistente ou instituição de saúde, cabendo-lhe somente reco-

mandar as medidas corretivas em seu relatório, para o fiel cumprimento da prestação da assistência médica”.

Um dos pontos de conflito das auditorias é o prazo para que sejam realizadas, já que o tempo corre contra o paciente e o médico assistente. A resolução do CFM não estabelece período. O que se recomenda é que o prazo não pode prejudicar o tratamento do paciente. Segundo resolução do Conselho de Saúde Suplementar – Consu número 8, de 1998 --, a operadora deve “garantir ao consumidor o atendimento pelo profissional avaliador no prazo máximo de um dia útil a partir do momento da solicitação, para a definição dos casos de aplicação das regras de regulação, ou em prazo inferior quando caracterizada a urgência”.

# 11 Exclusões de coberturas

Doenças pré-existentes são aquelas que o consumidor “já sabia possuir” e que informou quando assinou contrato com o plano. Para essas, terá de esperar dois anos para ter direito a procedimentos de alto custo. O termo “doença pré-existente” sequer existe na terminologia médica, mas na prática é uma das restrições que mais afetam o médico e seu paciente.

As “doenças pré-existentes” são a terceira queixa citada pelos médicos no rol de interferências sofridas por parte das operadoras de saúde. Pesquisa Cremesp-Datafolha de 2007 mostra que 59% dos médicos que afirmaram ter sofrido restrições por parte dos planos citaram as chamadas “doenças pré-existentes”

como uma das principais ingerências no trabalho. “Doença pré-existente”, no entanto, não é sequer uma terminologia médica, nem existe uma definição jurídica para ela. É praticamente impossível se saber, com certeza, quando a doença se iniciou. Na melhor das hipóteses, o paciente pode se lembrar de quando identificou os sintomas. E a operadora, por sua vez, diante da fala do paciente, decide por sua conta o que é e o que não é pré-existente.

Pela legislação da ANS, de todo modo, “doenças pré-existentes” são aquelas que o “consumidor já sabia possuir e que informou no formulário da declaração de saúde ao contratar o plano”. Para essas, o consumidor “terá cobertura parcial temporária até cumprir dois anos de carência”. Isso significa

que, durante esse período, ele não terá direito a “procedimentos de alta complexidade, leitos de alta tecnologia - CTI e UTI - e cirurgias decorrentes das doenças pré-existentes”. Para esses últimos casos, será preciso aguardar os dois anos.

As entidades médicas alertam que a suspensão por 24 meses no atendimento de diversos procedimentos que estão no rol pode prejudicar o tratamento e colocar em risco a vida do paciente. Para contornar essa questão, a ANS criou um atalho que passou a chamar de “agravo”. O consumidor que desejar “poderá ser atendido sem ter que aguardar esse período de tempo”, desde que pague “um valor adicional chamado de agravo”.

Desde 1999 os planos deveriam oferecer a opção do “agravo” para o consumidor com doença pré-existente e que não queira a “cobertura parcial temporária”. Mas, devido aos preços abusivos do agravo, essa possibilidade não saiu do papel.

Os consumidores que mantêm planos antigos – anteriores a 1999 -- e que não fizeram adaptação estão sujeitos a uma série de outras carências e restrições. Na maioria das vezes, decisões do Judiciário têm revertido essa situação. Nos planos novos, a lei define restrições em casos específicos. Além da carência de dois anos para “doenças pré-existentes”, a legislação contempla carência de 24 horas para casos de urgência – como acidentes pessoais, complicações

gestacionais, risco imediato à vida ou lesões irreparáveis. Para partos a termo, a carência é de 300 dias, e para as demais situações, 180. Segundo a ANS, esses são limites máximos, e a operadora poderá oferecer carências menores. O importante é que tal fato conste do contrato.

O termo cobertura também serve para especificar a abrangência geográfica onde o usuário do plano de saúde poderá ser atendido, o que deve ser obrigatoriamente especificado no contrato. O plano pode atender em um município (cobertura municipal), em um conjunto específico de municípios ou estado (cobertura regional ou estadual), em um conjunto específico de estados, ou mesmo em todo país (cobertura nacional). Geralmente o usuário só descobre a restrição quando tem um problema de saúde fora de seu local de domicílio. Em situações de urgência ou emergência a cobertura é obrigatoriamente nacional.

As negativas de tratamento de câncer e de doenças do coração são os principais motivos de ações judiciais movidas por pacientes contra os planos e seguros de saúde no Estado de São Paulo. Dentre os procedimentos médicos mais excluídos em ações destacam-se a quimioterapia, radioterapia e cirurgias diversas. Já os insumos mais negados pelas operadoras são as órteses, próteses, exames diagnósticos e medicamentos. Mais de 80% das ações dão ganho de causa ao usuário.

# 12 Retorno de consulta

É prerrogativa do médico estabelecer o intervalo entre uma consulta e outra e só a ele cabe decidir se a volta será considerada retorno ou um novo atendimento a ser cobrado. Compete ao médico indicar livremente os prazos de retorno, sempre considerando as necessidades de seu paciente. A determinação do tempo necessário para avaliação do paciente e de seus exames deve seguir critérios técnicos e médicos, e não administrativos.

A resolução 1958 do CFM, de janeiro de 2011, que estabelece as diretrizes para a realização e retorno de consulta, é uma resposta “às interpretações conflitantes quanto à remuneração de consultas médicas e casos de retorno dentro do mesmo ato”.

No seu texto, a resolução define que “a consulta médica compreende a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento”. Estabelece ainda que, “quando houver necessidade de exames complementares que não possam ser apreciados nesta mesma consulta, o ato terá continuidade para sua finalização, com tempo determinado a critério do médico, não gerando cobrança de honorário”. Se houver atendimento de outra doença no mesmo paciente, o que caracteriza novo ato profissional, ele será passível de cobrança de novos honorários. Da mesma forma, alterações de sinais ou sintomas “que requeiram nova anamnese, exame físico, hipóteses ou conclusão diagnóstica e prescrição terapêutica, o procedimento deverá ser considerado como nova consulta e dessa forma ser remunerado”.

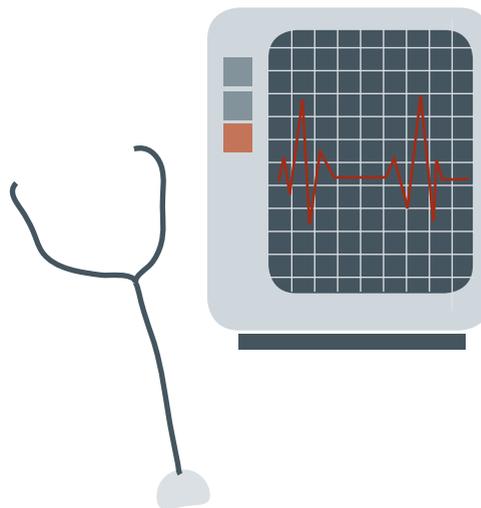
A resolução estabelece ainda que “nas doenças que requeiram tratamentos prolongados com reavaliações e até modificações terapêuticas, as respectivas consultas poderão, a critério do médico assistente, ser cobradas”. Finalmente, determina que “instituições de assistência hospitalar ou ambulatorial, empresas que atuam na saúde suplementar e operadoras de planos de saúde não podem estabelecer prazos específicos que interfiram na autonomia do médico e na relação médico-paciente, nem estabelecer prazo de intervalo entre consultas”.

# 13

## Rol de procedimentos

O Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde é a lista dos atos médicos que os planos de saúde são obrigados a oferecer a todo usuário que assinou contrato a partir de janeiro de 1999. Quanto menor a extensão do Rol, mais dificuldades o médico terá de lançar mão dos recursos diagnósticos e terapêuticos para tratar o paciente.

Graças à atuação das entidades médicas, de órgãos de defesa do consumidor e de posicionamentos do Judiciário e do Ministério Público, o Rol de Procedimentos é hoje muito mais abrangente e menos injusto do que foi na sua primeira edição, em 2001. Ainda assim, o Rol de Procedimentos, que é sempre definido pela ANS, continua contendo exclusões.



Para as entidades médicas, a Agência deveria tomar como referência (para as coberturas obrigatórias e não apenas para a terminologia) a CBHPM, a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos. A Classificação de Procedimentos é o resultado de um esforço conjunto por parte das entidades médicas e que foi apresentado em 2003. Desde então, vem sendo atualizada por uma Câmara Técnica Permanente. São mais de cinco mil procedimentos listados por portes e subportes e classificados pelo custo operacional (veja item CBHPM).

Um ponto positivo é que ao longo de 2011, diante da pressão de entidades médicas por honorários mais justos, a ANS, a Secretaria de Direito Econômico (SDE) e o Con-

selho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) admitiram que a CBHPM pode vir a ser usada como referência técnica em discussões sobre remuneração. Mas falta a incorporação no Rol da ANS de todos os procedimentos listados na CBHPM, pois os usuários continuam sem acesso a uma série de atos médicos importantes.

O primeiro Rol de Procedimentos estabelecido pela ANS foi definido em outubro de 1998 e atualizado em 2001. Posteriormente foram feitas atualizações em 2004, 2008, 2010 e 2011. A última delas vale a partir de janeiro de 2012 e inclui 60 novos procedimentos. Segundo a Agência, “o processo de revisão do Rol conta com a constituição de um grupo técnico composto por representantes de entidades de defesa do consumidor, de operadoras de planos de saúde, de profissionais de saúde que atuam nos planos de saúde e de técnicos da ANS”. A proposta é posteriormente submetida à avaliação da sociedade por meio de consulta pública.

Na descrição de procedimentos médicos sempre coexistiram múltiplas terminologias, da ANS, das entidades médicas e das próprias operadoras. Quando a ANS passou a implantar o Padrão para Troca de Informação em Saúde Suplementar (TISS) foi obrigada a promover a adoção de uma terminologia única. Assim nasceu a TUSS (Terminologia Unificada em Saúde Suplementar), baseada na CBHPM.

# 14

## Os riscos da verticalização

Em busca de uma verticalização que certamente reduz o custo de transação, as operadoras passaram a ter seus próprios hospitais, seus laboratórios de análises e a contratar médicos como assalariados, na maioria das vezes desrespeitando a legislação trabalhista e precarizando o vínculo. Desta forma, passam a ter controle sobre toda a linha de serviço, e monopolizam o mercado.

O mercado de planos de saúde vive um processo de verticalização que preocupa médicos, usuários e hospitais independentes. Esse movimento já era perceptível nos anos 1970 e 1980 quando, em sentido contrário, hospitais privados e mesmo filantrópicos criaram e passaram a vender seus próprios planos de saúde. A partir de 1990, foram as operadoras que começa-



ram a abrir ou comprar hospitais, formando sua rede própria. Se a verticalização traz vantagens para as operadoras, para o médico ela é mais uma ameaça para sua autonomia. Para o paciente, é mais uma estratégia de mercado em detrimento da qualidade do serviço

Há uma vantagem legal que incentiva a verticalização e desequilibra o mercado em benefício das operadoras de saúde. Por lei, as operadoras podem abrir capital e receber investimentos estrangeiros, enquanto os hospitais independentes, filantrópicos ou não, não podem ter acesso a esses recursos.

Para os médicos, a verticalização também ameaça o mercado de trabalho, já que as operadoras passam a ter controle maior sobre os prestadores de serviço. Como a ANS não regulamentou esse processo de verticalização

– nem obteve sucesso na regulação da relação prestador e operadora – é esperado que as relações se tornem ainda mais difíceis e desequilibradas. Na verdade, a Agência ainda não criou padrões de qualidade para a verticalização.

Outra preocupação é com o impacto desse processo sobre a liberdade de escolha do paciente e do próprio médico. A verticalização acaba criando um cenário competitivo onde a qualidade pode ser substituída pela sustentabilidade do negócio. Trata-se de um processo onde não se vê com clareza a linha divisória entre o resultado econômico e a qualidade da assistência. Mais importante, tira totalmente a liberdade do paciente de poder escolher seu médico ou prestadores de serviços, uma vez que estes são impostos pelas operadoras verticalizadas, através de serviços próprios.

# 15 Cartões de desconto



Resolução do CFM veda ao médico vínculo com empresas que comercializem ou anunciem planos de financiamento, consórcios ou cartões de desconto. A prática, no entanto, continua em vigor em muitas cidades e em sites na internet. Vale lembrar que cabe ao médico estabelecer o modo e valor da cobrança pelo seu trabalho.

A prática de oferecer cartões de desconto ao consumidor, por parte das operadoras ou mesmo de empresas que nada têm a ver com saúde, vem resistindo às resoluções do Conselho Federal de Medicina e às advertências da ANS. Ao longo de mais de uma década, os cartões de desconto vêm aparecendo e reaparecendo no mercado com os mais diferentes disfarces. O

mais comum são empresas que encaminham pacientes aos médicos e chegam a oferecer descontos, financiamentos ou parcelamentos como brindes embutidos em outros negócios que nada têm a ver com saúde.

A publicidade dos vários tipos de cartões e outros descontos é enganosa e pode confundir o consumidor, pois dá a entender que se trata de um plano de saúde, quando não é. O CFM e os Conselhos Regionais de Medicina condenam a vinculação de médicos a todo e qualquer sistemas de descontos.

Como esses planos são oferecidos associados a outros negócios, o CFM, nas suas considerações, lembrou o artigo 9º do Código de Ética Médica então em vigor, segundo o qual “a Medicina não pode, em qualquer circunstância ou

de qualquer forma, ser exercida como comércio”, princípio reafirmado pelo atual Código.

Em março de 2008, o CFM voltou ao tema, publicando a resolução 1.836. O texto veda “ao médico vínculo de qualquer natureza com empresas que anunciem e/ou comercializem planos de financiamento ou consórcios para procedimentos médicos”. A resolução lembra que, “quando do atendimento de pacientes, é responsabilidade integral, única e intransferível do médico, o diagnóstico das doenças ou deformidades, a indicação dos tratamentos e a execução das técnicas”. Desta forma “cabe ao médico, após os procedimentos de diagnóstico e indicação terapêutica, estabelecer o valor e modo de cobrança de seus honorários, observando o contido no Código de Ética Médica, referente à remuneração profissional”.

A ANS, por sua vez, limitou-se a alertar sobre esse tipo de contratação. Em 2003, no comunicado nº 9, a Agência desaconselhou os sistemas de descontos informando que não são planos de assistência à saúde, pois não oferecem garantias assistenciais mínimas exigidas pela legislação. Mas “lavou as mãos” quanto à sua responsabilidade em eventual regulamentação dos cartões de desconto.

Em outubro de 2010 a ANS enviou ofício às operadoras informando que são proibidas de participar da operação de produtos que não sejam planos de saúde. Sendo assim, as modalidades “cartão-desconto” e “cartão pré-pago” não podem ser oferecidas por essas empresas ou estar vinculadas às mesmas.

Ao longo de 2011, o Cremesp notificou 575

médicos e diretores médicos de estabelecimentos de saúde que participavam de “cartões de descontos” em parceria com empresas funerárias, em 95 cidades do estado. As funerárias mantinham esse tipo de procedimento, intermediando consultas e oferecendo cartões de desconto para médicos.

Os médicos que participam desta atividade, portanto, estão sujeitos a sofrerem procedimentos disciplinares por parte dos Conselhos de Medicina. Em janeiro de 2012, as entidades médicas de São Paulo (Cremesp, APM e Simesp) foram a público denunciar a prática da intermediação de descontos em consultas médicas, conforme serviços comercializados por sites na Internet. Em nota, afirmaram que “cresceu nos últimos meses a divulgação de sites que mantém relação de médicos e prestadores de serviços na área de saúde e oferecem, aos seus associados ou clientes cadastrados, descontos em consultas, mediante guias, cartões de desconto, cartões pré-pagos e outras modalidades.” Além de chamar a atenção para a infração ao Código de Ética e resoluções do CFM, as entidades médicas condenaram “o exercício da Medicina como comércio” e a concorrência desleal entre médicos, ao mesmo tempo em que alertam a população: o sistema de descontos em consulta não apresenta garantias assistenciais mínimas, não se responsabiliza pela integralidade da saúde do paciente, que ficará vulnerável diante de situações que exigem outros encaminhamentos médicos, exames e procedimentos.

# 16 CBHPM

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é o ordenamento dos métodos e procedimentos existentes no campo terapêutico e de diagnóstico. Sua elaboração, em 2003, consumiu três anos. Depois de uma década, a CBHPM passou por várias atualizações e hoje é aceita como referencial técnico pela ANS e defendida como referência para honorários pelas entidades médicas.

Há mais de uma década, as entidades médicas vêm se empenhando para estabelecer, de forma técnica e científica, um ordenamento dos métodos e procedimentos praticados nas áreas terapêutica e de diagnóstico. Aprovada em 2003, depois de três anos de trabalho por representantes da AMB, CFM e Fenam, a Classificação Brasi-

leira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – CBHPM – já foi aceita como referência para a terminologia em saúde suplementar pela ANS. Em agosto de 2011, diante da pressão das entidades médicas, a Agência de Saúde Suplementar, a Secretaria de Direito Econômico (SDE) e o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade) reconheceram que a tabela médica de procedimentos pode ser usada como referência técnica em discussões sobre remuneração. Desta forma, a Classificação vem alcançando seus objetivos, disciplinando o rol de procedimentos na saúde suplementar e incorporando os avanços tecnológicos que ampliam a qualidade do atendimento dispensado ao paciente. Já se conseguiu que a CBHPM fosse aceita como referencial técnico, ético e de terminologia.

A Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos é o ordenamento dos métodos e procedimentos existentes tanto no campo terapêutico quanto diagnóstico, estabelecendo portes e subportes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato. A importância da padronização é enorme, pois até alguns anos atrás existia mais de uma dezena de sistemas, com nomes, códigos e significados diferentes. Hoje o Brasil convive com dois sistemas, o do SUS e o TUSS, Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, que segue a CBHPM.

A Classificação foi elaborada com base em estudos desenvolvidos pelas entidades médicas com a Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas da USP (Fipe). A idéia de elaborar uma

lista referencial surgiu em março de 2000, durante o Planejamento Estratégico da AMB. A partir daí, foi instalada a Comissão de Metodologia, grupo formado por representantes da AMB, CFM, Fipe e das sociedades de especialidade. A Comissão Nacional de Honorários Médicos também passou a integrar o trabalho, porém com atuação estritamente técnica.

Em 15 de julho de 2003, em Vitória, no Espírito Santo, a Classificação foi lançada oficialmente. Dias antes, em 1º de julho de 2003, mais de 800 médicos reuniram-se em assembléia histórica, no Centro de Convenções Rebouças, em São Paulo, e decidiram favoravelmente à adesão do estado ao movimento de luta pela implantação da CBHPM. No mês seguinte, agosto de 2003, o CFM publicou a resolução normativa 1673, tornando a CBHPM referencial ético para a remuneração de honorários médicos. Em 11 de novembro de 2003, as entidades médicas deram início a um novo movimento nacional e apresentaram a “Carta Aberta ao Presidente da República”.

Ao longo de 2004, várias ações foram organizadas na defesa da implantação da CBHPM. O dia 9 de março foi marcado por nova paralisação em todo o país e pelo lançamento de uma campanha publicitária esclarecendo a população sobre as reivindicações dos médicos. O Cremesp conseguiu apoio em praticamente todo o Estado de São Paulo. Em 5 de agosto, representantes das entidades médicas foram recebidos pelo então presidente Lula. Pediam o apoio para a implantação da Classificação Brasileira de Procedimentos no sistema de saúde suplementar.

Nos anos seguintes, a Classificação passou por várias atualizações conduzidas pela sua Câmara Técnica Permanente que, além das entidades médicas, conta com representantes das empresas de saúde.

Em 31 de maio de 2007, a Câmara dos Deputados aprovou o Projeto de Lei nº 3466/04, criando o rol de procedimentos e serviços médicos para o setor de saúde suplementar, que deveria ser editado anualmente com base na CBHPM. Apesar de saudado por congressistas como a “maior conquista da classe médica nos últimos 15 anos”, até o final de 2011 o projeto estava parado no Senado.

Em maio de 2008, é apresentada a versão definitiva da lista unificada de procedimentos médicos, que usa a terminologia da CBHPM como referência.

Em julho de 2008, a AMB lançou a quinta edição da CBHPM, que incorpora o novo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS (Resolução Normativa nº 167) e as alterações aprovadas em reuniões da Câmara Técnica Permanente da CBHPM. Dois meses depois, a ANS publicou a Instrução Normativa nº 30, determinando que as operadoras e prestadores de serviços de saúde deverão obrigatoriamente adotar a TUSS, Terminologia Unificada da Saúde Suplementar, construída com base na CBHPM. A reivindicação agora é que a Classificação seja adotada como referência para negociações de honorário, um debate que avançou bastante com as manifestações promovidas ao longo de 2011.

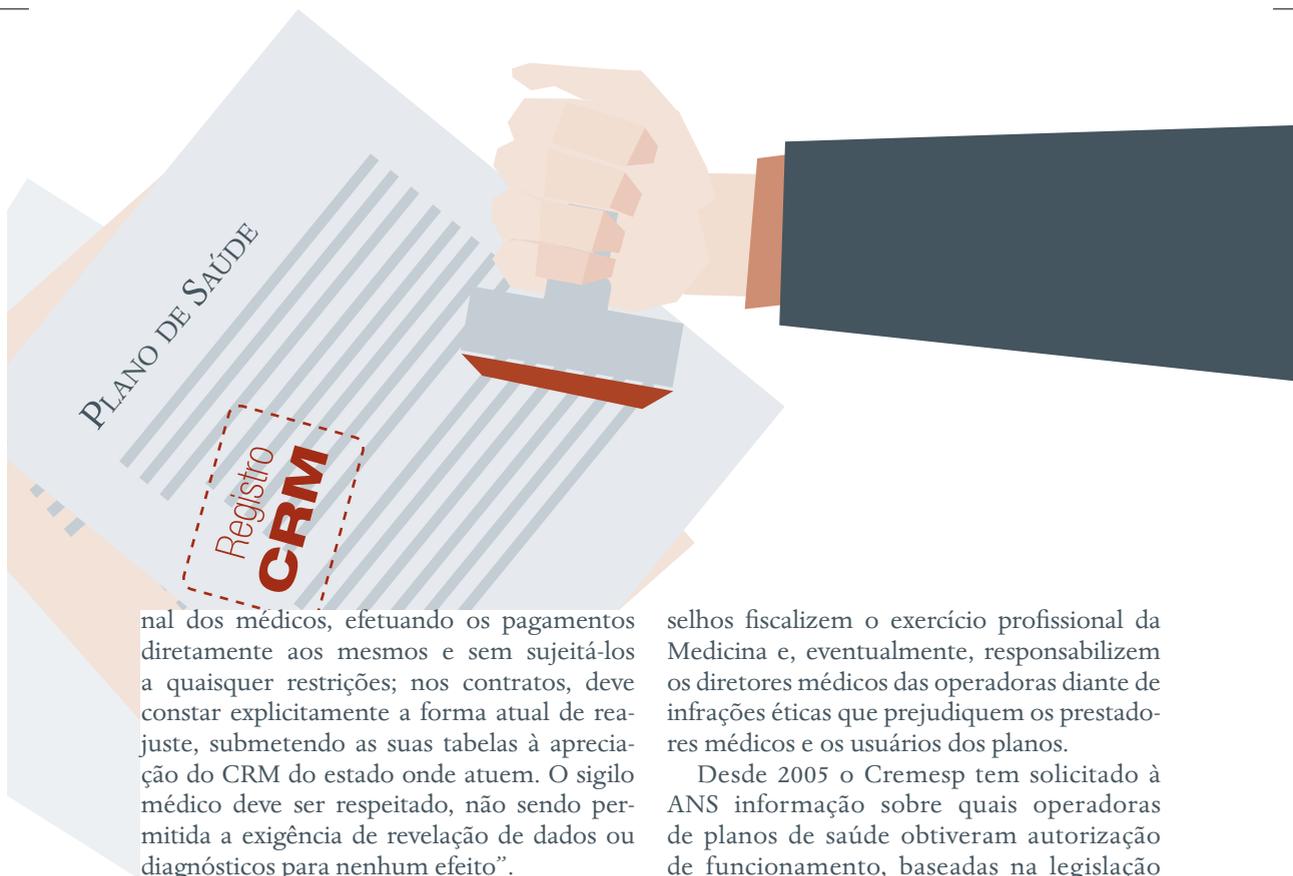
# 17 Registro da empresa no CRM

Antes de assinar qualquer contrato com uma operadora de saúde, o médico deve se certificar se a empresa tem registro no Conselho Regional de Medicina de seu estado. Embora os CRMs não tenham competência legal para coibir abusos dos planos de saúde, o registro da empresa no Conselho, assim como a nomeação de um diretor responsável eticamente, permite ao órgão exercer seu poder de fiscalização, punindo os médicos responsáveis.

A resolução 1590 de dezembro de 1999 do CFM tornou “obrigatório o registro, junto ao Conselho Regional de Medicina competente, das operadoras de planos de saúde e de

medicina de grupo, dos planos de autogestão e das cooperativas médicas, devidamente registrados junto ao Ministério da Saúde”. A resolução diz que as empresas de saúde em questão “terão obrigatoriamente um diretor técnico em cada unidade federativa que responderá eticamente perante o Conselho Regional de Medicina em que atuar”.

Em 2002, o CFM publicou a resolução 1642 também exigindo o registro nos CRMs. Diz a síntese da resolução: “As empresas que atuam sob a forma de prestação direta ou intermediação de serviços médicos devem estar registradas nos Conselhos Regionais de Medicina de sua respectiva jurisdição, bem como respeitar a autonomia profissio-



nal dos médicos, efetuando os pagamentos diretamente aos mesmos e sem sujeitá-los a quaisquer restrições; nos contratos, deve constar explicitamente a forma atual de reajuste, submetendo as suas tabelas à apreciação do CRM do estado onde atuem. O sigilo médico deve ser respeitado, não sendo permitida a exigência de revelação de dados ou diagnósticos para nenhum efeito”.

Embora os CRMs não tenham competência legal para coibir abusos dos planos de saúde, o registro da empresa no Conselho, assim como a nomeação de um diretor responsável eticamente, dá ao órgão um poder de fiscalização. Assim, o registro dos planos de saúde nos CRMs é imprescindível para que os Con-

selhos fiscalizem o exercício profissional da Medicina e, eventualmente, responsabilizem os diretores médicos das operadoras diante de infrações éticas que prejudiquem os prestadores médicos e os usuários dos planos.

Desde 2005 o Cremesp tem solicitado à ANS informação sobre quais operadoras de planos de saúde obtiveram autorização de funcionamento, baseadas na legislação e na Resolução Normativa nº 100 da Agência. Isso porque, quando da solicitação de registro à ANS, elas deveriam apresentar comprovação de registro no Conselho. Ainda assim, algumas operadoras insistem em não registrar o diretor técnico, e o Cremesp tem tomado as medidas cabíveis.

# 18 Contrato entre médico e operadora



O contrato assinado entre médico e operadora deve conter prazo de validade, regras para o descredenciamento, índice e período de reajustes, modalidade de atendimento e qualquer outra informação importante para as duas partes. As cláusulas devem ser claras, especialmente aquelas que tratam de reajustes. O contrato assinado pressupõe que houve uma concordância entre as duas partes, por isso tem valor legal.

O contrato assinado entre o médico – pessoa física ou jurídica – e a operadora de planos de saúde é certamente o documento legal mais eficaz para garantir os direitos dos prestadores de serviço e, por decorrência, dos consumido-

res. Um contrato detalhado e bastante claro para as duas partes pode evitar boa parte dos contenciosos e atritos que permeiam as relações entre médicos e operadoras. Na prática, no entanto, está longe de ser assim. A Resolução Normativa 71 da ANS, que trata das relações entre médicos e operadoras e que só foi publicada em 2004, é uma das mais desrespeitadas pelas empresas.

Um levantamento feito pela própria ANS revelou que todos os contratos analisados estavam irregulares. As principais cláusulas – que tratam do índice e periodicidade do reajuste – ou não eram cumpridas pelas empresas, ou não constavam do contrato. Em 2010, a Agência chamou representantes dos quatro seg-



mentos do setor – Unimed, Unidas, Abramge e Fenasaúde – para um grupo de trabalho que discutiria a questão do contrato. Todos se negaram a assumir o compromisso de atender à resolução 71. Com isso praticamente morreu a expectativa de que a ANS pudesse intermediar as principais pendências entre operadoras e prestadores. A indiferença das empresas foi um dos estopins do movimento médico de 2011.

A resolução 71 da ANS determina que os “contratos terão cláusulas fixando os valores dos serviços a serem prestados e os critérios para reajuste periódico destes valores”. Se cumpridas, as regras da Agência dariam “amplas garantias de atendimento” ao paciente, mas nunca foram. Diz o texto que os “contratos devem apresen-

tar, obrigatoriamente, cláusulas que assegurem a continuidade de tratamentos, caso médico, dentista ou operadora manifestem a intenção de encerrar a prestação de serviço contratado”. “Para que a transição entre profissionais seja realizada com ética e segurança, os contratos fixarão avisos prévios de no mínimo 60 dias – quando o prazo de vigência do contrato for indeterminado – e de 30 dias, quando o prazo de vigência for determinado”. A nota da Agência diz ainda que “antes de encerrar os contratos, os profissionais de saúde prestadores de serviços terão de identificar formalmente à operadora os pacientes em tratamento continuado, pré-natal, pré-operatório ou que necessitem de atenção especial”. “Assim, a transição entre profissionais será feita sem interrupção do tratamento.” Na prática, não é isso que ocorre: o paciente não é informado sobre o descredenciamento de seu médico, mesmo quando é portador de doenças graves e crônicas.

Vale lembrar que a renovação de um contrato deve ter anuência de ambas as partes. Nos contratos por tempo determinado, poderá haver cláusula de renovação automática por igual período na ausência de manifestação de qualquer das partes. Como é de praxe, a não notificação com antecedência de 30 dias acarretará a renovação automática. No caso de tempo indeterminado, 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.

# 19

## Pessoa jurídica ou física

O profissional médico tem o direito de trabalhar como pessoa física ou jurídica, de acordo com o que for melhor para sua atividade e contabilidade e sua prestação de contas diante do fisco. No entanto, tem crescido a cada dia o número de médicos que, por imposição das operadoras de saúde, constituem pessoa jurídica, abrindo uma micro-empresa ou se tornando empreendedor individual, contra seus interesses.

De acordo com pesquisa do Datafolha, realizada para o Cremesp em maio de 2007, 38% dos médicos paulistas já tinham naquele ano personalidade jurídica. Com isso, as operadoras conseguiram jogar o ônus dos

impostos e outras contribuições para os prestadores de serviços, que obrigatoriamente passam a emitir nota fiscal para recebimento dos honorários médicos.

Os médicos que constituem pessoa jurídica geralmente recolhem imposto pelo critério de lucro presumido e têm carga tributária em torno de 15%. Além do Imposto de Renda de Pessoa Jurídica (IRPJ) e da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), as empresas prestadoras de serviço formadas por um único médico pagam PIS (0,65% sobre a receita), Cofins (3% sobre a receita), ISS (de até 5% sobre a receita, conforme a legislação municipal). Tudo somado pode atingir mais de 30% do faturamento mensal sobre a pessoa jurídica do médico.

Nos dois casos, seja como pessoa física ou jurídica, o médico deverá contratar profissional da área contábil para realizar as apurações relacionadas aos impostos e obrigações acessórias.

As entidades médicas defendem o direito do profissional de optar pela pessoa jurídica ou permanecer como pessoa física. Os direitos e deveres do médico não se alteram em função de sua condição tributária, mas a imposição das operadoras significa mais um encargo para o profissional e, frequentemente, revela a maneira arbitrária de agir das empresas de saúde.

# 20

## Qualificação do prestador

A ANS determinou a “inclusão obrigatória, por parte das operadoras, dos atributos de qualificação de cada prestador de serviços em seu material de divulgação de rede assistencial”. Os Conselhos de Medicina vêm nisso mais uma tentativa de se transferir para os médicos a responsabilidade pela qualidade dos planos de saúde.

Pela resolução 267 da ANS, de agosto de 2011, a Agência obriga a inclusão da “qualificação” nos guias e material publicitário de sua rede credenciada, seja em papel, seja na Internet. A operadora deverá trazer informações sobre cada prestador, médico, hospital ou laboratório.

Em setembro de 2011, reunido em Pernambuco, o Pleno Nacional dos Conselhos de Medicina – composto pelos conselheiros federais e pelos presidentes de CRMs – divulgou nota defendendo a anulação e revogação da resolução 267.

Segundo a norma da Agência, são “atributos de qualificação” dos médicos o título de especialista, a participação em programa de certificação e de atualização, pós-graduação e residência médica, dentre outros.

Os Conselhos de Medicina incentivam a titulação, a especialização, a formação acadêmica e a educação continuada dos médicos, mas advertem que a qualificação profissional vai muito além desses indicadores. Além disso, para o exercício legal da Medicina, impõe-se não a qualificação especializada, mas a inscrição no CRM.

Lembra a nota que a mesma ANS, que agora tenta transferir para os médicos a responsabilidade pela qualidade dos planos, sequer fiscaliza suas próprias normas, como a resolução 71 de 2004, que determina a obrigatoriedade de constar nos contratos os critérios de reajuste dos honorários médicos, o que é descumprido pelas empresas.

A nota diz ainda que a medida imposta pela ANS apenas discriminará parte dos prestadores, o que em pouco contribui para a melhoria da assistência médica suplementar.

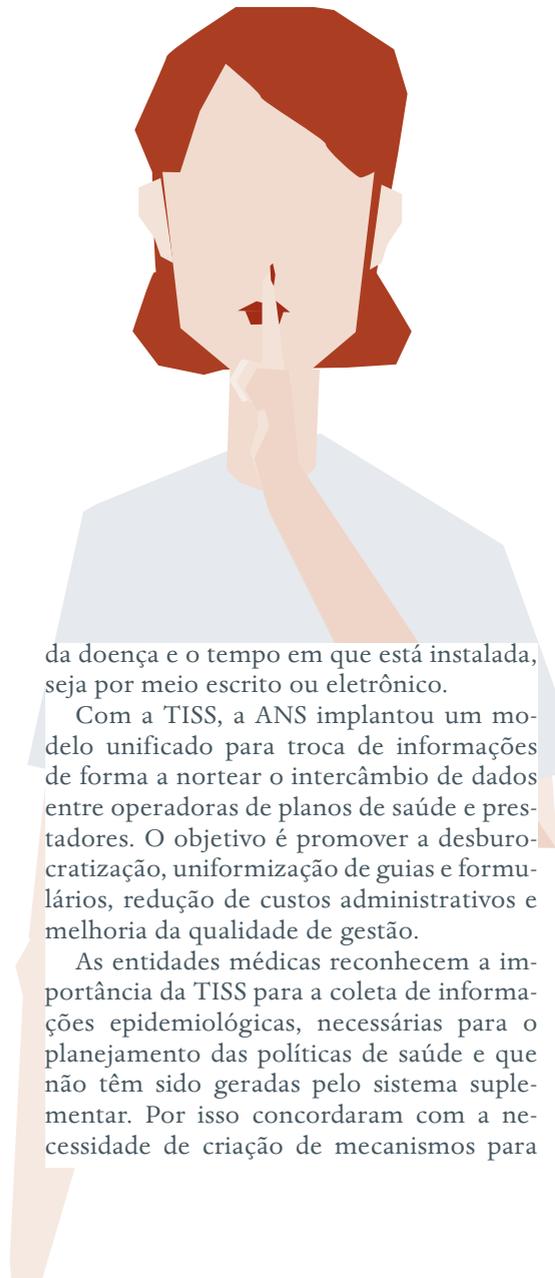
## 21 Quebra e proteção do sigilo médico

A proteção de dados sigilosos do paciente é um dever do médico em qualquer circunstância, salvo raras exceções previstas em lei -- como no caso de doenças de notificação compulsória. Algumas operadoras, no entanto, se valem de dados sobre a saúde e o tratamento do paciente para impor restrições de coberturas e sanções sobre os médicos. O CFM proíbe a colocação de dados sobre a doença e o tempo que está instalada, em guias e pedidos de exames, seja em papel ou por meio eletrônico.

O paciente acredita que tudo que disser ao médico, ou que seus exames revelarem, não será informado a terceiros. A garantia desse sigilo médico passou a ser ameaçada

pelos interesses puramente econômicos das operadoras de saúde, desejosas de saber mais do consumidor para melhor poder conduzir seus negócios.

A partir de 2005, ao implantar a Troca de Informações em Saúde Suplementar (TISS), a ANS abriu caminho para a quebra de sigilo. A Agência determinava que o médico informasse o CID (código internacional de classificação de doenças), revelando assim dados sigilosos do paciente. Foram necessárias duas resoluções do CFM e uma ação na Justiça para que essa garantia viesse a ser restabelecida e a Agência voltasse atrás. Hoje os médicos preenchem a TISS, mas estão impedidos pelo Conselho – e dispensados pela ANS – de colocar na guia o código



da doença e o tempo em que está instalada, seja por meio escrito ou eletrônico.

Com a TISS, a ANS implantou um modelo unificado para troca de informações de forma a nortear o intercâmbio de dados entre operadoras de planos de saúde e prestadores. O objetivo é promover a desburocratização, uniformização de guias e formulários, redução de custos administrativos e melhoria da qualidade de gestão.

As entidades médicas reconhecem a importância da TISS para a coleta de informações epidemiológicas, necessárias para o planejamento das políticas de saúde e que não têm sido geradas pelo sistema suplementar. Por isso concordaram com a necessidade de criação de mecanismos para

aprimorar as notificações às autoridades públicas, mesmo das doenças e agravos à saúde de notificação não-compulsória.

O preenchimento da TISS, que o médico encaminha à operadora e esta à ANS, exigia inicialmente a colocação do CID 10 junto com a identificação do paciente. Preocupado com o uso e o destino dessas informações, o Conselho Federal de Medicina publicou, em maio de 2007, a resolução 1819 proibindo o médico de informar a doença e o tempo em que está instalada, junto com o nome do paciente. A resolução excetua, além dos casos previstos em lei, aqueles em que haja transmissão eletrônica de informações.

Logo em seguida a essa publicação e das manifestações da classe médica, a ANS voltou atrás e retirou a obrigatoriedade de colocar na TISS informações sobre a doença do paciente. Finalmente, em 2011, o CFM publicou a resolução 1976, alterando a anterior e proibindo, por qualquer meio – aqui incluídos formulários eletrônicos criptografados – a “colocação do diagnóstico codificado ou tempo de doenças no preenchimento das guias da TISS”.

O texto da resolução considera “falta ética grave todo e qualquer tipo de constrangimento exercido sobre os médicos para forçá-los ao descumprimento desta resolução ou de qualquer outro preceito ético-legal”.

# 22

## Tempo de espera

Em determinadas especialidades, é cada vez mais freqüente o tempo de espera por consultas e procedimentos se estender por semanas. O problema está no número de médicos cada vez mais reduzido pela prática do descredenciamento e pelos baixos honorários que obrigam os profissionais a limitar suas agendas de acordo com o que recebem.

Para tentar reduzir as queixas de usuários sobre os longos tempos de espera, a ANS publicou a resolução 259 – com vigência a partir de 19 de dezembro de 2011 – garantindo prazos máximos para que o paciente tenha acesso aos serviços e procedimentos por ele contratado. Para as consultas bási-

cas – em pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia – o tempo máximo de espera é de sete dias. Para as outras especialidades, o prazo é de 14 dias. Análises clínicas em regime ambulatorial, três dias. Internação eletiva, 21 dias. Nas urgências e emergências, o atendimento deve ser imediato.

Se o médico procurado não tiver espaço na sua agenda dentro dos prazos estabelecidos, caberá à operadora indicar outro profissional da mesma especialidade e dentro da mesma região de abrangência do plano. A resolução define quando a operadora será obrigada a garantir transporte para outro hospital, localidade ou mesmo estado, e

quais os critérios de reembolso de serviços e procedimentos quando não existir rede credenciada na região.

A norma da ANS não garante ao paciente o direito de ser atendido pelo médico que vinha acompanhando seu caso. Tenta resolver com resolução e ameaça de punição um problema de acesso bem mais grave que resulta da falta de ordenamento nas relações entre prestadores e operadoras.

Segundo a Agência, o objetivo da norma é garantir que o beneficiário tenha acesso a tudo o que contratou e estimular as operadoras a promover o credenciamento de prestadores de serviços nos municípios que fazem parte de sua área de cobertura. A norma pretende que a operadora ofereça pelo menos um serviço ou profissional em cada área contratada. Mas – adverte – a resolução não garante que o beneficiário terá acesso à alternativa de sua escolha, “pois, por vezes, o profissional de escolha já está em sua capacidade máxima”. “A ANS não pode interferir na capacidade de atendimento dos prestadores e sim regular para que haja no mínimo uma alternativa para o atendimento ao beneficiário”.

Como estratégia, muitas empresas optam por trabalhar com equipes enxutas, de forma a aumentar seu poder de pressão sobre o médico, tornar o profissional mais dependente financeiramente do plano, e reduzir gastos administrativos. Com a re-

solução 259 da ANS, as empresas terão de disponibilizar um quadro maior para atender a demanda dos usuários, ampliando suas equipes.

Em 20 de dezembro de 2011, o Cremesp divulgou nota alertando para “interpretações equivocadas” que a resolução da ANS pode gerar, “transferindo indevidamente a responsabilidade para os profissionais da Medicina”, pois nem ANS, nem os planos de saúde “podem interferir na capacidade de atendimento dos médicos”. “A disponibilidade de atendimento e o número de pacientes agendados são decisões individuais do médico, no exercício de sua autonomia profissional”, diz a nota. “O tempo dedicado em consultório a pacientes de planos de saúde varia conforme a jornada de trabalho, a especialidade, o procedimento médico e a complexidade do caso. Portanto, nem sempre os pacientes de planos de saúde terão, no tempo determinado pela ANS, o atendimento com o médico de sua escolha.”

A nota esclarece que o “Cremesp é favorável à garantia, pelas operadoras, de atendimento ágil aos usuários e da oferta de rede assistencial de qualidade”. “No entanto, adverte que a melhoria da assistência médica suplementar dependerá da inadiável regulamentação e fiscalização da relação entre operadoras e médicos, o que até hoje não recebeu a devida atenção da ANS”, conclui o texto.

## 23 Administrador ou atravessador?

É cada vez mais comum corretoras se apresentarem oferecendo produtos de diferentes operadoras, negociando preços e mesmo impondo carências e restrições. Em 2009, a ANS regulamentou a atuação dessas chamadas administradoras de benefícios. Para os prestadores de serviço, o que a Agência fez foi “oficializar” mais um agente atravessador ou intermediário nas deterioradas relações entre médicos e operadoras.

Na prática, são empresas que estabelecem contratos com as operadoras em nome de seus

beneficiários. Inicialmente existiam problemas envolvendo contratos de sindicatos e associações com as operadoras, que repassavam o pagamento de seus associados a essas empresas, não se responsabilizando pela inadimplência.

Houve um clamor das operadoras para que a ANS regulamentasse a situação. A Agência editou então as resoluções normativas 195 e 196, de 2009, determinando que os contratos só podem ser feitos por administradoras de benefícios, ou diretamente, se as associações ou sindicatos se responsabilizassem pela inadimplência.

O que aconteceu foi que as administradoras também avançaram no mercado, vendendo



diretamente a prestação de serviços. Elas recebem as mensalidades e repassam às operadoras. Mas ficam com uma porcentagem desse faturamento, sem a necessidade de fazer as reservas em dinheiro exigidas pela ANS, e com muito menos risco, já que as operadoras continuam responsáveis pela prestação dos serviços.

Essas empresas anunciam a venda de planos de várias operadoras, atuando como mais um intermediário entre coletivos de pessoas e o mercado. Recebem todo o faturamento mensalmente para depois repassá-lo às operadoras, que pagam os médicos e demais prestadores pela produção. Como

consequência, pode haver aumento do valor dos planos para os pacientes, sem repasse à operadora ou aos prestadores, ou até mesmo diminuir a remuneração dos médicos.

Para os prestadores de serviços – especialmente para os médicos -- a regulação das administradoras de benefícios é na verdade a oficialização de mais um atravessador nas suas relações com as operadoras. As negociações entre as duas partes – médicos e empresas --, que nunca foram de diálogo, mas de tensão, tendem a se deteriorar ainda mais com a atuação de um intermediário. É mais um ponto de conflito sobre o qual o Cremesp e as entidades médicas passaram se preocupar.

# 24

## Contrato coletivo de trabalho

A defesa da realização de contratos coletivos entre médicos e planos de saúde será um dos focos do movimento médico, conforme definiu a Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu), constituída pelas entidades médicas nacionais, CFM, AMB e Fenam.

Com a lentidão da ANS em desempenhar seu papel de mediadora entre operadoras e prestadores de serviços, entidades médicas, além de manterem firme a defesa da contratualização, buscam outros caminhos legais para garantir os direitos e a autonomia de trabalho do profissional médico. A proposta vem sendo amadurecida pela Comsu, a partir de estudos da

Federação Nacional dos Médicos (Fenam) e se fundamenta no reconhecimento formal da relação de trabalho celebrado em contrato coletivo. A tese, ainda polêmica juridicamente, necessitaria da intermediação e da anuência da Procuradoria Geral de Trabalho onde já há um entendimento preliminar de que se trata de uma relação de trabalho.

O contrato de trabalho é diferente do contrato de emprego, onde há um patrão, um empregado, e uma relação trabalhista regida pela CLT. Na relação de trabalho, como o nome diz, há um contrato de prestação de serviço, onde o profissional – no caso, o médico -- conserva sua autonomia, não tem



uma vinculação direta de jornada, nem de horário, nem subordinação hierárquica. O profissional não recebe salário, mas pagamento por prestação de serviço.

A formalização desse processo seria estabelecida por meio de um contrato coletivo nacional assinado entre as empresas operadoras e o organismo que detém competência legal para isso, que é a entidade sindical dos médicos. O contrato estabeleceria cláusulas essenciais e fundamentais, que seriam adequadas segundo variações e condições regionais. Por exemplo, o índice e o intervalo de reajuste poderiam ser regionais, desde que considerado intervalo mínimo de um ano e a reposição da inflação, pelo menos.

O contrato de trabalho deve conter cláusulas essenciais estabelecendo regras para o credenciamento, descredenciamento e reajustes, entre outras, sempre preservando a autonomia do médico. De certa forma, são os mesmos pontos tratados na resolução 71 da ANS, de 2004. Como as regras nunca foram cumpridas pelas operadoras, e como a Agência nunca se fez respeitar, as entidades médicas não querem mais a ANS nessa intermediação.

Uma vez garantida a anuência da Procuradoria Geral do Trabalho, as entidades médicas devem propor uma ação de natureza trabalhista. Seja por meio de uma Obrigação de Fazer – vínculo jurídico que confere a uma parte o direito de exigir da outra o cumprimento de algo concordado –, seja por meio de um TAC, Termo de Ajustamento de Conduta, instrumento de resolução negociada de conflitos. Em quaisquer dos casos, seriam estabelecidas punições de forma que o cumprimento do contrato fosse assim garantido.

Embora em fase de entendimento, com inúmeros obstáculos políticos e jurídicos, a assinatura de um contrato coletivo de trabalho entre profissionais e operadoras aparece como uma solução alternativa minimamente digna num momento em que as empresas manifestam abertamente sua desconsideração pelo trabalho dos médicos.

## Como e onde o médico pode exigir seus direitos

Tão importante quanto conhecer seus direitos, é insistir em denunciá-los quando não são respeitados

Quando um abuso é cometido, a pessoa ou instituição prejudicada deve denunciá-lo e exigir que seja reparado. Em geral, trata-se de um caminho que requer disposição e paciência. Numa sociedade de democracia recente, cobrar direitos é uma espécie de segunda punição, como se exigir o cumprimento de uma regra ou o reparo de uma injustiça transformasse a vítima em culpado. No entanto, só a denúncia pública é capaz de mudar esse quadro.

O Conselho Regional de Medicina, que no Estado de São Paulo contabiliza algumas dezenas de denúncias contra operadoras, não tem poder para punir ou interferir junto às empresas, mas pode abrir sindicâncias e processos éticos contra os diretores médicos responsáveis pelas operadoras.

Além do Cremesp, outros órgãos e instâncias podem ser informados ou acionados, como a Associação Paulista de Medicina, os sindicatos médicos, o Ministério Público,

o Poder Judiciário, as frentes parlamentares das Assembleias Legislativas, a mídia e os órgãos de defesa do consumidor.

Mesmo que o abuso prejudique apenas o paciente, o médico não deve ficar indiferente. Se a operadora trata o usuário como um consumidor qualquer, o profissional médico não vê seu paciente desta forma. Uma denúncia feita a um dos órgãos ou instâncias oficiais, seja na defesa do paciente ou do médico, estará contribuindo para que o direito de todos seja preservado.

O Código de Ética Médica lembra que é direito do médico “apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros”.

Seguem abaixo algumas indicações sobre órgãos que podem ser acionados em caso de abusos. Embora a operadora e a ANS devam ser as primeiras a serem contatadas, é aconselhável que cópias da denúncia sejam encaminhadas a outras entidades:

## Operadora de saúde

Pela Lei dos Planos de Saúde – lei 9656 de 1998 – são operadoras de plano de assistência à saúde toda e qualquer “pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que opere produto, serviço ou contrato” de planos privados de assistência à saúde.

Como a maioria das denúncias é contra as operadoras, são elas que devem ser acionadas em primeira instância.

Quando tiver dúvidas, e em todos os casos de interferência na conduta profissional, o médico deve registrar a queixa pessoalmente, ou por carta, com a anexação de possíveis documentos que comprovem o fato. O médico deve exigir protocolo do encaminhamento da denúncia.

## Conselho Regional de Medicina

O Cremesp, assim como todos os CRMs das unidades da federação, é uma autarquia federal criada com o objetivo de promover o perfeito desempenho ético e moral da medicina e fiscalizar o cumprimento da legislação pertinente à profissão. Sua missão é atuar em benefício da sociedade, na supervisão da ética profissional médica, por meio de ações regulamentadoras, educacionais, fiscalizadoras, judicantes, cartoriais e políticas.

## Agência Nacional de Saúde Suplementar

A ANS é o órgão governamental, criado em 2000 e vinculado ao Ministério da Saúde, que tem a tarefa de regular, normatizar, controlar e fiscalizar o setor de planos e seguros de saúde.

Sempre que o médico tiver dúvidas e denúncias relacionadas a operadoras de planos de saúde, como glosas indevidas, auditorias e descredenciamentos injustificados, ou qualquer outra interferência em sua autonomia profissional e na saúde de seu paciente, deve denunciar à ANS. A Agência tem que investigar as denúncias e pode multar ou mesmo descredenciar a operadora em questão. Apesar da lentidão e do acúmulo de processos, a ANS deve ser acionada e cobrada pelos médicos.

A denúncia pode ser formalizada pelo telefone 0800-7019656 (de 2ª a 6ª feira, das 8h às 20h), pela internet [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou no endereço, rua Augusto Severo, 84, Glória, Rio de Janeiro, RJ, CEP: 20021-040. A ANS tem Núcleo Regional de Atendimento e Fiscalização em São Paulo, rua Bela Cintra, 986, Jardim Paulista, telefone (11) 3218.3757.

O médico deve buscar o conselho sempre que achar que está sofrendo interferência abusiva na sua autonomia profissional, ver desrespeitado o Código de ética Médica ou sofrer arbitrariedade por parte do planos de saúde. Os CRMs não têm poder para investigar e punir empresas, mas pode abrir sindicâncias ou processos éticos contra o diretor médico responsável pela operadora. As denúncias devem ser formalizadas e assinadas. Em São Paulo, o endereço é rua da Consolação, 753, CEP 01301-910; telefone (11) 3017-9300. As denúncias também podem ser encaminhadas para as delegacias do Cremesp, cujos endereços e telefones estão disponíveis em <http://www.cremesp.org.br>

## APM e sindicatos

Outras entidades atentas a essas questões e que podem receber denúncias são a Associação Paulista de Medicina (APM), que acompanha os acordos sobre valores de honorários médicos, e os Sindicatos Médicos, que têm Departamento de Defesa Profissional e Assessoria Jurídica. Os médicos também podem contar com o apoio e orientação das sociedades de especialidades médicas.

### **Associação Paulista de Medicina (APM) -**

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 278, Bela Vista - São Paulo/SP - 01318-901. Telefones 0800-17-3313/ (11) 3188-4207 ou pelo email [defesa@apm.org.br](mailto:defesa@apm.org.br)

### **Sindicato dos Médicos de São Paulo**

(11) 3292-9147, [www.simesp.org.br](http://www.simesp.org.br),  
e-mail: [simesp@simesp.org.br](mailto:simesp@simesp.org.br)

### **Sindicato dos Médicos de Santos, São Vicente, Cubatão, Guarujá e Praia Grande**

(13) 3223-8484, site: [www.sindimed santos.org.br](http://www.sindimed santos.org.br)  
e-mail: [sindimed santos@sindimed santos.org.br](mailto:sindimed santos@sindimed santos.org.br)

### **Sindicato dos Médicos de Campinas e região**

(19) 3241-8333/8667, site: [www.sindimed.org.br](http://www.sindimed.org.br)  
e-mail: [sindimed@sindimed.org.br](mailto:sindimed@sindimed.org.br)

### **Sindicato dos Médicos de Sorocaba e região**

(15) 3231-6770, e-mail: [simesul@ig.com.br](mailto:simesul@ig.com.br)

### **Sindicato dos Médicos de Presidente Prudente**

(18) 3221-7928, e-mail: [simepp@bol.com.br](mailto:simepp@bol.com.br)

### **Sindicato dos Médicos do Grande ABC**

(11) 4436-4435/1703, site: <http://www.sindimedgabc.com.br/>, e-mail: [sindimed@terra.com.br](mailto:sindimed@terra.com.br)

### **Sindicato dos Médicos de São José do Rio Preto**

(17) 3227-8855, e-mail: [sindriopreto@ig.com.br](mailto:sindriopreto@ig.com.br)

## Ministério Público e Judiciário

Entre os demais órgãos e instâncias que podem ser acionados estão o Ministério Público e o Poder Judiciário. Uma das funções do Ministério Público (MP) é promover inquérito civil e ação civil pública para a proteção dos interesses coletivos da população, dentre eles a tutela dos consumidores e usuários de planos de saúde, assim como dos médicos representados como prestadores de serviços. Os abusos cometidos contra os profissionais pelas operadoras afetam os médicos como grupo e indiretamente atingem toda a população usuária de planos de saúde. Existem o Ministério Público Federal e o Estadual e ambos têm competência para atuar nas questões relacionadas à saúde. Para acioná-los, encaminha-se ao órgão uma representação, que é um documento escrito que descreve o problema e solicita providência.

A apreciação do Poder Judiciário, por sua vez, é garantida pela Constituição Federal sempre que houver lesão ou ameaça de direito. Desde que o interessado preencha as formalidades exigidas, ele poderá levar o problema a um juiz de Direito. O acesso se dá por meio de uma petição inicial, que deve sempre ser elaborada por um advogado – a exceção é o Juizado Especial Cível. A partir daí, o juiz analisará o pedido do autor da ação, a resposta do réu, as provas apresentadas e decidirá a questão, podendo a parte perdedora recorrer aos Tribunais.

## Defesa do consumidor e Legislativo

A relação entre o médico e operadora não é uma relação de consumo, mas o contrato entre o usuário e a empresa é. Entendido desta forma, o médico prestador de serviço também pode recorrer aos órgãos de defesa do consumidor para denunciar a operadora que está lesando seu paciente. As entidades de defesa do consumidor podem ser públicas, como os Procons estaduais e municipais, ou entidades formadas a partir da organização da sociedade civil, como o Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor, Idec, a Proteste e as demais entidades do Fórum Nacional de Entidades Cíveis de Defesa do Consumidor. Todos recebem denúncias envolvendo planos de saúde, e os Procons, como são órgãos públicos, têm a obrigação de atender qualquer cidadão.

O Procon São Paulo pode ser contatado pelo telefone 151 ou por meio do site [www.procon.sp.gov.br/atendimento](http://www.procon.sp.gov.br/atendimento). O Idec, que encaminha causas coletivas, atende pelo telefone (11) 3874-2152 e no endereço eletrônico [institucional@idec.org.br](mailto:institucional@idec.org.br). A Proteste pode ser contatada pelos telefones (11) 5085-3590, (021) 3906-3800 e via site [www.proteste.org.br](http://www.proteste.org.br).

As Frentes Parlamentares e as Comissões de Saúde, sejam do Congresso, das Assembleias Legislativas e mesmo de Câmaras Municipais são instâncias que debatem, investigam e denunciam questões de interesse coletivo. Trata-se de um caminho que pode ser acionado por grupos de médicos e por suas entidades.

## Dicas para seus pacientes

Os médicos são constantemente procurados pelos pacientes em busca de informações sobre planos de saúde. Veja a seguir dicas que podem ser repassadas para que o usuário não tenha atendimento negado pelos planos e seguros de saúde.

Você tem direito a informações claras e adequadas, com especificação correta sobre a qualidade do plano de saúde, o que inclui redação com destaque, nos contratos, das cláusulas que possam limitar direitos.

Verifique se a empresa está registrada na ANS. Caso esteja sob direção fiscal ou técnica, isso significa que ela tem problemas ([www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e 0800 701 9656).

Leia atentamente o contrato antes de assinar e exija uma cópia. As informações e “promessas” do corretor devem ser cumpridas pela operadora, pois ele representa a empresa. Peça que o corretor informe por escrito os benefícios prometidos.

Se você tem um contrato “novo” (assim chamado os contratos assinados a partir de 1999), e tiver um atendimento negado, verifique se ele consta no rol de procedimentos da ANS. Esse rol define uma lista de consultas, exames e tratamentos que os planos de saúde são obrigados a oferecer. Se o seu contrato é “antigo”, você pode se valer do Código de Defesa do Consumidor para discutir a exclusão de cobertura.

O preço da mensalidade e as coberturas ofertadas têm a ver com o tipo de plano contratado, abrangência (municipal, estadual ou nacional) e tamanho, extensão e qualidade da rede credenciada.

Leia atentamente a descrição da rede oferecida (médicos, laboratórios e hospitais), que deve fazer parte do contrato. Quanto mais restrita a rede, mais dificuldades você poderá ter para o atendimento.

O contrato pode impor carências (24 horas para urgências e emergências, dois anos, no caso de doenças preexistentes; 300 dias em caso de parto; 180 dias para os demais casos).

Se o seu plano é antigo (anterior a 1999) e tem cláusulas restritivas, veja se a empresa oferece a migração e se isso compensa financeiramente.

Muitos planos anunciam a “compra” ou redução de prazos de carências para você mudar de plano. Exija esse compromisso por escrito.

Se decidir entrar na justiça, você tem que ajuizar uma ação por meio de advogado. É comum o juiz de primeira instância, na qual o processo é iniciado, conceder a liminar ou a tutela antecipada. O plano de saúde é, então, obrigado a atender a imposição judicial; aí, ele recorre da decisão nas instâncias superiores. Na maioria das vezes, a Justiça tem dado ganho de causa ao paciente, mas há também decisões favoráveis aos planos de saúde. Muitas ações contra planos de saúde passaram a ser movidas junto aos Juizados Especiais Cíveis (JECs), mais ágeis na tentativa de conciliar as partes litigantes – quando o valor envolvido vai até 40 salários mínimos. Nos JECs, se a causa for até 20 salários mínimos, não é necessária a presença de advogado.

Se o seu plano é da empresa onde você trabalha, informe ao setor de recursos humanos ou a seu chefe sempre que tiver um atendimento negado. Se o seu plano é individual ou familiar, tente primeiro uma solução com a operadora. Se não resolver, denuncie à ANS e ao Procon.

Atente ao que o plano oferece e exige para pessoas que já têm alguma doença, idosos, mulheres em idade fértil e outras necessidades de saúde especiais.

Desconfie de mensalidades muito baixas de planos de saúde.

Cuidado com os “cartões de desconto”, que oferecem consultas e exames mais baratos, mas não são planos de saúde e não dão nenhuma garantia de atendimento.

Cuidado com os “falsos” planos coletivos. São planos para duas, três ou mais pessoas em que você tem de apresentar o CNPJ de uma empresa para assinar o contrato. Os reajustes não são controlados pela ANS e as operadoras entendem que podem cancelar o contrato a qualquer momento.

