

---

## À LUTA PELA MELHOR REMUNERAÇÃO DO MÉDICO

FLORISVAL MEINÃO  
JARBAS SIMAS

Associação Paulista de Medicina

Endereço para correspondência:  
Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 278 – 3º andar – Bela Vista – CEP 01318-901 – São Paulo – SP

A questão que envolve a remuneração profissional do médico, tanto no sistema privado como no sistema público de saúde, tem causado grande preocupação às entidades médicas. Os sucessivos planos de estabilização econômica ao longo da década passada, o financiamento insuficiente do Sistema Único de Saúde (SUS) e a prática utilizada pelos planos de saúde e pelos seguros saúde ao longo dos últimos anos fizeram com que os honorários médicos fossem bastante rebaixados.

No presente artigo, encontram-se detalhados os valores, os números e principalmente as ações desenvolvidas pelas entidades médicas no sentido de reverter essa tendência.

**Palavras-chave:** honorários profissionais, políticas de saúde.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2007;4:344-8)  
RSCESP (72594)-1680

---

A assistência à saúde passou por grande transformação a partir da segunda metade do século passado. Até então, a atividade profissional do médico se desenvolvia em seu consultório particular, como profissional liberal, sem a presença de intermediários, ou nos diversos órgãos públicos como Prefeituras, Estado, Institutos de Previdência, como profissional assalariado, de acordo com a legislação trabalhista em vigência.

Na década de 1960, surgiram as operadoras de planos de saúde, iniciando suas atividades e prestando assistência médica aos trabalhadores de grandes empresas, como as montadoras de automóveis na Grande São Paulo.

Surgia, então, uma nova modalidade de trabalho médico, em que o médico atuava como credenciado, atendendo em seu consultório particu-

lar, com seus honorários sendo pagos diretamente pela empresa de plano de saúde. A relação médico-paciente passava a contar com um intermediário, gerando conflitos tanto éticos como econômico-financeiros.

No início os problemas não eram tantos. Não havia um número excessivo de médicos, os problemas econômicos do País não eram tão graves quanto hoje, a distribuição de renda era mais justa, o poder aquisitivo da população era mais bem distribuído e a participação dos planos de saúde na assistência médica era relativamente pequena, limitada a determinadas regiões. Por essa razão, as demandas por ações específicas das entidades representativas dos médicos eram menores que as atuais.

Com o passar dos anos a situação foi se trans-

formando. As empresas de planos de saúde se estenderam a todo o País, aumentando de forma significativa o número de associados, constituindo-se progressivamente em importante pólo de trabalho para o médico. Hoje, estima-se que mais de 40 milhões de pessoas utilizam planos de saúde para sua assistência médica.

Paralelamente os serviços públicos de saúde foram encolhendo. Seja por decisões políticas dos sucessivos governantes, seja pelo financiamento insuficiente do sistema público de saúde, a verdade é que, hoje, os milhões de brasileiros que dependem única e exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS) têm grandes dificuldades de acesso aos serviços de saúde, e o médico enfrenta enormes dificuldades para exercer sua atividade profissional dentro desse sistema.

Outro fato de relevância, que ocorreu a partir da década de 1970, foi a abertura de grande número de faculdades de Medicina. A partir de então, houve grande crescimento do número de médicos em atividade, o que levou a enorme competitividade e grande oferta de trabalho médico, gerando sério desequilíbrio no sistema de saúde.

Em resumo, as transformações ocorridas nas últimas décadas, que envolveram mudanças nas políticas de saúde, mudanças na política de formação profissional e mudanças nas políticas sociais e econômicas do País, transformaram decisivamente a atividade profissional do médico, exigindo ações de suas entidades representativas, no sentido de organizar a classe médica, com o objetivo de garantir o exercício da profissão médica dentro dos princípios éticos, técnicos e científicos que a caracterizam.

Dessa forma, os departamentos de Defesa Profissional das diversas entidades foram gradativamente se estruturando para assumir essas funções, centralizando o conjunto de ações e estratégias em defesa do médico e em defesa da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população, tanto por meio do SUS como por meio da iniciativa privada.

Progressivamente essas ações foram se tornando abrangentes, envolvendo atuação no Legislativo em matérias de interesse do médico, como o projeto de lei que regulamenta nossa profissão, projetos de lei que procuram limitar a abertura indiscriminada de escolas médicas e, mais recente-

mente, projeto de lei que determina a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como referencial para a Agência Nacional de Saúde elaborar o Rol de Procedimentos Médicos (que representa a relação mínima de procedimentos obrigatórios a serem oferecidos pelos planos de saúde).

Outros projetos de lei, em especial os projetos referentes a profissionais de saúde que têm interferência direta em nossa área de trabalho e os projetos que envolvem políticas de saúde em geral, como a Emenda Constitucional 29 (EC-29), que regulamenta o financiamento do SUS, foram objeto de ações diretas das várias entidades médicas, com o intuito de resguardar o interesse da sociedade e de nossa profissão.

Especificamente em relação ao sistema suplementar de saúde, a primeira grande ação visando à questão dos honorários médicos se deu na década de 1990, com a criação do Departamento de Convênios. Esse foi um trabalho realizado pela Associação Paulista de Medicina (APM) em conjunto com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp) e o Sindicato dos Médicos de São Paulo (SIMESP), contando com a participação de todas as Sociedades de Especialidades. Estimulou-se e coordenou-se a formação também de Departamentos de Convênios na maioria das regiões do Estado, sempre com a mesma estrutura. O Departamento de Convênios tinha como principal função centralizar as negociações com as empresas operadoras de planos de saúde e de seguro saúde.

Avanços importantes foram conseguidos desde então, com alguns reajustes de honorários, mas o principal ganho foi, sem dúvida, a organização da classe médica e a união de todas as suas entidades representativas em torno de um objetivo comum. Hoje vivemos um particular momento, em que todas as entidades, tanto nacionais como estaduais ou regionais, têm perfeita identidade quanto a seus objetivos e, principalmente, têm desenvolvido atividades e estratégias conjuntas em defesa do médico e da Medicina.

Uma das conquistas obtidas pela sociedade, com contribuição ativa da classe médica, juntamente com a valiosa participação dos Órgãos de Defesa do Consumidor, foi a regulamentação dos Planos de Saúde, por meio da Lei 9656, editada

em 1999. Esse foi, sem dúvida, importante avanço na área da Medicina Suplementar no Brasil. Até então não havia qualquer lei que disciplinasse as relações entre empresas, médicos e usuários do sistema.

Os conflitos eram constantes, principalmente em relação aos procedimentos a serem cobertos pelos planos, bem como em relação aos reajustes das prestações. As entidades médicas participaram ativamente dessa discussão no Congresso Nacional, contribuindo, nas diversas comissões por onde o projeto tramitou, com propostas que resultaram na referida lei. Essa lei trouxe importante contribuição, em especial para os usuários do sistema, pois hoje estão claramente definidos, na legislação, os procedimentos que devem ser cobertos pelos planos de saúde, bem como os mecanismos de reajuste das mensalidades.

Infelizmente muitos itens não foram abordados pela citada lei, em particular as relações entre médicos e empresas. Não existe um padrão de contrato de credenciamento médico e não existe um mecanismo de reajuste de honorários. Nossa proposta de credenciamento universal ou mesmo de introduzir itens que regulamentassem nossa relação com os planos de saúde foi derrotada em plenário, em função da forte pressão das empresas de planos de saúde e de seguro saúde. Esse é um desafio que ainda está presente, e que nem mesmo a criação da Agência Nacional de Saúde (ANS) conseguiu solucionar.

Além disso, existe uma série de outras limitações ou restrições ao nosso trabalho, como a adoção de tabelas referenciais antigas, que não incluem os recentes avanços da Medicina ou a vinculação dos honorários aos custos gerados pelo médico. Em função desses fatos, constata-se grande desequilíbrio no sistema privado de saúde, com sérios prejuízos aos médicos.

As entidades médicas têm procurado demonstrar à ANS a necessidade de intervir na regulação da relação entre médicos e empresas, sob o risco de prejuízo aos próprios pacientes. Recentemente a ANS criou a gerência de prestadores, cujas atividades deverão se iniciar em breve, objetivando regular o setor e reduzir os conflitos existentes, sempre visando à melhoria da qualidade da assistência médica. As entidades médicas já apresentaram um documento em que constam os princi-

pais tópicos, que, a nosso ver, deveriam ser objeto de ação por parte dessa gerência.

Retomando a questão que envolve os honorários profissionais, sabemos que esse é, hoje, o principal problema enfrentado pelos médicos. De um lado, os custos de infra-estrutura do consultório nos últimos anos subiram quase sempre acima dos índices de inflação oficial, e, de outro lado, os reajustes foram mínimos, fruto da política da remuneração praticada pelas empresas.

Diante dessa situação, as entidades médicas tanto nacionais como estaduais organizaram um forte movimento, de âmbito nacional, quando do lançamento da CBHPM, em 2003, esclarecendo a população sobre a verdadeira realidade da relação entre médicos e empresas e, ao mesmo tempo, pleiteando sua implantação como referencial dentro do sistema, juntamente com reajuste de honorários.

O resultado foi positivo, pois, em vários locais do País, a CBHPM já é o referencial adotado no sistema. Desde então, obtivemos alguns reajustes, que, embora insuficientes para repor as perdas dos anos antecedentes, representam importante conquista da classe médica. Fica, no entanto, uma importante lição: é fundamental o médico lutar pelos seus direitos e pela sua profissão por meio de uma ação coordenada e uniforme, fortalecendo suas entidades representativas.

O SUS também tem sido objeto de preocupação e de ações das entidades médicas, visando à melhoria da qualidade de atendimento e à melhoria das condições de trabalho e da remuneração do médico. Consideramos que o SUS, que foi criado a partir da constituição de 1988, representa grande avanço na atenção à saúde do brasileiro. Por suas características de universalidade no atendimento, da integralidade das ações em saúde e da equidade no atendimento, o SUS representa um modelo ideal de assistência à saúde para um país com as nossas características sociais, políticas e culturais.

Além disso, o SUS representa importante instrumento de justiça social, absolutamente necessário para um país marcado por muitas desigualdades sociais. Por essa razão, as entidades médicas em geral, bem como as demais categorias profissionais da área da saúde, defendem o aperfeiçoamento do SUS, uma vez que se trata do maior programa de inclusão social já realizado neste País.

---

O SUS está completando quase vinte anos de existência e, apesar dos inúmeros obstáculos, seus resultados são alentadores, bastando analisar os diversos indicadores de saúde disponíveis. Apesar disso, é necessário que se tenha uma visão crítica do sistema, pois, embora esses avanços sejam evidentes, fica a constatação: o SUS não consegue oferecer atendimento de qualidade a seus usuários. Prova disso são os planos de saúde, que tiveram grande desenvolvimento nas últimas décadas e que hoje representam uma das prioridades da classe média.

Dessa forma, importantes questões devem ser resolvidas, e a principal delas é o financiamento do sistema. Hoje o serviço público investe, no País, entre 350 e 400 reais por ano, “per capita”, para todo o trabalho a ser executado, como prevenção, tratamento integral da AIDS e outras doenças, fornecimento de medicamentos de alto custo, além do atendimento médico. Ao compararmos esses números com aqueles do sistema privado, que só cuida da saúde e destina 1.200 reais por ano “per capita”, observamos a enorme disparidade no modelo de financiamento entre esses sistemas.

Esse é, sem dúvida, o principal problema enfrentado pelo SUS e para o qual todas as entidades médicas devem unir suas forças, na tentativa de encontrar uma solução. Em 2000, foi aprovada a EC-29, que definiu as verbas a serem destinadas ao SUS e que seriam fornecidas em 15% pelos Municípios, 12% pelos Estados. Para completar os recursos, a União deveria investir os gastos do ano anterior acrescidos da variação do Produto Interno Bruto (PIB).

Essa emenda trouxe algum reforço no financiamento ao SUS, importante mas insuficiente. No entanto, até hoje a EC-29 não foi regulamentada e, por essa razão, muitos Estados e Municípios e mesmo a União não a cumprem ou utilizam essa verba para gastos em outras áreas, como programas de assistência social, prejudicando dessa maneira o financiamento direto ao SUS.

De certa forma, a aprovação dessa regulamen-

tação não interessa aos executivos, tanto federais como estaduais e municipais, para não trabalhar com verbas vinculadas, preferindo a flexibilidade em seus orçamentos e, assim, utilizar seus recursos da maneira que melhor convier aos interesses políticos. A classe médica tem lutado incessantemente para que o Projeto de Lei 01 de 2003 seja votado imediatamente, regulamentando a EC-29, para que se tenha, definitivamente, um orçamento específico à saúde.

As entidades médicas paulistas deram apoio em ações de defesa ao SUS. Foi criado um movimento nacional para o cumprimento da Constituição, que garante os princípios do Sistema e a melhoria da remuneração dos milhares de médicos que atuam no SUS, recebendo seus honorários por uma tabela extremamente defasada.

Com a criação da Comissão Nacional Pró-SUS, a campanha em defesa do Sistema transformouse em espécie de vigília permanente pela aprovação de propostas de Emenda Constitucional que tramitam no Congresso – como a Emenda Complementar, que garante os recursos orçamentários de maneira absoluta para o SUS.

Por sua vez, as entidades médicas também estão se dedicando à elaboração de um plano de cargos e salários para o médico do serviço público. É fundamental que, ao ingressar no serviço público, o médico tenha uma perspectiva de crescimento profissional com possibilidade de aumento em sua renda, pois esses fatores oferecem segurança e estímulo para a atividade médica. Movimentos desencadeados ultimamente pelos nossos colegas, em particular do Nordeste, nos direcionam para esse caminho.

Faz-se necessária a mobilização de todos os médicos em atividade para que, com o apoio da sociedade, nossa maior aliada, se deflagre um movimento reivindicatório, permanente, eficiente e eficaz, capaz de reverter a situação intolerável que se coloca, evitando a instalação do tão propagado “Apagão da Saúde”.

---

## THE BATTLE FOR A BETTER DOCTOR FEE

FLORISVAL MEINÃO

JARBAS SIMAS

The issue connected to the Doctor's professional remuneration, whether in the private sector or in the public health system, has generated a great concern for medical entities. The consecutive Brazilian economical plans for stabilization during the past decade, in addition to the insufficient financing of Unique Health System (usually known by the Portuguese acronym SUS) and also jointly the usual practices for the Health Plan and Insurance during the recent years, have as a result the quite lowered medical fees.

This paper presents the detailed amounts, numbers and mainly the shares related to medical entities in order to invert this trend.

**Key words:** professional fees, Health policies.

(Rev Soc Cardiol Estado de São Paulo. 2007;4:344-8)

RSCESP (72594)-1680

---

### REFERÊNCIAS

Revista do CFM.

Revista da AMB.