Radar

Ano 02 - Edição 02 - Março de 2012 – Informativo Interno dirigido aos Associados da ABRAMED – Associação Brasileira de Medicina Diagnóstica

Médicos poderão receber ressarcimento de planos separadamente de hospitais

Objetivo do projeto, ao separar as duas restituições, é evitar que hospitais ou outras instituições atrasem o pagamento aos médicos

A Câmara analisa o Projeto de Lei 2982/11, do deputado Anthony Garotinho (PR-RJ), que separa o ressarcimento aos médicos daqueles feitos aos hospitais por operadoras de planos de saúde. Desde 1998, a lei 9.656/98 tornou obrigatório o ressarcimento de instituições privadas integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) e unidades de saúde pertencentes à rede pública que atendam clientes de planos de saúde.

Atualmente, a restituição é repassada à instituição responsável pelos serviços, que se encarrega de pagar os honorários ao médico. O objetivo do projeto, ao separar as duas restituições, é evitar que hospitais ou outras instituições atrasem o pagamento aos médicos.

Pela lei atual, as operadoras de planos de saúde são obrigadas a ressarcir os serviços até o 15º dia, após a apresentação da cobrança pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). O descumprimento sujeita o infrator ao pagamento de juros de 1% ao mês ou fração.

.

Garotinho argumenta que, apesar do prazo legal para o ressarcimento, é comum que os hospitais levem um tempo bem superior para repassar os honorários aos médicos responsáveis pelo atendimento. “Por isso estamos propondo que sejam feitos os ajustes necessários no texto da lei para agilizar os ressarcimentos aos profissionais”, explicou.

Tramitação

A proposta, que tramita conjuntamente com o Projeto de Lei 7419/06, será analisada pelas comissões Finanças e Tributação; e Constituição e Justiça e de Cidadania, antes de ser votada pelo Plenário.

2012: o ano do investidor em Saúde

Consultor retrata as mudanças decorrentes do ingresso de investimentos maciços na cadeia produtiva da saúde para os próximos anos

Este ano será bastante diferente dos últimos. Não porque tenhamos planejado assim, mas por fatores econômicos que até hoje não foram valorizados devidamente e não constavam das nossas agendas, como empresários e profissionais ligados à área da saúde.

Refiro-me especificamente à figura do investidor, que no Brasil ainda é mero coadjuvante, mas que passará a atuar como um dos protagonistas neste rico País com seus quase 200 milhões de consumidores e repleto

de instituições de saúde à espera de uma injeção de recursos. A entrada deste novo player contribuirá para fortalecer e modificar as regras que valiam até hoje.

Este ator já fez seus primeiros ensaios há cerca de 15 anos e não obteve êxito, por diversas razões – uma das mais importantes era fraqueza da nossa economia na época, a falta de solidez e a ausência de uma cultura corporativa na maioria dos serviços de saúde. Porém, agora, como a economia mais sólida e controles monetários ajustados, o investidor está de volta e com toda certeza assumirá um papel importante neste filme.

Desde 2008, observamos “ensaios”, acontecimentos interessantes e importantes: operadoras se fundindo; redes de hospitais se solidificando e hospitais de excelência se expandindo regional e nacionalmente. Estes são movimentos que crescerão com intensidade a partir de 2012. As alterações na legislação no sentido de permitir a entrada de capital estrangeiro para aplicação na saúde serão a alavanca que os investidores esperam para migrar com seus capitais e firmá-los em solo seguro. É a luz verde que o mercado internacional está aguardando e que, para muitas pessoas, já está costurada no Congresso Nacional.

Uma vez em cartaz as novas regras desse jogo, o Brasil será a bola da vez para o ingresso de investimentos maciços na cadeia produtiva da saúde.

Certamente, com a entrada de investidores na área, mudanças acontecerão, a começar pelo conceito de negócio em saúde, que sem dúvida provocarão grandes e longas discussões sobre ética, correção e comportamentos. No final, contudo, prevalecerá a tese de que negócios em saúde configuram uma situação absolutamente normal e natural. Ao mesmo tempo, não será mais tolerado que as instituições recebam novas fontes de financiamento, com o objetivo de multiplicação dos capitais, e continuem gerenciando seus negócios de forma amadora, como acontece hoje na maioria das instituições.

Estamos preparados para estas mudanças?

Não. Teremos um caminho duro a percorrer. Com muitos desvios, atalhos e adaptações.

A sociedade aceitará as mudanças? Estará preparada para um novo cenário, com crescimento vertiginoso da saúde suplementar, que hoje responde por 25% da assistência à população brasileira e aplica em recursos o equivalente a 50% por cento do orçamento do SUS?

A mudança será extremamente benéfica para a população, que contará com mais opções de escolha e com substancial melhora da resolutividade em virtude da competição que se instalará, e que inevitavelmente melhorará o nível de atendimento em toda a cadeia. Ainda não inventaram nada mais poderoso que a concorrência!

Nos próximos anos vivenciaremos profundas transformações na forma de condução das instituições de saúde, consequência direta da entrada desses recursos estrangeiros, que exigirão dos dirigentes métodos de gestão profissionais, com ganhos sociais, econômicos e ambientais.

Certamente as certificações serão ainda mais valorizadas e nos próximos anos terão um papel importante para a gestão dessas instituições. Isso tudo favorecerá o turismo da saúde, outro nicho de mercado que se abrirá.

Portanto, recebamos o Ano Novo com esperanças redobradas, mas também nos preparando para tempos diferentes.

Projeto prevê dedução da Cofins por gasto em saúde

Pela proposta, somente poderão ser beneficiadas pelos projetos entidades públicas e privadas sem fins lucrativos que participem do Sistema Único de Saúde (SUS)

Está em análise na Câmara o Projeto de Lei 2891/11, do deputado Nelson Marchezan Junior (PSDB-RS), que autoriza a dedução de parte da Contribuição para Financiamento da Seguridade Social (Cofins) para quem apoiar diretamente projetos que fortaleçam a atenção à saúde, previamente aprovados pelo Ministério da Saúde.

Pela proposta, somente poderão ser beneficiadas pelos projetos entidades públicas e privadas sem fins lucrativos que participem do Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto define como exemplos de projetos de fortalecimento da atenção primária em saúde: a estruturação da rede de saúde; aquisição, ampliação e construção de Unidade Básica de Saúde; compra de equipamentos ou serviços; e assistência farmacêutica. Por outro lado, é considerado como exemplo de projeto de atenção secundária e terciária o atendimento em especialidades clínicas e cirúrgicas.

Percentuais

Segundo a proposta, o contribuinte poderá deduzir integralmente, em até 12 meses, o valor gasto até o limite máximo de 6% do tributo devido. Não será permitido, contudo, deduzir os valores para fins de determinação do lucro real e da base de cálculo da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

O percentual do montante total do benefício será investido entre os municípios de acordo com as seguintes proporções calculadas a partir da estimativa de receitas arrecadadas pela Cofins para o ano correspondente: cidades com até 5 mil habitantes, receberão 2,37%; de 5.001 até 10 mil habitantes, o percentual de repasse será de 4,67%; 10.001 até 25 mil, o município receberá 15,01%; de 25.001 até 50 mil, 12,18%; de 50.001 até 100 mil moradores, 12,51%; de 100.001 até 200 mil habitantes, o repasse será de 10,36%; e municípios com mais de 200 mil habitantes receberão 42,90% do valor total do benefício.

O autor ressalta que a realidade da saúde pública no País é precária e que há insuficiência de recursos orçamentários para serem investidos nos serviços de saúde. “O projeto tem por finalidade estimular e atrair investimentos para a saúde por meio da dedução da Cofins, pelas pessoas jurídicas, dos valores despendidos ao fortalecimento da atenção primária, secundária e terciária de saúde. Espera-se uma melhoria dos indicadores por meio do aumento da qualidade e acesso dos cidadãos à saúde”, afirma.

Tramitação

A proposta tramita em caráter conclusivo e será analisada pelas comissões de Seguridade Social e Família; de Finanças e Tributação; e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Senado discute regulação dos planos de saúde

Representantes de centrais sindicais defenderam maior participação do governo no setor, seja sob a forma de mais regulação por parte da ANS ou pela melhoria do atendimento no SUS

A morte do secretário de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Duvanier Paiva

Ferreira, que ocorreu em janeiro, após ele sofrer um infarto e ter o atendimento recusado em dois hospitais de Brasília, foi citada diversas vezes nesta segunda-feira (6), durante audiência no Senado em que se discutiu a atuação dos planos de saúde privados e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Durante a reunião, promovida pela Comissão de Direitos Humanos e Legislação Participativa do Senado (CDH), representantes de centrais sindicais defenderam maior participação do governo no setor, seja sob a forma de mais regulação por parte da ANS ou pela melhoria do atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS).

“Não somos contra a saúde suplementar. Mas é preciso um nível de regulação por parte do Estado em que os valores humanos se sobreponham aos do lucro”, afirmou Pedro Armengol, da Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Ao defender o fortalecimento do SUS, Armengol disse que esse sistema “está devendo à sociedade o compromisso do atendimento integral e universal aos cidadãos”. Ele criticou essa situação, argumentando que ela “serve de “estímulo ao mercado da saúde”.

Deputados apresentam novos projetos para financiamento da saúde

PSDB quer derrubadar os vetos presidenciais à regulamentação da Emenda 29 para garantir mais recursos para a saúde

O Congresso Nacional abriu o Ano Legislativo na tarde dessa quinta-feira (02) com sessão solene realizada no Plenário do Senado Federal. Uma das prioridades do governo em 2012, conforme afirmou a presidente Dilma Rousseff em sua mensagem, será a Saúde.

Contudo, enquanto o Governo Federal quantifica seus programas e propõe metas qualitativas, os deputados estão preocupados com o financiamento do Setor.

De um lado, o novo líder do PSDB, deputado Bruno Araújo (PE), destacou como prioridade do partido a derrubada dos vetos presidenciais à regulamentação da Emenda 29 para garantir mais recursos para a saúde. Ele afirmou que a medida permitiu um acordo para aporte de recursos para a saúde, mas um dos vetos manteve o ônus para estados e municípios, em relação ao dispositivo que previa o aumento dos gastos da União em saúde se houvesse reestimativa do valor do Produto Interno Bruto (PIB).

Bruno Araújo aposta no apoio da base aliada para reverter a medida do Planalto. Ele ressaltou que a “saúde pública entrou na UTI e essa é uma das formas de amenizar o sofrimento de milhares de brasileiros”.

A posição também é a mesma da Frente Parlamentar de Saúde, que pretende, a partir de março, movimentar seus pares para que haja a revisão dos vetos da presidente à regulamentação da Emenda 29.

Adiantando-se à discussão, o deputado Darcísio Perondi (PMDB-RS), que responde como presidente da FPS, apresentou, ontem, o Projeto de Lei Complementar 123/2012, obrigando a União a investir o equivalente a 10% de suas receitas correntes brutas para financiar as ações e os serviços públicos de saúde. E não foi o único. O deputado Eleuses Paiva DEM-SP) também apresentou projeto similar (PL 124/12) à Mesa da Câmara.

Segundo Perondi, quando o Governo impediu que 10% de suas receitas correntes brutas fossem destinadas à saúde, chamou para si a

responsabilidade de descobrir novas fontes de financiamento do SUS. Ele afirmou que o próprio Governo Federal admite a necessidade de mais R$ 45 bilhões para manter o SUS minimamente funcionando. Logo, é preciso encontrar formas de se destinar mais recursos para a saúde.

Apesar da obrigatoriedade Constitucional de o governo oferecer atendimento de Saúde à população, Perondi enfatizou que a União vem deixando a responsabilidade para as prefeituras, que gastam, em média, 22% de suas receitas com saúde. Ele disse que o custo saúde no Brasil aumenta a cada ano e a remuneração do sistema, há décadas, não cobre sequer a inflação.

O Movimento PopularM- uma outra vertente está sendo trabalhada pela Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), a Associação Médica Brasileira (AMB), Academia Nacional de Medicina (ANM), Associação Paulista de Medicina (APM) e várias outras entidades da sociedade civil. A ideia é propor um Projeto de Lei de Iniciativa Popular, que visa à revisão imediata da Regulamentação da Emenda Constitucional 29.

Os detalhes da proposta serão apresentados durante coletiva de imprensa, nesta sexta-feira (03), na sede da AMB, em São Paulo. Durante o evento, as entidades também lançarão oficialmente a Frente Nacional por Mais Recursos na Saúde, anunciando as reivindicações, as instituições que já aderiram à mesma, além da estratégia de ação para sensibilizar autoridades e políticos a aprovarem a lei que aporte novos investimentos para a saúde.

Senado aprova projeto que regulamenta profissão de médico

Texto prevê como ato exclusivo do médico os procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo acessos vasculares profundos, biópsias e endoscopia

A Comissão de Constituição e Justiça (CCJ) do Senado aprovou nesta quarta-feira (08) projeto de lei que regulamenta a profissão de médico no País. Os senadores fizeram uma série de alterações no texto aprovado pela Câmara para, segundo o relator Antônio Carlos Valadares (PSB-SE), preservar as atividades de outras ocupações como assistente social, biólogo, biomédico, enfermeiro, farmacêutico e fisioterapeuta.

Valadares destacou que o texto apresentado na CCJ foi consenso entre praticamente todas as categorias. Já a senadora Lúcia Vânia (PSDB-GO), que também atuou na elaboração do acordo, destacou que, apesar de não ser o texto ideal, “o relatório é o possível”. Ela acrescentou que o projeto do Ato Médico não retira qualquer direito adquirido de outras profissões.

A senadora Marta Suplicy (PT-SP) manifestou restrições ao texto que, para ela, inviabilizará avanços tecnológicos alcançados por pesquisas odontológicas, por exemplo. Ela entende que o projeto do Ato Médico interferirá em outra profissão, o que seria inconstitucional.

O senador Aloysio Nunes Ferreira (PSDB-SP) disse que o Ato Médico não resolverá a crise pela qual passa a profissão. Segundo ele, o problema do exercício da medicina está na “degradação profissional”, além da proliferação de faculdades que, muitas vezes, formam médicos desqualificados.

O parlamentar paulista, adepto da acupuntura, disse que a regulamentação pode prejudicar o exercício das demais profissões da área. O texto prevê como ato exclusivo do médico os "procedimentos invasivos, sejam diagnósticos, terapêuticos ou estéticos, incluindo acessos vasculares profundos, biópsias e endoscopia", o que inclui a "invasão da pele atingindo o tecido subcutâneo da pele para injeção".

Aprovada na CCJ, a matéria agora vai à apreciação nas comissões de Educação (CE) e de Assuntos Sociais (CAS). Caso seja aprovado nas duas comissões, o projeto de lei do Ato Médico será apreciado em plenário e, depois, seguirá para sanção presidencial.

Crescimento do número de beneficiários de planos cai em 2011

Número de beneficiários em planos coletivos continua crescendo a taxas acima da média do mercado, porém, com diminuição de ritmo

Estudo mostra desaceleração no ritmo de aumento dos beneficiários de planos de saúde no Brasil durante o terceiro trimestre de 2011. Entre julho e setembro do ano passado, foram registrados 47 milhões de beneficiários, um crescimento de 0,2% em relação ao trimestre anterior.

Os dados fazem parte de levantamento feito pelo IESS (Instituto de Estudos de Saúde Suplementar), que levou em consideração números da ANS (Agência Nacional de Saúde). Considerando os dados do terceiro trimestre de 2011, o crescimento no acumulado em 12 meses ficou em 5,5%.

Taxas acima da média

De acordo com o superintendente do IESS, Luiz Augusto Carneiro, o número de beneficiários em planos coletivos continua crescendo a taxas acima da média do mercado, porém, com diminuição de ritmo. Vale destacar que o crescimento do número de beneficiários havia alcançado 9,3% ao ano em março de 2011 – período marcado pelo aquecimento da economia do país.

A faixa etária de 19 a 59 anos é a que mais tem aumentado sua participação nos planos de saúde, com crescimento de 6,6% nos últimos 12 meses. Essa alta foi impulsionada pelo crescimento dos planos coletivos empresariais. Já a faixa etária de 0 a 18 anos perdeu representatividade e o grupo que contempla os cidadãos com mais de 59 anos registrou crescimento de 4,1%.

Em relação aos estados, o Rio de Janeiro foi o único com crescimento mais acentuado de planos de saúde no interior, onde o número de beneficiários cresceu 9,3%, contra uma alta de 4,5% na região metropolitana.

"Esta interiorização do mercado de saúde suplementar é fruto do desenvolvimento econômico no interior do estado. São destaques de crescimento no número de beneficiários as cidades do sul fluminense, como Barra Mansa (13,5%) e Volta Redonda (8,9%), polos de indústria siderúrgica e
Macaé (13,1%), na região petrolífera", afirma Carneiro.

Conforme os dados, 71,5% dos beneficiários de planos de saúde se concentram nas regiões de mais atividade econômica do País, como capitais e regiões metropolitanas.

Contratação de técnicos já empregados por outras clínicas é um risco

O Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) esclarece que há riscos na contratação de técnicos de radiologia já empregados de outros prestadores de serviços radiológicos.

De acordo com o texto da Lei nº 7.394/85, que regulamentou a profissão dos técnicos em radiologia, a jornada de trabalho semanal desses profissionais deverá limitar-se ao máximo de 24 horas (Art. 14). O objetivo da lei é proteger este profissional da exposição continuada à radiação e deve ser respeitada.

Quando o funcionário trabalha para mais de um empregador poderá, na somatória geral, ultrapassar o limite recomendado pela lei e que garante a proteção à sua saúde.

Em caso de alguma doença funcional constatada em decorrência desta exposição, o técnico de radiologia poderá ajuizar uma demanda trabalhista contra qualquer um dos contratantes de seus serviços.

Uma vez ajuizada a ação trabalhista contra um destes empregadores, a contraprova a ser realizada por este empregador será muito difícil e desgastante. Além disso, o histórico de decisões da Justiça do Trabalho demonstra que a tendência é conferir parecer favorável ao empregado.

O CBR orienta que este risco deve ser evitado e esta conduta ainda resguarda o empregador de eventual fiscalização e sanção imposta pelos Ministérios do Trabalho e da Saúde, de órgãos estaduais e municipais, em razão da extrapolação da jornada de trabalho do técnico em radiologia.

ANS quer regular hospitais e clínicas

“A ANS tem total interesse em fazer isso. Precisamos definir claramente até onde a agência pode ir”, diz Ceschin. Segundo ele, a alternativa já está sendo discutida entre ANS e Ministério

O diretor-presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Mauricio Ceschin, defendeu nesta terça-feira (14) que, além das operadoras dos planos de saúde, o órgão passe a regular os prestadores de serviços na área – hospitais, clínicas e laboratórios, entre outros.

“Entendo que essa [regular as operadoras de planos de saúde] tem sido a posição da agência ao longo de 11 anos, mas não é mais suficiente para enfrentar os problemas que estamos enfrentando”, disse. Segundo ele, a alternativa já está sendo discutida entre membros da Diretoria Colegiada da ANS e tem o apoio do Ministério da Saúde.

Durante reunião do Conselho Nacional de Saúde (CNS) sobre casos de omissão de socorro no País, Ceschin lamentou a morte do secretário de Recursos Humanos do Ministério do Planejamento, Duvanier Paiva Ferreira, no último dia 19. Segundo a família, ele passou mal e teve o atendimento negado em dois hospitais particulares porque não tinham convênio com o plano de saúde do servidor público.

“Não faz sentido, em um país com o segundo maior setor [de saúde] suplementar, com mais de 47 milhões de planos médico-hospitalares, com uma estrutura hospitalar de mais de 6 mil unidades, um cidadão não ser atendido porque, no momento, não tinha um cheque caução. Precisamos enfrentar essa lacuna regulatória”, ressaltou.

O diretor-presidente da ANS lembrou que a omissão de socorro é caracterizada no Código Penal, no Código Civil e no Código de Ética Médica. Ele avaliou que é preciso repensar todo o sistema de urgência e emergência brasileiro, promovendo a integração do sistema público com o sistema de saúde suplementar.

“Defendo que, uma vez que o paciente procure o serviço, ele não possa ser dispensado sem uma avaliação de risco”, disse. Outra proposta apresentada por Ceschin visa a estabelecer uma obrigatoriedade para que as operadoras de planos de saúde mantenham um canal de atendimento 24 horas para autorização de procedimentos.

“A ANS tem total interesse em fazer isso. Precisamos definir claramente até onde a agência pode ir”, destacou.

Durante a reunião do conselho, o ministro da Saúde, Alexandre Padilha, caracterizou como fundamental uma mudança de lei que permita à ANS regular os prestadores de serviços. Para ele, a atual definição de atuação da agência representa uma lacuna na legislação brasileira de saúde suplementar.

“É importante continuarmos debatendo o esforço de ampliação das urgências e emergências., mas temos que enfrentar também um outro debate: nenhuma insuficiência de rede justifica omissão de atendimento”, concluiu. Padilha propôs também que a exigência de cheque caução por prestadores de serviços de saúde seja tipificada como crime, a fim de combater a prática.

O papel do setor de saúde brasileiro no mercado global

O Brasil, segundo especialista, tem as condições de trilhar o caminho de outros países que induzem à criação de uma indústria de classe mundial alavancada em seu sistema de saúde

O desenvolvimento do Brasil nos últimos anos gerou oportunidades e desafios no sistema de saúde. Isso ocorreu devido ao crescimento da população e o aumento crescente do acesso ao sistema público de saúde, previsto na Constituição de 1988. Agora, o desafio nacional e mundial é ofertar as tecnologias mais eficazes para prevenir, diagnosticar e tratar as moléstias.

A oportunidade é a industrialização lastreada no mercado interno e a crescente globalização da nossa economia, exceto pelo agronegócio e o setor de commodities minerais baseados fortemente em ativos físicos locais.

A industrialização dos demais setores tem sofrido com o chamado custo Brasil (juros altos, impostos altos e complexos, custos trabalhistas, custos logísticos, câmbio, etc…) e o setor saúde não é exceção.

Partindo de uma análise deste ambiente, e em busca do melhor retorno para os esforços públicos e privados, chegamos à conclusão de que o caminho mais recomendável é a busca pela inovação, que crie produtos com vantagens competitivas e valor agregado suficiente para pagar o custo Brasil e gerar lucros que possam lastrear reinvestimentos.

Tratamos, portanto, da inovação real, da criação de algo inexistente no mercado na forma criada, algo que contribua com soluções novas para as demandas mundiais por acesso à saúde. Não de cópias ou da chamada substituição de importação, que é caminho viável apenas para países com baixos custos de produção como é o caso chinês, por exemplo, ou com recursos naturais imprescindíveis e escassos como é o

nosso caso com o agronegócio e as commodities minerais.

A inovação como processo criativo pode ser estimulada, porém não dirigida, já que é um processo caótico marcado pelo empreendedorismo na sociedade do conhecimento de modo que ao Estado cabe criar a segurança, estrutura e os incentivos adequados para que ela ocorra.

No setor saúde, os pressupostos de um ambiente amigável à inovação são: segurança institucional, clareza regulatória, eficiência burocrática, proteção à propriedade intelectual, estabilidade dos mecanismos de incorporação de tecnologia, pagamento, reembolso e igualdade material entre os competidores.

Por outro lado, maior competitividade em um mercado aberto, igualitário e dinâmico é simultaneamente um vetor e um incentivo para a oferta de produtos eficientes e eficazes, que ao disputarem a preferência dos compradores públicos e privados, não só se aperfeiçoam em um processo de seleção natural como se esforçarão continuamente para fornecer as melhores condições e menores preços ampliando o acesso da população e melhorando a aplicação do orçamento público e dos recursos dos usuários geridos pelas operadoras de planos de saúde.

A lógica vigente é a de que o desenvolvimento industrial-local concorre com importações de produtos e, portanto, os esforços públicos e privados são voltados para a substituição de importações criando incentivos opostos à verdadeira inovação.

No setor saúde ocorre justamente o contrário, a importação não só traz concorrentes que estimulam a competitividade das indústrias locais como permite que a população tenha acesso a produtos que protegem e restauram a saúde.

Na mesma linha, os pesquisadores e empreendedores locais também tem acesso a tecnologias atuais elevando e direcionando seu poder criativo para o desenvolvimento de produtos inovadores aptos a competir em mercados internacionais.

O Brasil efetivamente tem as condições de trilhar o caminho de outros países que bem atendem sua população e, ao mesmo tempo, induz a criação de uma indústria de classe mundial alavancada em seu sistema de saúde, seus médicos e serviços de saúde de altíssimo gabarito, academia forte e organizada e base industrial que já atende requisitos regulatórios rigorosos.

Para aproveitar estas vantagens, é preciso apenas abandonar os modelos protecionistas de soma zero e partir para um modelo que apoie a sinergia entre fabricantes locais e internacionais. Tal sinergia é desenvolvida em um ambiente de negócios favorável como já ocorreu nos setores de Tecnologia da Informação e Automobilístico.

Cremesp lança guia contra abusos de planos de saúde

Livro aborda as principais queixas dos médicos que prestam serviços às operadoras, como recusa ou demora para autorizar exames e procedimentos, limitação de pedidos de exames, entre outros

O Conselho Regional de Medicina do Estado de São paulo (Cremesp) lançará, em 2 de março, a publicação Os médicos e os planos de saúde: Guia de direitos contra os abusos praticados pelas operadoras. Produzido pela Câmara Técnica de Saúde Suplementar do Cremesp, coordenada pelo presidente da Casa, Renato de Azevedo Júnior, o livro aborda as principais

queixas dos médicos que prestam serviços aos planos de saúde, como recusa ou demora para autorizar exames e procedimentos, limitação de pedidos de exames, honorários irrisórios ou pré-fixados por meio de “pacotes”, glosas arbitrárias, descredenciamentos unilaterais, auditorias médicas que não seguem critérios éticos, desrespeito aos contratos e à autonomia profissional. O guia também aborda a omissão da Agência Nacional de Saúde (ANS) que não cumpre seu papel de regular adequadamente a relação entre operadoras e prestadores de serviços. A publicação apresenta também as normas éticas, a legislação existente e as instâncias e entidades que podem ser acionadas pelos médicos para a defesa de seus direitos.

O Cremesp convida os médicos e os interessados para o lançamento da publicação, que acontecerá na sede da Associação Paulista de Medicina (APM), às 10 horas do dia 2/03. Na ocasião, serão distribuídos, gratuitamente, exemplares do novo guia. O livro será lançado durante o encontro das entidades médicas – que reúne representantes dos conselhos, sindicatos, associações e sociedades de especilaidades – para a definição de diretrizes nacionais e novas mobilizações em defesa de melhores honorários aos profissionais que atuam em planos de saúde. O encontro foi convocado pela Comissão Nacional de Saúde Suplementar (Comsu) – composta pela Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam) – e pretende fazer um balanço do movimento nacional dos médicos iniciado em 2011, que teve paralisações e suspensões do atendimento a usuários de planos de saúde, manifestações públicas e rodadas de negociação em todos os estados.

Medicina Diagnóstica: entenda a dinâmica atual desse mercado

Segundo especialista, mercados regionais formam clusters operacionais, outros formam cooperativas, e, ainda, há aqueles que integram as especialidades diagnósticas por todo o país

O mercado de medicina diagnóstica no Brasil, composto pelos prestadores de serviços de apoio ao diagnóstico como as empresas de Patologia Clínica / Medicina Laboratorial, Anatomia Patológica e Radiologia e imagem, possui dinâmicas próprias em seu modo de atuação.

Destaca-se uma importante competição de marcas entre os players deste mercado, isto é, vemos que um importante fator de escolha do cliente (médico, paciente ou mesmo a operadora) é a reputação da marca da empresa prestadora dos serviços. Diversos países que operam o sistema de saúde em modelos de redes verticalizadas apresentam menor foco neste tópico. Temos também outro fator de grande relevância que é o relacionamento entre prestador e fonte pagadora, fazendo com que o modelo contratual entre estas partes (preço, prazo, etc) seja um importante atributo competitivo.

Notamos dentro do mesmo mercado taxas de crescimento diferentes entre seus diversos segmentos, sejam estes de mercado ou de atuação. Empresas de nicho ou especializadas, ainda que possuam um mercado de porte restrito, crescem com taxas significativas quando comparadas ao mercado em geral (e normalmente com margens mais atraentes). O processo de consolidação permitiu visualizarmos maiores expansões geográficas das empresas consolidadoras

Já os mercados regionais se defendem com crescimentos orgânicos e otimizando estruturas (same store sales). Uma interessante estratégia é a formação de clusters operacionais de forma regional, que com a geração de sinergias aumentam o potencial de crescimento destas empresas regionais, agora com foco direcionado para aqueles atributos que fidelizam seus clientes, como o gerenciamento de suas unidades de atendimento ao cliente e gestão da marca.

Outra dinâmica deste mercado é o crescimento de integrações verticais no setor. Cada vez mais encontramos novos laboratórios ou centros diagnósticos próprios de operadoras de saúde, com foco no gerenciamento de custos e da informação, liderados pelas cooperativas médicas.

Por último, nota-se a maior integração das especialidades diagnósticas por todo o país no que chamamos de centros de diagnósticos, com benefícios diretos ao cliente (one-stop-shop), benefícios operacionais com otimização de estruturas e aspectos distintos de impactos econômico-financeiros, tal como a escala de exames das análises clínicas e o preço médio dos exames radiológicos complexos.

A avaliação destas dinâmicas é de grande interesse para apontarmos as tendências deste mercado.

Segundo o gestor de sustentabilidade do Grupo Ghanem, Fernando Berlitz, a operadora é a parte interessada mais difícil de passar a diferenciação. “Trabalhamos para fazer com que as operadoras entendam nosso processo e o quanto elas podem ganhar ao trabalhar com um laboratório acreditado”.

O Ghanem Laboratório Clínico é Acreditado pelo PALC, desde 2003, e o Ghanem Ensaios Especializado recebeu no mês passado o selo de acreditação do INMETRO NBR ISO/IEC 17025, que reconhece a competência de laboratórios de ensaios e calibração. “Optamos pela acreditação, porque envolve, ao contrário das certificações da qualidade, validar os produtos e serviços oferecidos, segundo as melhores práticas de mercado”.

No segmento, ainda não há entidade acreditadora de exames de imagem nem anatomia patológica. De acordo com a médica patologista e diretora do Departamento de Controle de Qualidade da Sociedade Brasileira de Patologia (SBP), Beatriz Hornburg, a entidade quer desenvolver o programa da própria SBP.

“Não tem ainda algo específico por causa da peculiaridade da especialidade que é laboratorial e muito artesanal. Conversamos com o Inmetro, mas ainda não chegamos a uma conclusão em relação a isso por uma série de dificuldades, entre elas, pela própria especificidade da especialidade”, diz a diretora da entidade, que pretende até o final do ano que vem começar a implantar o programa.

A executiva ainda ressalta que é fundamental que a SBP faça o programa de acreditação, porque são pessoas que lidam com o dia a dia da profissão, entendem dos processos e sabem onde estão os pontos fracos para que possam ser abordados num programa de acreditação. “Isso funciona para qualquer entidade da especialidade, porque são as pessoas que mais têm conhecimento”.

Material editado por, Luigi Galante – Estagiário da ABRAMED – Fontes das matérias já publicadas: www.cbr.org.br; www.saudeweb.com.br; de 02/02/2012 à 01/03/2012.