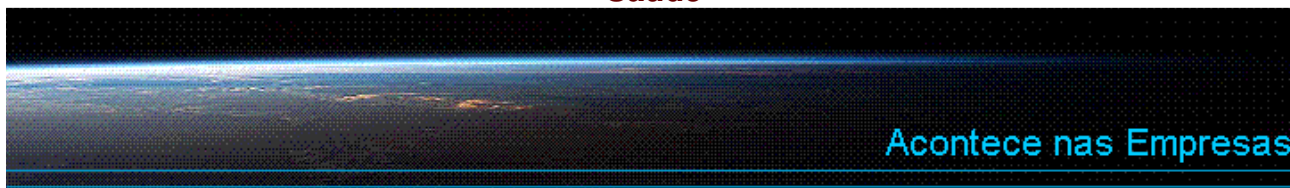




Saúde



Operadoras de Saúde: Atos de Gestão, Notícias e Informações

Sistel reduz custos assistenciais

Índice de internação de pacientes crônicos da Fundação Sistel de Seguridade Social diminuiu 73% com programa de gestão

Modernos softwares de gestão, eficiente integração de informações e indicadores e acompanhamento assistencial constante são responsáveis por uma redução de 39% dos custos com doentes crônicos e de 73% no índice de internação da Fundação Sistel de Seguridade Social. Desde 2005, a Axismed faz o gerenciamento e promove qualidade de vida a 2.400 crônicos do fundo de pensão brasileiro, criado em 1977.

“São 40 mil vidas na Sistel, sendo que 20% da população gasta 80% do que ganha com tratamentos de saúde”, conta a gerente de planos de saúde da Sistel, Adriana Meirelles.

Devido ao alto índice de idosos pertencentes à Sistel, tendo em vista que é uma carteira fechada, onde ninguém mais entra, e aos resultados negativos de aderência aos programas anteriores, a entidade encontrou, segundo Adriana, um programa ideal.

“O objetivo é conscientizar a população crônica sobre sua doença para que aprendam a tomar as providências necessárias de cuidado”, afirma Adriana.

O projeto Viver Melhor, da Axismed, apoiou-se em um aspecto determinante para o sucesso que se estende por mais de cinco anos: mudança de comportamento. De acordo com o diretor comercial da Axismed, Fabio Boihagian, os pacientes recebem uma série de orientações e treinamentos para estabelecimento de novos hábitos, com duração de um ano e meio.

Algumas das iniciativas e recomendações são: tirar a dúvida dos pacientes em relação à doença, promoção de autocontrole, adesão ao tratamento médico regular e às prescrições medicamentosas, entre outros.

“Depois do paciente participar do Viver Melhor, ele é direcionado para um programa de acompanhamento, para checar se as conquistas estão sendo mantidas”, explica Boihagian.

Segundo o executivo, a Axismed acompanha o tempo todo os indicadores clínicos e operacionais que demonstram se o paciente está aderindo ao programa. “Na medida que ele vai aderindo, ele passa a enviar os exames por fax ou e-mail”, conta.

A relação com a operadora se dá, segundo Boihagian, de forma harmoniosa. “As informações são compartilhadas. Além disso, primamos pela relação médico e paciente. Temos um canal para que os médicos tenham acesso às nossas informações e também tirar dúvidas”, diz.

Recentemente, a Axismed anunciou a implementação de um software, chamado e-Praxis, que se destaca por ter tecnologia de ponta, recursos especiais, integração com dispositivos móveis, banco de dados e ferramentas complementares e modulares, como Business Intelligence (BI) e Customer Relationship Management (CRM). Verena Souza - Saúde Business Web

Geap: Acesso a medicamentos

Parceria da GEAP com a LigMed garante descontos especiais em medicamentos.

A GEAP – Fundação de Seguridade Social criou o Programa de Acesso a Medicamentos para auxiliar tratamentos e oferecer alternativas para o assistido, visando à redução de custos com medicamento. O programa proporciona descontos para medicamentos genéricos a partir de 35% e para medicamentos de referência de 15%.

A assistida Cássia Oliveira já utilizou o convênio com a LigMed e conseguiu um bom desconto na compra de medicamento para a mãe. “Minha mãe faz uso continuado do ACTONEL 150 ml, que custa entre R\$ 149,00 e R\$ 170,00. Graças ao convênio, estamos adquirindo por R\$ 105,00. A GEAP está de parabéns pela parceria com a LigMed”, conta a assistida.

Na primeira compra, em caráter promocional, a entrega é grátis para Goiânia e Distrito Federal. Para as demais localidades do país, o desconto é de 50% do valor normal. As compras com peso superior a 300 gramas seguem a tabela de preços dos Correios para o Sedex. A entrega do medicamento varia de acordo com a localidade de destino, e segue as normas da empresa dos Correios/Sedex. O valor, a partir da segunda postagem, varia de acordo com cada estado.

A compra pode ser realizada pela Central de Atendimento (0800-728-8300), de segunda-feira à sexta-feira, das 8h às 20h, e aos sábados, das 8h às 13h. Outra alternativa é o portal da Fundação, pelo menu beneficiários. Ao clicar no link acesso a medicamentos, o assistido será direcionado para o site da Ligmed, onde efetuará a compra. As encomendas podem ser feitas a qualquer hora e o pagamento por meio de cartão de crédito ou em espécie, nas compras por telefone, e boleto bancário, cartão de crédito e débito em conta nas compras via internet.

Para efetuar a compra, o assistido precisa ter em mãos o Cartão de Identificação do Beneficiário, CPF e receita médica com o CRM do médico solicitante. O programa não cobre medicamentos controlados, que necessitam reter o receituário. (Geap)

Unafisco Saúde: Auxílio-saúde de dezembro

A administração do Unafisco Saúde depositou, na sexta-feira (6/1), nas contas-correntes dos Auditores-Fiscais ativos e aposentados, bem como dos pensionistas associados ao Plano, o auxílio-saúde da referência dezembro/11. Vale lembrar que fazem jus ao auxílio-saúde os Auditores-Fiscais titulares ativos e aposentados, pensionistas, cônjuges ou companheiros, filhos e enteados com até 24 anos de idade. Para estes últimos, após os 21 anos, o Ministério da Fazenda exige a comprovação de matrícula em instituição de ensino superior. A Diretoria do Plano alerta os beneficiários titulares, aposentados e pensionistas que verifiquem se os seus dependentes estão devidamente registrados em seu cadastro junto ao Ministério da Fazenda. Já para os ativos, a verificação deve ser feita junto à RFB (Receita Federal do Brasil). Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos pelo email faleconosco@unafiscosauade.org.br Este endereço de e-mail está protegido contra SpamBots. Você precisa ter o JavaScript habilitado para vê-lo. ou pelo telefone (61) 2103-5200. (Aline Matheus - Sindifisco)

Amil anuncia novos contratos

Operadora adquire mais de 6 mil clientes
 Empresa, que chegou ao estado pernambucano há dois anos, assinou contratos com o Sistema S (SESI, SENAI, IEL e FIEP), além do Fecomércio (SESC, SENAC e Instituições de saúde mais aptas aproveitam o boom de fusões e aquisições
 A Amil, operadora de saúde anunciou o fechamento de novos contratos em Pernambuco. A negociação resultou na aquisição de mais de 6 mil novos clientes para a companhia no estado. A empresa, que chegou ao estado pernambucano há dois anos, assinou contratos com o Sistema S (SESI, SENAI, IEL e FIEP), além do Fecomércio (SESC, SENAC e Fecomércio). Até o terceiro trimestre deste ano, a Amil teve uma receita acumulada de R\$ 6.753,5 milhões, uma alta de 17,2% comparada com 2010. Somente nos meses de julho, agosto e setembro, a empresa passou a atender cerca de 5,7 mil novos clientes. O balanço do terceiro trimestre da operadora também registrou um lucro líquido de R\$ 65,9 milhões – 66,4% acima do índice equivalente ao mesmo período do ano passado. A maior operadora do Brasil atende 5,7 milhões de beneficiários em oito estados brasileiros. (Saúde Business Web)

Cassi: Ouvidoria completa um ano

Hoje a Ouvidoria CASSI completa um ano de funcionamento. Nesse período, o serviço respondeu 95% das demandas em até cinco dias úteis e conseguiu solucionar 81% das solicitações enviadas por participantes e prestadores de serviços. O índice de resolubilidade só não é maior porque algumas reclamações não podem ser solucionadas de imediato, como nos casos em que há reclamação sobre a baixa oferta de prestadores na rede credenciada. Além de atuar para tentar reverter a insatisfação dos beneficiários e prestadores, a Ouvidoria CASSI lança mão do atendimento personalizado como uma forma de aproximar as pessoas do Plano. O pós-atendimento é feito por telefone, dias depois de a Ouvidoria ter enviado a resposta ao solicitante. O aposentado do Banco do Brasil, Roberto da Silva, recebeu a ligação da Ouvidoria dia 26 de outubro, cinco dias depois de ter seu problema resolvido. "A Ouvidoria foi muito eficiente na resolução do meu caso. Fiquei muito satisfeito com o serviço", comenta. Roberto recorreu ao canal para reclamar do reembolso não realizado pela CASSI quando ele teve de pagar pelos serviços de uma clínica não credenciada. Após a intermediação da Ouvidoria, o pagamento ao aposentado ocorreu em três dias. A Ouvidoria conta com a contribuição dos participantes no uso adequado do canal, que podem evitar, por exemplo, encaminhar solicitações para outras áreas/emails da Caixa de Assistência. Sempre que tiver uma reclamação que não foi respondida adequadamente no primeiro contato com a CASSI, o participante/prestador deve enviar seu pedido para a Ouvidoria, que possui os recursos e o conhecimento necessários para encontrar a melhor solução para o caso. Para os próximos anos, a CASSI espera contar com a confiança dos participantes e prestadores e continuar prestando um atendimento qualificado. "Se as pessoas nos procuram, é porque já tentaram resolver o problema e estão insatisfeitas. Vamos ouvi-las para oferecer soluções de forma atenciosa e personalizada. Queremos que saibam que podem contar com a Ouvidoria", destaca o gerente da Ouvidoria CASSI, Augusto Andrade. Como usar a Ouvidoria
 A Ouvidoria CASSI está disponível aos participantes, conselheiros de usuários, prestadores de serviços e visitantes no site www.cassi.com.br, link Fale com a CASSI, opção Ouvidoria CASSI. Para registrar a solicitação, é preciso informar o número do protocolo da reclamação enviada anteriormente à Caixa de Assistência (pelo contato eletrônico, Central CASSI – 0800 729 0080 ou Unidades). Já para enviar denúncias, não é necessário protocolo anterior. (Cassi)

Hapvida investe R\$ 28 milhões na BA

A Hapvida Saúde deve inaugurar até o final deste ano uma unidade especializada em ortopedia e fisioterapia na Pituba, em Salvador. O local também deve abrigar toda a área comercial e administrativa da empresa. Até março, o grupo inaugura uma unidade de pronto atendimento e ambulatório em Camaçari, além de abrir o terceiro andar do Hospital Teresa Lisieux, na Avenida ACM, passando a contar com 200 leitos para internação. Ao todo, foram investidos R\$ 28 milhões na ampliação dos serviços ao longo de 2011. O grupo, que está presente em 11 estados do Norte e Nordeste e conta com um milhão de usuários, planeja focar as ações de 2012 na ampliação da carteira de clientes. Para Salvador e RMS, a meta é passar de 75 mil a 180 mil usuários, frisa o superintendente regional, Gelson Milano, descartando novas aquisições de carteiras a curto prazo. A primeira e única compra se deu no ano passado, quando a Hapvida assumiu a carteira com 35 mil usuários do Santa Saúde, da Santa Casa de Misericórdia da Bahia. "Vamos crescer diretamente, através da venda de planos de saúde", garante o executivo. (Sara Barnuevo - Tribuna da Bahia)

Unimed Rio: P.A de emergência em Copacabana

Rio - Estrutura visa oferecer estrutura para atendimentos de urgências e emergências, nas especialidades de clínica médica, pediatria e ortopedia

Até o final deste mês, o bairro de Copacabana, um dos mais populosos da Zona Sul do Rio de Janeiro, receberá o segundo Pronto Atendimento (PA) da Unimed-Rio. De acordo com a cooperativa, unidade oferecerá uma estrutura para atendimentos de urgências e emergências, nas especialidades de clínica médica, pediatria e ortopedia.

Segundo a Unimed, sua equipe será formada por 250 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos e assistentes, criteriosamente selecionados com o objetivo para oferecer ao cliente uma medicina humana e eficiente.

A unidade, que ocupa uma área de 2,4 mil metros quadrados com cinco pavimentos, está preparada para manter os pacientes em observação clínica de 12 horas e, quando necessário, encaminhá-los a um hospital da rede credenciada. Também poderão ser realizados, no próprio P.A, exames de apoio diagnóstico, laboratoriais, raio-X, ultrassom, tomografia computadorizada, entre outros.

Diante dos desafios impostos pelo mercado de saúde suplementar e com o objetivo de oferecer um atendimento de qualidade a seus clientes, controlando melhor os gastos com internações e exames, a Unimed-Rio iniciou o seu processo de verticalização em 2010. O PA de Copacabana será a terceira unidade da rede própria a entrar em funcionamento e a segunda a ser inaugurada em 2011.

De acordo com o superintendente geral da Unimed-Rio, a cooperativa optou por estabelecer um sistema integrado de atenção à saúde. E ressalta que a unidade projetada com as unidades de Pronto Atendimento, os serviços de promoção e prevenção à saúde e a estrutura hospitalar, integrados por linguagem única através da utilização de prontuário eletrônico, prometem um modelo focado em um forte acolhimento aos nossos clientes. (Saúde Business Web)

Bradesco Saúde: Prêmio Hospital Best 2011

A Bradesco Saúde será destaque da cerimônia de entrega do Prêmio Hospital Best 2011, hoje, em São Paulo. A empresa receberá dois troféus especiais nas categorias "Seguradora de Saúde do Ano" (quinta vez consecutiva) e "Plano de Saúde do Ano" (terceira vez consecutiva)

A premiação, organizada pela Associação Brasileira de Marketing em Saúde (ABMS) e a Editora Exímia Comunicação (responsável pela publicação da Revista SaúdeBest), leva em conta a apuração da pesquisa anual de preferências realizada no âmbito do mercado hospitalar brasileiro, de junho a outubro de 2011. (Fenaseg)

Fleury: Líder das empresas consideradas hospitaleiras

Tratamento diferenciado, preocupação com os clientes, com o acolhimento e com pequenos detalhes foram as justificativas dos entrevistados

Pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Hospitalidade Empresarial (IBHE) aponta, pelo terceiro ano consecutivo, o Grupo Fleury como o mais citado no ranking das empresas consideradas hospitaleiras. Tratamento diferenciado, preocupação com os clientes, com o acolhimento e com pequenos detalhes foram as justificativas dos entrevistados.

O objetivo da pesquisa sobre "Hospitalidade Empresarial" é verificar no mercado brasileiro a percepção dos profissionais a respeito do tema. Além do Fleury, citado por 25% dos entrevistados, o Hospital Israelita Albert Einstein também foi destaque pelo atendimento diferenciado prestado nos diferentes canais, ocupando a quarta posição na lista, empatado com as empresas Natura, Pão de Açúcar e Porto Seguro. Em segundo e terceiro lugar, aparecem TAM e Unilever.

Na opinião dos entrevistados, a hospitalidade é composta por premissas básicas como bom atendimento, a cordialidade e o cumprimento de prazos, contudo o relacionamento empresa/paciente faz toda a diferença. "A empresa que consegue criar um ambiente hospitaleiro tem maiores chances de ser bem sucedida nas suas atividades em função do "vínculo" de confiança, gentileza, atenção, cortesia que se cria", explica a diretora do IBHE, Beatriz Cullen.

No segmento saúde, o acolhimento/aconchego foi o atributo preponderante, onde o calor humano nos momentos de dor ou fraqueza faz a hospitalidade diminuir o sofrimento de pacientes e seus familiares. "Para criar um ambiente hospitaleiro, a experiência com a empresa deve ser marcante, mas não precisa ser nada grandioso: basta ser fácil de ser percebido e simples de ser sentido", comenta Beatriz. "Falar de hospitalidade é falar de relacionamento, de um conjunto de valores como cuidado, gentileza e acolhimento que servem de referência para as boas relações sociais. É preciso encantar, surpreender, e ser hospitaleira em todas as áreas e pontos de contato", argumenta.

Para os entrevistados, a melhoria das empresas está diretamente ligada à melhoria das relações humanas, entre todos os envolvidos (clientes, fornecedores, colaboradores e comunidade). Para 36%, a boa relação com o cliente é o que mais ajuda. Depois da melhora no relacionamento, a contribuição que a hospitalidade oferece na fidelização do cliente também mereceu destaque, com 25% das escolhas. Entre outros pontos abordados pelos respondentes, destacam-se a promoção da melhoria no relacionamento interno, a clareza e facilidade de processos e fluxos de informações, assim como o aumento de vendas e de lucratividade.

A pesquisa mostra, também, que 78% dos entrevistados garantem que já se relacionaram (ou se relacionam) com uma empresa hospitaleira. Todos os respondentes acreditam que a hospitalidade pode ser inserida numa empresa, principalmente através de mudanças no processos que permeiam a organização. O treinamento e os exemplos da alta administração também vão promover as mudanças. "A forma como percebemos uma empresa, ou seja, a experiência que vivemos com ela, é marcante no processo decisório de aquisição de um serviço/produto e é por isso que a hospitalidade empresarial já é considerada um fator de competitividade. A conquista desse diferencial ocorrerá, sem sombra de dúvida, por meio das pessoas", afirma Beatriz.

A pesquisa contou com a participação de mais de 400 respondentes, sendo 73% do sexo feminino, que ocupam cargos de gerente (27%), diretor/superintendente (16%), coordenador (16%) e analista/assistente (16%), entre outros cargos. Para a maioria dos entrevistados, quando perguntados sobre o que melhor caracteriza a hospitalidade empresarial, respeito e confiança aparecem no topo da lista, com 34% e 23%, respectivamente, seguidos por Acolhimento (19%), Gentileza (10%), Atenção (8%), Bem-estar (4%) e Cumplicidade (3%). A pesquisa foi realizada por meio de questionário eletrônico. (Saúde Business Web)

SulAmérica Saúde: Boas práticas de gestão

Pesquisa feita pela IT Mídia apontou a SulAmérica Saúde, entre as empresas do setor de saúde suplementar, como destaque na adoção de boas práticas de gestão na sua operação. “Ficamos muito felizes com o reconhecimento. Temos feito um trabalho contínuo de aperfeiçoamento de processos, buscando sempre as melhores soluções para auxiliar tanto a companhia como os prestadores médicos parceiros nos processos diários. Sermos apontados por estes mesmos profissionais como uma empresa que adota uma boa gestão é sinal de que estamos no caminho certo”, destaca o vice-presidente de Saúde e Odontológico da SulAmérica, Gabriel Portella.

O levantamento foi divulgado no anuário Referência da Saúde, que visa retratar o grau de maturidade da gestão de negócios entre as instituições prestadoras de serviço e as fontes pagadoras (hospitais, operadoras, medicina diagnóstica e home care).

A SulAmérica atende a um universo de 2,3 milhões de segurados na carteira de seguro saúde e odontológico. Entre os diferenciais da companhia está o Saúde Ativa, programa que atua na prevenção e no controle dos fatores de risco, além do acompanhamento dos casos de doenças crônicas. Mais de 500 empresas e cerca de 110 mil segurados já passaram pelo programa. (Fenaseg)

Fleury lança aplicativo para iPhone

Objetivo facilitar o acesso aos resultados de exames através do dispositivo móvel conectado à internet

Tendência

Instituições de saúde mais aptas aproveitam o boom de fusões e aquisições O Grupo Fleury lança um novo aplicativo gratuito para iPhone voltado para clientes e médicos. O App Fleury Medicina e Saúde tem como objetivo facilitar o acesso aos resultados de exames através do dispositivo móvel conectado à internet.

Com a ferramenta, também será possível ter acesso às orientações para realização de exames, busca de unidades, lista de exames oferecidos, notícias sobre a companhia, além de podcasts para médicos e clientes.

Detentor das marcas Fleury Medicina e Saúde, Campana Medicina Diagnóstica, Laboratório Weinmann e A+ Medicina Diagnóstica, o Grupo Fleury possui 140 unidades de atendimento em todo o Brasil. O aplicativo pode ser encontrado na loja do iTunes. (Saúde Business Web)

Unafisco Saúde: Auxílio-saúde

Plano deposita auxílio-saúde de novembro

O auxílio-saúde referente ao mês de novembro foi depositado, na última sexta-feira (9/12), nas contas-correntes dos Auditores-Fiscais ativos e aposentados, bem como dos pensionistas associados ao Plano Unafisco Saúde. A informação é da administração do Plano.

Vale lembrar que fazem jus ao auxílio-saúde os Auditores-Fiscais titulares ativos e aposentados, pensionistas, cônjuges ou companheiros, filhos e enteados com até 24 anos de idade. Para esses últimos, após os 21 anos, o Ministério da Fazenda exige a comprovação de matrícula em instituição de ensino superior.

A Diretoria do Plano alerta aos beneficiários titulares, aposentados e pensionistas, que verifiquem se os seus dependentes estão devidamente registrados em seu cadastro junto ao Ministério da Fazenda. Já para os ativos, a verificação deve ser feita junto à RFB (Receita Federal do Brasil).

Esclarecimentos adicionais podem ser obtidos pelo e-mail faleconosco@unafiscosaude.org.br Este endereço de e-mail está protegido contra SpamBots. Você precisa ter o JavaScript habilitado para vê-lo. ou pelo telefone (61) 2103-5200.

(Vândia Ribeiro - Sindifisco)

Ideal Care: Mais admirada e referência em saúde

Nos últimos três meses duas pesquisas apontaram a opinião do mercado de saúde sobre os prestadores de serviços de Home Care. A primeira delas, realizada pelo site Conexão, trouxe a pesquisa Empresas mais admiradas em Home Care, a segunda, elaborada pelo IT Mídia, apontou as empresas referências em saúde.

No cenário de diferentes estudos desenvolvidos para o mercado de Home Care já é possível constatar quais são os prestadores que se destacam no contexto da assistência domiciliar. Esse é o caso do Grupo Ideal Care que no primeiro estudo ocupa a 3ª colocação entre as empresas mais admiradas no município de São Paulo, e no estudo do IT Mídia foi consagrado como empresa referência em saúde.

Nos diferentes aspectos avaliados pelo site Conexão, o da eficácia e da agilidade na desospitalização são imprescindíveis para as operadoras de saúde. E exatamente nesses quesitos o Grupo Ideal Care ocupou 1ª e 2ª colocações, demonstrando efetiva sintonia da empresa no atendimento das necessidades e expectativas dos clientes.

Já o estudo do IT Mídia, trouxe à avaliação temas como: profissionalização da gestão, investimento em tecnologia e padronização dos procedimentos. Enquanto no mercado apenas 20% dos respondentes estão em processo de adquirir um tipo de acreditação, o Grupo Ideal Care só em 2011, investiu R\$ 150 mil na implementação do Modelo de Excelência da Gestão® da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), única no setor a implementar este modelo.

Isso faz do Grupo Ideal Care a única empresa mais admirada em Home Care e referência em saúde, ao mesmo tempo.

“Estamos construindo a cada passo, uma empresa melhor para se fazer este nobre trabalho de cuidar de pacientes”, comentou o presidente do Grupo, Joaldomar Almeida. Fonte: <http://grupoidealcare.blogspot.com/> (AssPreviSite)

Cassi: Ouvidoria completa um ano de funcionamento

Na próxima quinta-feira, 15 de dezembro, a Ouvidoria CASSI completa um ano de funcionamento. Nesse período, o serviço respondeu 95% das demandas em até cinco dias úteis e conseguiu solucionar 81% das solicitações enviadas por participantes e prestadores de serviços. O índice de resolubilidade só não é maior porque algumas reclamações não podem ser solucionadas de imediato, como nos casos em que há reclamação sobre a baixa oferta de prestadores na rede credenciada.

Além de atuar para tentar reverter a insatisfação dos beneficiários e prestadores, a Ouvidoria CASSI lança mão do

atendimento personalizado como uma forma de aproximar as pessoas do Plano. O pós-atendimento é feito por telefone, dias depois de a Ouvidoria ter enviado a resposta ao solicitante.

O aposentado do Banco do Brasil, Roberto da Silva, recebeu a ligação da Ouvidoria dia 26 de outubro, cinco dias depois de ter seu problema resolvido. "A Ouvidoria foi muito eficiente na resolução do meu caso. Fiquei muito satisfeito com o serviço", comenta. Roberto recorreu ao canal para reclamar do reembolso não realizado pela CASSI quando ele teve de pagar pelos serviços de uma clínica não credenciada. Após a intermediação da Ouvidoria, o pagamento ao aposentado ocorreu em três dias.

A Ouvidoria conta com a contribuição dos participantes no uso adequado do canal, que podem evitar, por exemplo, encaminhar solicitações para outras áreas/emails da Caixa de Assistência. Sempre que tiver uma reclamação que não foi respondida adequadamente no primeiro contato com a CASSI, o participante/prestador deve enviar seu pedido para a Ouvidoria, que possui os recursos e o conhecimento necessários para encontrar a melhor solução para o caso.

Para os próximos anos, a CASSI espera contar com a confiança dos participantes e prestadores e continuar prestando um atendimento qualificado. "Se as pessoas nos procuram, é porque já tentaram resolver o problema e estão insatisfeitas. Vamos ouvi-las para oferecer soluções de forma atenciosa e personalizada. Queremos que saibam que podem contar com a Ouvidoria", destaca o gerente da Ouvidoria CASSI, Augusto Andrade.

Como usar a Ouvidoria

A Ouvidoria CASSI está disponível aos participantes, conselheiros de usuários, prestadores de serviços e visitantes no site www.cassi.com.br, link Fale com a CASSI, opção Ouvidoria CASSI. Para registrar a solicitação, é preciso informar o número do protocolo da reclamação enviada anteriormente à Caixa de Assistência (pelo contato eletrônico, Central CASSI – 0800 729 0080 ou Unidades). Já para enviar denúncias, não é necessário protocolo anterior.

Para contato com a Ouvidoria CASSI acesse o link:

<https://servicosonline.cassi.com.br/site/servicosonline2/ouvidoria/ouvidoria.aspx> (Cassi)

Unimed-Rio: Atendimento de emergência em Copacabana

Unidade é a segunda da rede própria da Cooperativa a entrar em funcionamento em 2011.

Até o final deste mês, o bairro de Copacabana, um dos mais populosos da Zona Sul do Rio de Janeiro, receberá o segundo Pronto Atendimento (PA) da Unimed-Rio. Localizado na Rua Siqueira Campos 70, a unidade oferecerá uma moderna estrutura para atendimentos de urgências e emergências, nas especialidades de clínica médica, pediatria e ortopedia, tornando-se a melhor alternativa para o cliente da Cooperativa na região.

Sua equipe será formada por 250 profissionais, entre médicos, enfermeiros, técnicos e assistentes, criteriosamente selecionados para oferecer ao cliente Unimed-Rio uma medicina humana e eficiente. A unidade, que ocupa uma área de 2,4 mil metros quadrados com cinco pavimentos, está preparada para manter os pacientes em observação clínica de 12 horas e, quando necessário, encaminhá-los a um hospital da rede credenciada. Também poderão ser realizados, no próprio P.A., exames de apoio diagnóstico, laboratoriais, raio-X, ultrassom, tomografia computadorizada, entre outros.

Diante dos desafios impostos pelo mercado de saúde suplementar e com o objetivo de oferecer um atendimento de qualidade a seus clientes, controlando melhor os gastos com internações e exames, a Unimed-Rio iniciou o seu processo de verticalização em 2010. O PA de Copacabana será a terceira unidade da rede própria a entrar em funcionamento e a segunda a ser inaugurada em 2011.

"A Unimed Rio optou por estabelecer um sistema integrado de atenção à saúde. A estrutura projetada com as unidades de Pronto Atendimento, os serviços de promoção e prevenção à saúde e a estrutura hospitalar, integrados por linguagem única através da utilização de prontuário eletrônico, prometem um modelo focado em um forte acolhimento aos nossos clientes. Tudo isso suportado por altos níveis de segurança no atendimento em decorrência do compartilhamento da informação online", afirma Walter César, superintendente geral da Unimed-Rio Empreendimentos.

Além do PA de Copacabana e o PA da Barra da Tijuca, que abriu as portas em outubro de 2010, a operadora conta com o Espaço Para Viver Melhor (EPVM), em Botafogo. O projeto inovador no mercado de saúde suplementar foi inaugurado em agosto deste ano e oferece atividades de prevenção e gestão de saúde aos clientes da empresa. Para 2012, mais duas unidades estão previstas: o PA da Tijuca e o Hospital da Unimed-Rio, empreendimento com 225 leitos que está sendo construído na Barra da Tijuca.

Mas a Unimed-Rio não foca seus esforços apenas na construção de sua rede própria. Preocupada em oferecer o melhor atendimento possível aos seus clientes, a operadora não esquece da importância de seu corpo clínico. Por isso, é a empresa de saúde carioca com melhor remuneração aos médicos.

"Acreditamos que além da tecnologia e da gestão, a qualidade do corpo clínico que compõe estas unidades constitui-se em importante fator para o êxito do projeto. Neste sentido, a Unimed-Rio, dentro de sua missão de valorização do trabalho médico, vem buscando profissionais de excelente nível e com remuneração adequada para compor seu corpo clínico", completa Walter César.

Sobre a Unimed-Rio : É uma cooperativa de médicos com mais de 830 mil clientes, o que a faz líder do mercado de planos de saúde do Rio de Janeiro. Criada e dirigida por médicos e nascida do desejo de melhores condições para a prática da medicina, tem por objetivo assegurar nível de excelência para o maior número possível de pessoas.

Para cuidar bem de tantas vidas, conta com 5.260 médicos cooperados, sócios da empresa, em quase 50 especialidades, distribuídos por todas as regiões do município. Nacionalmente, o Sistema Unimed atende a 37% de todos os possuidores de planos no Brasil. (Fator Brasil)

PrimaVida: Pronta para crescer

A assistência odontológica é a bola da vez do mercado e a PrimaVida está pronta para aproveitar essa janela de oportunidade. A afirmação é do presidente da PrimaVida Planos Odontológicos, Kleber Bernardes, que aponta como um dos principais diferenciais em comparação com a concorrência o fato de a PrimaVida ser uma empresa cuja diretoria é formada por dentistas e especialistas em gestão odontológica e que, por isso mesmo, já nasceu com 40 anos de experiência.

O fato de contar com uma estrutura flexível e sem burocracia também permite a oferta de planos adaptáveis às

necessidades de cada cliente. Essa característica foi fundamental para que a PrimaVida conquistasse recentemente o direito de ser a única empresa do ramo de assistência odontológica consignatária do Governo do Rio de Janeiro, atendendo aos servidores do estado com planos completos, a partir de R\$ 16,50 mensais. “Qualquer servidor pode aderir e o plano é extensivo a familiares e agregados”, explica o executivo.

Para Kleber Bernardes, outro ponto favorável para a empresa é o foco de atuação na comercialização de planos odontológicos voltados para grupos empresariais. Esse fator torna-se fundamental neste momento em que há um forte aquecimento das vendas para empresas de diferentes portes que almejam oferecer benefícios visando a manter a sua mão de obra. “Há uma escassez de mão de obra qualificada e os planos de assistência odontológica estão entre os benefícios mais desejados pelos trabalhadores”, observa o presidente da PrimaVida.

Atuando em todo o território nacional, a PrimaVida vem conquistando seu espaço com a prestação de serviços de primeira qualidade, respeitando as diferentes necessidades de cada cliente. Nesse sentido, no Rio de Janeiro, por exemplo, a empresa possui mais de 120 clínicas exclusivas, que atendem a todas especialidades. Em termos nacionais, são mais de quatro mil clínicas e dentistas credenciados.

Para manter o nível desse atendimento, a PrimaVida investe constantemente na atualização profissional dos seus dentistas, que seguem um rigoroso padrão de qualidade.

Além disso, preocupada com a qualidade de serviços prestados a seus clientes e colaboradores, a PrimaVida possui uma central de atendimento treinada e comprometida, apta a responder com agilidade, traçando uma relação de companheirismo e parceria.

Projetando figurar entre as líderes do setor em até cinco anos, a empresa aposta também no bom relacionamento com os corretores de seguros e prestadores de serviços. Assim, o cadastramento tanto de corretores (pessoas jurídicas) quanto de prestadores, especialmente dentistas, pode ser feito diretamente no site da PrimaVida (www.primavida.com.br).

Kleber Bernardes acredita que o potencial de crescimento do setor é enorme, principalmente porque o total de pessoas que contam com um plano de assistência odontológica – aproximadamente 13 milhões – é bem inferior ao universo dos que possuem um seguro ou plano de saúde (45 milhões).

Para ele, talvez falte uma divulgação um pouco maior desse segmento. Outro gargalo é o pouco interesse do corretor em explorar esse nicho de mercado. “O corretor precisa entender que, embora os preços médios dos planos sejam bem reduzidos, é possível ter uma boa remuneração. Além disso, a comercialização de um plano de assistência odontológica pode abrir as portas para novos negócios para a carteira do corretor”, conclui. (Seguros dia-a-dia)

Home Doctor é referência em saúde

Novo estudo lançado pela IT Mídia, identificou a Home Doctor como uma das referências no setor de home care. Promovido pela IT Mídia, o “Referências em Saúde” contemplou os segmentos de Laboratórios, Operadoras de Saúde, Hospitais e Home Care.

O lançamento retrata o grau de maturidade da gestão dos negócios entre as instituições prestadoras de serviços e fontes pagadoras;

Foram agraciadas 26 instituições de saúde, que foram homenageadas por suas práticas de gestão relacionadas a aspectos como marketing e vendas, pessoas, finanças, tecnologia e governança corporativa.

A Home Doctor foi agraciada como Referência em Saúde na área de Home Care.

“Há 17 anos no mercado, a Home Doctor se orgulha de mais uma vez ser reconhecida pelo setor e se empenha em continuar sendo uma das melhores empresas de home care do país”, afirma Dr. José Eduardo Ramão, sócio-diretor. (AssPreviSite)

Metrus: Carteiras de saúde ecologicamente corretas

Todos os empregados da Companhia do Metropolitano de São Paulo – Metrô, e seus familiares, beneficiários dos planos de saúde administrados pelo fundo de pensão da empresa, o Metrus, estão participando de um projeto pioneiro de reciclagem dos cartões de identificação de seus planos, que eram produzidos em PVC até o início deste ano.

Trata-se de um universo superior a 30 mil pessoas atendidas por mais de 9 mil recursos médicos credenciados pelo Metrus Saúde, espalhados na Capital, Interior e Litoral do Estado de São Paulo. A iniciativa do Metrus, fundo de pensão do Metrô paulista, responsável pela administração do plano de saúde no modelo de autogestão, sem fins lucrativos, é pioneira entre os planos e sensibilizou os beneficiários que depositam nas urnas instaladas nas estações da empresa e do Instituto, suas carteiras de identificação vencidas.

As novas identificações para todos os usuários foram produzidas em PVC reciclado, com vencimento no final de 2012. (Metrus/AssPreviSite)

Cassi: Guia Rápido com serviços do Plano

Os associados à CASSI contam agora com uma nova forma para esclarecer dúvidas sobre o uso do Plano e saber detalhes sobre os serviços de saúde com maior agilidade. O Guia Rápido CASSI acaba de ser lançado e reúne também informações sobre programas voltados à prevenção e ao acompanhamento de doenças que mais afetam os participantes e dicas sobre como os associados podem usar melhor o Plano.

A cartilha eletrônica tem uma navegação simples, está organizada de forma a facilitar a localização dos assuntos mais procurados pelos associados, sem que você tenha que ligar para a Central CASSI (0800 729 0080) ou procurar os conteúdos separadamente pelo site.

O Guia Rápido CASSI é acessado pelo endereço www.cassi.com.br/cartilha. Também está disponível na página Associados do site. Na cartilha há ainda os direitos e os deveres de cada associado, para preservar a qualidade dos serviços e a sustentabilidade da CASSI. (Cassi)

Unimed/JP: Campanha de combate ao tabagismo

João Pessoa (PB) - Uma pessoa que fuma 20 cigarros por dia tem 98% de células propensas ao câncer. Além disso, o

cigarro é responsável por 30% dos casos de infarto do miocárdio, 85% das doenças pulmonares e a cada 100 casos diagnosticados de câncer no pulmão, 90 estão relacionados ao consumo do tabaco.

Mesmo diante dos males provocados pelo fumo, aparecem cerca de cinco milhões de novos fumantes todos os anos no mundo.

Na Paraíba, os números não são diferentes. O Estado é considerado o terceiro em número percentual de fumantes. Só perde para o Acre e o Rio Grande do Sul. São 550 mil fumantes e o cigarro é responsável por 2,5 mil mortes por ano só no Estado.

Para alertar sobre os malefícios do cigarro à saúde, a Unimed JP juntamente com a Associação Médica da Paraíba e a Sociedade de Pneumologia da Paraíba estão promovendo a campanha "Brasil sem cigarro - A Paraíba apóia".

AÇÕES

A campanha, coordenada pelo pneumologista Sebastião Oliveira Costa, promoverá atividades com o objetivo de reduzir o número de fumantes na Paraíba.

No dia 12 deste mês, será realizado o seminário "Ajudando o Fumante a Largar o Cigarro", no auditório da Associação Médica da Paraíba, das 14h às 18h. Uma equipe multiprofissional, formado por médico, psicólogo e nutricionista ministrará palestras durante o evento, por meio de uma abordagem cognitivo-comportamental.

Qualquer fumante pode participar do seminário. A inscrição é gratuita e pode ser realizada pelos telefones 3221-2877 e 8802-3242.

A outra atividade da campanha é um passeio ciclístico no dia 18 deste mês. A concentração do passeio será na lagoa do Parque Sólon de Lucena, no Centro de João Pessoa, às 8 horas da manhã. Os ciclistas seguirão pela Avenida Epitácio Pessoa em direção ao Busto de Tamandaré. Qualquer pessoa pode participar da atividade. (Portal Correio)

Cassi: Novas instalações da CliniCASSI Copacabana

Primeiro Serviço Próprio da CASSI no País passou por reformas para aprimorar atendimento

Mais de 90 pessoas participaram da inauguração das novas instalações da CliniCASSI Copacabana, no Rio de Janeiro, dia 25 de novembro. Este foi o primeiro Serviço próprio da CASSI no País, criado há 13 anos. O prédio foi reformado para aprimorar o atendimento, que foi retomado no local dia 28.

As diretoras da CASSI Graça Machado e Denise Vianna, o presidente do Conselho Deliberativo, Ruy Roosevelt, o coordenador do Conselho de Usuários do Rio de Janeiro, Mario Engelke, o diretor da Previ, Vitor Paulo, e o gerente da Unidade CASSI RJ, Paulo Muradas, prestigiaram o evento. A inauguração contou ainda com representantes do Banco do Brasil, membros do Conselho de Usuários fluminense, participantes cadastrados em Copacabana e colaboradores da Caixa de Assistência.

A participante mais idosa vinculada à CliniCASSI Copacabana, Carmen Fonseca, 99 anos, foi homenageada. Ela recebeu uma placa comemorativa, entregue pelo gerente da Unidade RJ. "Me sinto lisonjeada e emocionada por participar deste momento", disse Carmen.

A diretora Denise Vianna ressaltou que, agora, os participantes de Copacabana passaram a ter "instalações dignas de um serviço prestado pela CASSI". A diretora Graça Machado ressaltou a importância dos serviços próprios oferecidos em Copacabana e de como os participantes acreditam no trabalho desenvolvido pela equipe multiprofissional.

O prédio foi redimensionado para oferecer maior conforto aos participantes. A CliniCASSI Copacabana conta com cinco consultórios, sala multiuso, recepção e copa mais amplas e banheiros adaptados a pessoas com deficiência física. O atendimento conta com duas equipes formadas por médicos de família, enfermeira, médicos de PA, técnicos de enfermagem, psicóloga, assistente e auxiliares administrativos, sob a gerência de Raquel Haddad. (Cassi)

Geap: Campanha de combate ao câncer

No dia 27 de novembro é celebrado o Dia Nacional de Combate ao Câncer. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer - INCA, a data foi criada em 1988 visando ampliar o conhecimento da população sobre o tratamento e, principalmente, a prevenção da doença.

A GEAP vem celebrando o Dia Nacional de Combate ao Câncer por meio da realização de campanhas voltadas para o público interno e externo, com enfoque para o câncer de colo do útero, mama, próstata e pulmão, conscientizando e engajando a todos na luta contra a doença.

Câncer é um termo genérico utilizado para um grande número de doenças, caracterizadas por alterações dos genes responsáveis pela regulação, crescimento e amadurecimento das células do organismo. Apesar de ser desenvolvida por disfunções genéticas, as possibilidades de incidência de câncer podem ser reduzidas com a detecção precoce da doença e/ou mudanças de estilo de vida, como, por exemplo, parar de fumar, evitar o abuso excessivo de álcool, evitar exposição ao sol em horários inapropriados, realizar atividades físicas, entre outras.

O câncer de pulmão não escolhe sexo é o mais comum de todos os tumores malignos. Já o câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. O câncer de colo do útero é o segundo mais frequente entre as mulheres e o terceiro que mais mata no Brasil. O câncer de próstata é o segundo câncer mais comum entre os homens e faz, em média, 12 mil vítimas por ano.

Os tratamentos mais utilizados contra a doença são: cirurgia, radioterapia, medicação, quimioterapia, imunoterapia e outros. Por esse motivo, consulte o médico e realize exames regularmente para um diagnóstico precoce da doença.

(Geap)

Fleury: R\$135 mi em reformas e novas unidades

Companhia quer dobrar sua musculatura até o final de 2012 com a abertura de novas unidades e reformas das já existentes; investimentos serão distribuídos entre todas as bandeiras

Laboratórios lucram com mudanças no processo Ao longo deste ano, Omar Hauache, presidente do Grupo Fleury, ocupou muitas de suas horas de trabalho definindo os detalhes do plano de expansão da companhia, uma das principais apostas da empresa atualmente.

O projeto consumiu, apenas em 2011, R\$ 135 milhões em inaugurações e reformas de unidades de atendimento das bandeiras a+, Fleury, Campana e Weinmann.

Ao que tudo indica, no próximo ano o grupo deverá, no mínimo, repetir o volume aportado nesse processo de ganho de musculatura.

“O projeto está em andamento desde o ano passado, mas ganhou velocidade em 2011?”, disse Hauache em entrevista ao Brasil Econômico.

“É cedo para garantir o volume que será aportado em 2012, mas a expansão continuará e a cifra aplicada neste ano pode ser considerada como um indicador para o próximo”, diz.

Como resultado do trabalho já feito, a companhia chegará ao fim do mês de dezembro com uma rede de aproximadamente 193 unidades espalhadas pelo país. Há um ano, eram 140. Entre as novas unidades, se destacou a bandeira a+, com seis inaugurações no Rio de Janeiro, Bahia e Pernambuco.

Mas um indicador mais importante que o número de laboratórios, diz Hauache, é a soma das extensões das unidades. No total, o grupo chega ao fim deste ano com 70 mil metros quadrados de laboratórios em funcionamento ante os 54,5 mil metros quadrados vistos há um ano.

A companhia quer chegar ao fim de 2012 com 110 mil metros quadrados de extensão, o dobro do tamanho de dezembro do ano passado.

Embora pareça apenas numeralha, o aumento das áreas de atendimento revela um passo importante da estratégia do grupo.

“A metragem é mais importante do que a quantidade de unidades porque mede melhor o espaço físico que estamos ganhando”, diz o executivo

“Em Alphaville, por exemplo, já havia um Fleury. Mas a nova unidade, que vai ser inaugurada na segunda quinzena de dezembro, será seis vezes maior que a anterior”.

Assim, essa unidade, que será a segunda maior do grupo no país, ampliará a oferta de serviços, entre eles, na área de exames de imagens.

Hauache diz que hoje apenas 37% da receita é proveniente de exames de imagens. Os outros 63% vem de exames de análises clínicas.

“O objetivo é tornar essa proporção equilibrada 50% a 50%”, afirma. Com a aquisição da Labs D’Or, no ano passado, a mudança no mix começou a acontecer, visto que a rede adquirida tem atuação forte em imagens.

Além do crescimento orgânico, o grupo também considera crescer por meio de aquisições. Capitais onde há um milhão de vidas cobertas por planos de saúde são o alvo da companhia.

“Belo Horizonte é um exemplo de mercado onde ainda não atuamos. Estamos estudando novos mercados”, diz (Saúde Business Web)

Geap: Campanha de Combate ao Câncer

No dia 27 de novembro é celebrado o Dia Nacional de Combate ao Câncer. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer – INCA, a data foi criada em 1988 visando ampliar o conhecimento da população sobre o tratamento e, principalmente, a prevenção da doença.

A GEAP vem celebrando o Dia Nacional de Combate ao Câncer por meio da realização de campanhas voltadas para o público interno e externo, com enfoque para o câncer de colo do útero, mama, próstata e pulmão, conscientizando e engajando a todos na luta contra a doença.

Câncer é um termo genérico utilizado para um grande número de doenças, caracterizadas por alterações dos genes responsáveis pela regulação, crescimento e amadurecimento das células do organismo. Apesar de ser desenvolvida por disfunções genéticas, as possibilidades de incidência de câncer podem ser reduzidas com a detecção precoce da doença e/ou mudanças de estilo de vida, como, por exemplo, parar de fumar, evitar o abuso excessivo de álcool, evitar exposição ao sol em horários inapropriados, realizar atividades físicas, entre outras.

O câncer de pulmão não escolhe sexo é o mais comum de todos os tumores malignos. Já o câncer de mama é o segundo mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. O câncer de colo do útero é o segundo mais frequente entre as mulheres e o terceiro que mais mata no Brasil. O câncer de próstata é o segundo câncer mais comum entre os homens e faz, em média, 12 mil vítimas por ano.

Os tratamentos mais utilizados contra a doença são: cirurgia, radioterapia e medicação, tais como a quimioterapia, imunoterapia e outros.

Por esse motivo, consulte o médico e realize exames regularmente para um diagnóstico precoce da doença.

(Geap/AssPreviSite)

Metrus: O recurso que você procura está no site

Diariamente a equipe técnica do Metrus Saúde atualiza a relação de credenciados do site www.metrus.org.br. Com isso, todos os participantes têm a garantia de que ao buscarem um recurso credenciado em sua região encontrarão listados online os nomes e endereços mais atualizados.

Da mesma forma, os novos recursos, tão logo o credenciamento é concluído passam a figurar na lista e, os que foram descredenciados são excluídos imediatamente.

Os dados contidos no Orientador Metrus Saúde, o livro de recursos credenciados, ficam rapidamente desatualizados, já que as mudanças nos dados cadastrais são constantes.

Por isso, lembre-se: consulte sempre a Relação de Credenciados na área de Saúde do site do Metrus antes de marcar alguma consulta ou procedimento.

Seja também nosso parceiro: os dados são atualizados de acordo com o que os credenciados informam. Se você souber de alguma alteração cadastral (endereço, telefone etc) ou se perceber alguma incorreção nos dados no site, entre em contato com a Central de Relacionamento pelo 0800 16 05 98 ou atendimento@metrus.org.br (Metrus/AssPreviSite)

Unimed Paraná: Possível descredenciamento de médicos

Médicos aguardam resposta da Unimed para decidir sobre descredenciamento

Cirurgiões cardiovasculares não abrem mão de que um possível acordo seja estendido para todas as Unimed do estado e não apenas para Curitiba

Os cirurgiões cardiovasculares que atendem pela Unimed no Paraná aguardam uma proposta da Unimed Curitiba para decidirem sobre um possível descredenciamento em massa da operadora. Os médicos devem se reunir na semana que vem para analisar a resposta da Unimed Curitiba para a contraproposta que eles apresentaram na segunda-feira (28).

Para o presidente da Cooperativa dos Cirurgiões Cardiovasculares do Paraná (Coopcardio-PR), Marcelo Freitas, o principal impasse na negociação é a exigência dos médicos para que um possível acordo tenha abrangência estadual, atingindo as dez Unimed com cirurgiões cooperados, e não apenas Curitiba e Londrina - cidade que também faria parte do acordo firmado com a capital.

"A proposta apresenta pela empresa ainda tem muitas falhas, mas a questão dos valores é secundária", diz Freitas.

Segundo ele, seria possível escalonar as exigências para que fossem cumpridas em um ano ou um ano e meio e por isso não estão sendo negociados valores fechados.

Segundo o presidente da Coopcardio-PR, a tentativa de negociar com a Unimed Paraná fracassou porque a empresa alegou incompetência para gerir o assunto. Freitas argumenta que o Ministério Público teria solicitado que a unidade estadual fosse a facilitadora dos acordos no estado, o que não ocorreu.

"Queremos que a Unimed Curitiba chame as outras Unimed para negociar junto. Eles estão acostumados a articular intercâmbios, estratégias de marketing e processos de mercado em todo o estado", avalia Freitas. Por esse motivo, a Coopcardio-PR aposta que a empresa poderia facilitar as negociações com as demais unidades no Paraná.

Por meio da assessoria de imprensa, a Unimed Curitiba confirmou que as negociações estão em andamento e alegou que, mesmo sendo referência para as demais Unimed no Paraná, não tem o poder para estender um acordo ou exigir um posicionamento das demais unidades com relação aos cirurgiões cardiovasculares. (Vitor Geron - Gazeta do Povo)

Hermes Pardini: Consolidação e crescimento

Gávea dá fôlego para Pardini crescer no exterior

O laboratório mineiro Hermes Pardini fechou associação com a gestora de recursos Gávea Investimentos. Agora, conseguirá os recursos necessários para fortalecer sua presença em Belo Horizonte e manter a liderança no apoio ao setor de laboratórios, por meio de processamento de exames, além de iniciar sua expansão pela América do Sul.

As empresas não divulgaram valores da operação mas, conforme antecipou o Valor, no mercado a informação é de que o Gávea terá 30% do laboratório e irá aportar cerca de R\$ 300 milhões. O Gávea não confirma esse montante. O Hermes Pardini tem faturamento anual da ordem de R\$ 400 milhões e dívidas estimadas em R\$ 150 milhões.

O controle do negócio permanece com a família Pardini. O Gávea indicará dois nomes para o conselho e participará dos comitês internos da companhia.

Roberto Santoro, diretor-presidente do Hermes Pardini, informa que a empresa, que hoje atua com mais força no segmento de análises clínicas, deverá daqui para a frente ampliar a sua presença no negócio de exames de imagem, até atingir equilíbrio entre os dois segmentos. As margens do setor de imagens são mais elevadas.

A intenção é abrir novas unidades apenas em Belo Horizonte, onde já está consolidado, sem o desejo inicial de se expandir pelas fronteiras, tampouco Rio de Janeiro e São Paulo, praças dominadas por Fleury e Dasa. "A política de não concorrer com clientes está mantida".

Plano do laboratório, que já tem operação na Colômbia, é chegar a mais dois países da América Latina em 2012

Sobre a convivência com outra companhia mineira, a Unimed BH, Santoro afirma que quer estreitar ainda mais o relacionamento com a cooperativa, que é sua principal fonte pagadora. "Vamos aprimorar os serviços de atendimento e melhorar o nosso nível de serviço prestado à Unimed", afirmou.

Santoro explica que, com a associação ao investidor estratégico, poderá ampliar a capacidade de investimento para aprimorar a logística de apoio aos cinco mil laboratórios conveniados no território brasileiro, além de aumentar a base já atendida.

Além disso, o Hermes Pardini terá fôlego para incrementar as atividades na América Latina, onde já possui uma operação teste com um parceiro na Colômbia. A intenção é chegar a mais dois países da região no ano que vem.

"Com a equipe do Gávea, poderemos aprimorar práticas de gestão e integração de sistemas. E ainda aumentarmos nosso relacionamento com outras companhias do portfólio do fundo."

Em comunicado, Armínio Fraga, ex-presidente do Banco Central e sócio-fundador da Gávea, diz que a gestora está "animada com as perspectivas para o setor de saúde e muito satisfeita de estar ao lado de um parceiro de excelência, líder nas áreas em que atua".

A Hermes Pardini foi assessorada pelo BR Partners, banco de negócios independente que, no último ano, fechou três operações no setor de saúde - a associação da Qualicorp e Carlyle, a negociação da Rede DOR e, agora, Hermes Pardini e Gávea. (Ana Paula Ragazzi e Beth Koike - Valor Online)

Cassi: Guia Rápido com serviços do Plano

Os associados à CASSI contam agora com uma nova forma para esclarecer dúvidas sobre o uso do Plano e saber detalhes sobre os serviços de saúde com maior agilidade. O Guia Rápido CASSI acaba de ser lançado e reúne também informações sobre programas voltados à prevenção e ao acompanhamento de doenças que mais afetam os participantes e dicas sobre como os associados podem usar melhor o Plano.

A cartilha eletrônica tem uma navegação simples, está organizada de forma a facilitar a localização dos assuntos mais procurados pelos associados, sem que você tenha que ligar para a Central CASSI (0800 729 0080) ou procurar os conteúdos separadamente pelo site.

O Guia Rápido CASSI é acessado pelo endereço www.cassi.com.br/cartilha. Também está disponível na página Associados, no www.cassi.com.br. Na cartilha há ainda os direitos e os deveres de cada associado, para preservar a

qualidade dos serviços e a sustentabilidade da CASSI. (Anabb)

Ipsago: Capacitação de cuidadores de pacientes

Cuidadores e acompanhantes de pacientes integrados ao Ipsago Domiciliar têm, hoje, uma nova etapa de capacitação. O objetivo é incentivar as terapias feitas na casa do paciente, evitando ambientes hospitalares. Desta vez o tema da palestra é Uso racional de medicamentos, com informações repassadas pela geriatra Patrícia Mendonça de Melo Azzi, a partir das 14h30, no auditório do Ipsago, Avenida 1ª Radial nº 586, Setor Pedro Ludovico Teixeira. Também vai ser distribuído o Manual do Cuidador. (Goiás Agora)

lapep Saúde: Melhorar o atendimento

Segurados do plano não precisarão mais se dirigir ao prédio do lapep para autorizar as sessões

Como forma de melhorar o atendimento aos beneficiários do lapep Saúde, o diretor geral do Instituto de Assistência e Previdência do Estado do Piauí (lapep), Flávio Nogueira, adotou medidas para facilitar os procedimentos relacionados à fisioterapia, visto que essa é uma das especialidades que solicitam tratamento contínuo.

A partir de segunda-feira (05/12), será implantada a regulação eletrônica da fisioterapia, onde os usuários do lapep Saúde que realizarem tratamentos de fisioterapia motora ou respiratória não precisarão mais se dirigir ao prédio do lapep Saúde para autorizar as sessões. Ao invés disso, as sessões serão autorizadas pelo médico solicitante, através do sistema do lapep Saúde.

Após a autorização solicitada pelo profissional, a comprovação da realização do tratamento é efetivada através da biometria (assinatura digital) do beneficiário do lapep Saúde, por sessão.

Dessa forma, as autorizações terão a validade de 30 dias, período no qual o tratamento terá que ser iniciado. São permitidas, no máximo, 10 sessões por cada autorização concedida. Havendo a necessidade de prolongar o tratamento, deverá ser solicitado e autorizado novo tratamento, mediante justificativa médica. (180 graus)

Amil comemora um ano em Minas Gerais

Excelência nos serviços prestados, abrangência nacional e promoção à saúde são alguns dos diferenciais para os mineiros.

Neste mês de novembro, a Amil Assistência Médica Internacional completa um ano de atuação em Minas Gerais. Nesse período, a operadora de saúde conquistou importantes clientes e trouxe para o Estado novidades na área de promoção à saúde e uma política de valorização da classe médica.

Segundo o superintendente da filial, Emerson Fidelis Campos, a decisão estratégica de entrada no estado mostrou-se acertada, pois Minas Gerais é a terceira maior economia do país e vem dando mostras da importância e solidez de suas empresas.

“É uma grande satisfação poder contar com nomes como Grupo Sada, Egesa, Patrus Transportes e Usifast em nossa carteira. São empresas que buscam a valorização dos funcionários ao contratar uma empresa como a Amil que oferece serviços de qualidade e tem uma abrangência nacional”, explica Fidélis Campos.

A excelência nos serviços prestados é um dos principais diferenciais da Amil. Para os clientes mineiros, a atuação nacional merece destaque, à medida que isso permite que funcionários de empresas que contam com filiais em outras regiões ou estados tenham a mesma qualidade de atendimento fora de Belo Horizonte ou de Minas Gerais. Isso porque a Amil é uma empresa de âmbito nacional, mantendo o mesmo padrão de atendimento em suas filiais.

Para a analista de Recursos Humanos da Egesa, Stela Gradim, cada vez mais as empresas se conscientizam de que, para ter competitividade, é fundamental investir na melhoria do bem-estar dos colaboradores, com ações de promoção à saúde.

“Quando escolhemos um plano como o da Amil, que conta com soluções inovadoras e eficazes, o ganho é visível à medida que conseguimos a participação efetiva do colaborador, que é o grande gestor da própria saúde”, destaca Stela. O crescimento da Filial da Amil em Minas Gerais ocorreu de maneira estratégica, a medida que o aumento do número de beneficiários acompanhou a ampliação da rede credenciada, que contempla as 12 mesorregiões e mais de 80% das microrregiões do estado, totalizando cerca de 200 cidades.

A Amil vem consolidando a atuação no estado de maneira sustentável. Por isso, a operação comercial e o lançamento oficial da grade de produtos ocorreu somente em maio, após seis meses da chegada a Minas Gerais.

Segundo o superintendente, a preocupação em oferecer um atendimento de qualidade ao cliente aliada à valorização da classe médica e dos prestadores de serviço (laboratórios, clínicas e hospitais) compõe os principais pilares de atuação da Amil.

“Prezamos pelo diálogo sério, justo e correto com o médico e com o prestador de serviço. Estes dois elos são parte muito importante do sucesso de nossa atuação”, comenta Fidélis Campos.

Promoção à Saúde - A preocupação em oferecer um atendimento de excelência passa por programas de promoção à saúde. A filial mineira já implantou diversos programas como o PAQV (Programa Amil de Qualidade de Vida), o GPAR (Gestão de Pacientes de Alto Risco), Amil Praticando Saúde e o Encontro de Gestantes.

O PAQV é voltado para os clientes corporativos e atua na identificação de riscos, prevenção e acompanhamento da saúde dos colaboradores das empresas com as quais a Amil mantém parceria. O GPAR é uma ferramenta de Tecnologia da Informação que permite o monitoramento e controle à distância dos pacientes de alto risco.

A proposta do Amil Praticando Saúde está relacionada à busca por uma vida mais saudável. Neste sentido, a ideia é incentivar e oferecer condições para que um número cada vez maior de pessoas possa fazer atividades físicas e adotar hábitos saudáveis em suas rotinas. O Encontro de Gestantes visa oferecer orientações e tirar as dúvidas das futuras mães.

A Amil também tem os programas de Reeducação Alimentar, Cessação de Tabagismo, Ciclo de Saúde para as pessoas com Diabetes e Reabilitação Cardíaca. (Revista Fator)

Unimed Paulista: Novo gerente de atendimento

Cargo passa a ser ocupado por Adriano Gandolfi, que possui 12 anos de experiência na área. A Unimed Paulista anuncia o novo gerente de atendimento, Adriano Gandolfi. Com 12 anos de experiência na área, o executivo já atuou em empresas como Orbitall, Banco Ibi e BV Financeira. Segundo Gandolfi, será uma responsabilidade grande. E diz que tem o objetivo de contribuir para que a cooperativa se destaque perante os seus concorrentes, por meio de atendimento eficaz. (Saúde Business Web)

Intermédica: Empresa Cidadã

A Intermédica, empresa do Grupo NotreDame Intermédica, recebeu, pela sexta vez consecutiva, o Selo Empresa Cidadã, conferido pela Câmara Municipal de São Paulo. Trata-se de um reconhecimento a empresas alinhadas à prática da cidadania empresarial, por meio de iniciativas que demonstram compromisso ético e responsabilidade socioambiental. As empresas candidatas são avaliadas em seus esforços e programas que visem à qualidade de vida, preservação do meio ambiente, equidade e desenvolvimento humano dos funcionários, suas famílias e da comunidade.

“Para nós, da Intermédica, que investimos continuamente em programas de preservação ambiental e qualidade de vida, esse reconhecimento nos dá ainda mais disposição para seguir em nosso objetivo de praticar uma gestão de comprometimento com a comunidade e de responsabilidade social”, avalia Pedro Onófrio, diretor médico do grupo. (Jornal Monitor Mercantil)

Crown Odonto: Fornecedores de Confiança 2011

A Crown Odonto foi destaque no Prêmio Fornecedores de Confiança, na categoria Saúde/ Assistência Odontológica. A cerimônia de premiação aconteceu na terça (22)

“Identificamos as necessidades dos nossos clientes pro-ativamente e temos funcionários motivados e capacitados a atender. O relacionamento com o cliente dá à empresa vantagem competitiva e destaque perante a concorrência”, afirma o diretor da Crown Odonto, Walter Coriolano Jr. “Este ano investimos bastante em tecnologia. Aprimoramos nossa conectividade com os dentistas credenciados, associados e parceiros e também lançamos um novo sistema de pesquisa da rede credenciada em nosso site www.crownodonto.com.br, através do mapeamento geográfico dinâmico, o que há de mais completo no mercado”, garante. (Jornal Monitor Mercantil)

Unimed: Fornecimento de material cirúrgico

A Justiça do Ceará condenou a Unimed Fortaleza a pagar R\$ 21 mil à viúva de um paciente que teve negado um produto necessário a procedimento cirúrgico. A decisão é da juíza Mirian Porto Mota Randal Pompeu, da 27ª Vara Cível do Fórum Clóvis Beviláqua.

De acordo com o processo, em junho de 2010, o segurado se submeteu a implante de stent não farmacológico. A intervenção foi custeada pela Unimed, porém, não gerou o resultado esperado. Dois meses depois, ele passou por nova cirurgia, dessa vez para a colocação de stent farmacológico.

O plano de saúde negou o material e o cliente teve que arcar com o custo, no valor de R\$ 14 mil. Mesmo com o implante, no mês seguinte, o paciente veio a falecer.

A esposa entrou com uma ação contra a Unimed, pedindo o reembolso da quantia paga, além de indenização por danos morais. A empresa apresentou contestação, alegando que o contrato firmado excluía o fornecimento de medicamentos e materiais importados.

Ao analisar o caso, a juíza determinou o pagamento de R\$ 7 mil, por reparação moral, e dos R\$ 14 mil gastos com o stent farmacológico. (Última Instância)

MT Saúde: Plano de saúde polêmico

Deputados suspeitam de desvio de R\$ 8 mi no MT Saúde

O polêmico contrato de R\$ 56 milhões, firmado pelo Estado com as empresas Saúde Samaritano e Open Saúde, para administrar o Plano de Saúde dos servidores públicos do Estado, o MT Saúde, recebeu duras críticas dos parlamentares, na sessão desta quinta-feira (24), da Assembleia Legislativa. O principal ponto focado é de que pode ter havido desvio de dinheiro do Estado.

O deputado estadual Percival Muniz (PPS) usou a tribuna para, em discurso, levantar a suspeita de improbidade administrativa, na gestão do polêmico plano.

“A empresa Saúde Samaritano foi criada no dia 18 de julho com capital social de R\$ 30 mil e dividida em quatro sócios. Um mês depois, assinou um contrato para receber R\$ 9,3 milhões mensais do Estado de Mato Grosso. Qual histórico de capacidade uma empresa deste porte tem para prestar este serviço?”, questionou.

O parlamentar citou, ainda, que a empresa Saúde Samaritano pertence a um grupo de empresários paulistas e levantou a suspeita de que seja uma empresa de fachada. “O endereço consta numa rodovia. Isso é um absurdo! É o próximo escândalo nacional que vai estourar”, afirmou o socialista.

A procedência do contrato também recebeu duras críticas de Muniz. “A empresa recebe R\$ 9,3 milhões mensais para efetuar o pagamento das despesas aos hospitais e clínicas credenciadas e o que sobrar vira lucro. É lógico que o interesse será pagar menos”, disse.

Na mesma linha crítica de discurso, o deputado Guilherme Maluf (PSDB) apontou para a suspeita de desvio de R\$ 8 milhões. “O contrato do Estado que transfere a gestão do MT Saúde está vigorando desde setembro. Foi feito um pagamento de R\$ 9,3 milhões e repassados somente R\$ 600 mil aos hospitais e clínicas credenciadas. Onde foram parar mais de R\$ 8 milhões? Isto é um escândalo total”, observou.

O tucano ainda afirmou que acredita em um cenário mais agravante para a funcionalidade do MT Saúde. “Se continuar da maneira que está, a Agência Nacional de Saúde vai intervir no Plano de Saúde dos servidores estaduais”, assinalou. Diante das críticas feitas pelos parlamentares, o presidente do Legislativo, deputado José Riva (PSD), afirmou que vai tomar providências imediatas. “Vou conversar com o governador Silval Barbosa, para que o secretário de Estado de

Administração e o presidente do MT Saúde compareçam à Assembleia Legislativa para prestar esclarecimentos na próxima terça-feira. Não dá para admitir tanta confusão”, afirmou.

Investigação

Diante da dificuldade em receber atendimento da rede privada, servidores estaduais já encaminharam pedido de investigação ao Ministério Público Estadual (MPE), o que será conduzida pelo promotor de Defesa do Patrimônio Público, promotor Roberto Turin.

Conforme Midianews antecipou, houve dispensa de licitação para firmar um contrato emergencial com duração de seis meses e avaliado em R\$ 56 milhões. Cabe às empresas Saúde Samaritano e Open Saúde administrar o plano MT Saúde. Na prática, as empresas efetuam pagamento às clínicas e hospitais credenciados pelos serviços de consultas, cirurgias, exames de baixa e alta complexidade e outros procedimentos cobertos pelo Plano de Saúde.

O valor de R\$ 56 milhões engloba todos os honorários e despesas diretas e indiretas de responsabilidade das empresas contratadas, o que envolve pagamento de taxas, impostos, salários, previdência social, seguro e despesas administrativas como viagens, deslocamentos, hospedagem e refeição.

Para receber mensalmente R\$ 9,4 milhões dos cofres públicos, as empresas se comprometem a cumprir com o total de 18 obrigações. Na relação está apresentar relatórios periódicos das atividades desenvolvidas e indicar equipes de coordenação técnica e de apoio que serão responsáveis pela execução de todos os trabalhos.

Abrangência

No total, são 17 mil servidores estaduais cadastrados no MT Saúde, o que representa o segundo maior faturamento em plano de saúde ao lidar, em média, com mais de 50 mil vidas. A liderança pertence à Unimed, que lida com mais de 140 mil vidas.

O MT Saúde engloba servidores ativos, inativos e comissionados. O servidor público pode incorporar marido ou esposa, filhos e, até mesmo, pai e mãe para receber atendimento médico na rede particular.

A cobrança da mensalidade varia de acordo com a faixa salarial e favorece servidores de baixa renda. (RAFAEL COSTA - Midia News)

Bradesco Saúde: Descontos em medicamentos

A Bradesco Saúde passou a oferecer descontos de até 60% para medicamentos, em mais de cinco mil farmácias credenciadas, presentes em mais de mil municípios em todo território nacional. Mediante a apresentação da carteira do plano, o segurado Bradesco Saúde tem acesso a mais de três mil medicamentos de marca e genéricos com descontos. Essa é uma vantagem oferecida em parceria com a Orizon a todos os segurados Bradesco Saúde, que podem consultar a lista de medicamentos e a relação de farmácias credenciadas no portal da seguradora (www.bradescosauade.com.br). (Fenaseg)

MT Saúde: MPE começa a analisar documentos

O promotor Roberto Turim, da Promotoria de Defesa do Patrimônio Público do Ministério Público Estadual de Mato Grosso, será o responsável pela apuração das denúncias relacionadas aos gastos do MT Saúde, apresentadas ontem à tarde pelo Fórum Sindical dos Servidores Públicos Estaduais.

Uma comissão de sindicalistas esteve com o promotor Célio Fúrio, a quem entregou documentos, entre os quais cópias dos contratos firmados este ano pelo instituto de saúde. Para um período de 180 dias, conforme prevê tais contratos, o MT Saúde comprou serviços das empresas Open Ltda e Samaritano Administradora, sediadas em São Paulo. A tarefa de ambas seria gerenciar o plano de saúde, ao custo de R\$ 56,6 milhões.

O coordenador do Fórum Sindical, José Carlos Calegari, externou a preocupação com os pagamentos efetuados, segundo ele, antes da publicação dos contratos. Calegari observou que, em que pese a assinatura de contratos com essas empresas, centenas de médicos reclamam da falta ou atraso no pagamento de serviços prestados ao instituto. Cerca de 400 profissionais teriam pedido descredenciamento, enquanto servidores não são atendidos.

O promotor Célio Fúrio disse que não há como adotar medidas sem antes analisar os documentos e conceder prazo de defesa, estipulado em 10 dias, para a direção do MT Saúde. O promotor recebeu a documentação, protocolou e informou o nome do promotor Roberto Turim, escolhido pelo sistema de distribuição para cuidar do caso.

A Secretaria de Administração negou a existência de irregularidade e diz que as empresas foram contratadas atendendo a recomendações da Auditoria Geral do Estado e do TCE. Reconhece que há pendências de pagamentos de profissionais e unidades de saúde e reafirma o entendimento do governo do Estado sobre a viabilidade do instituto, descartando a possibilidade de extinção.

Errata – O diário publicou erroneamente ontem que o presidente do MT Saúde seria Bruno Sá Freire Martins, cargo que é ocupado, atualmente, há pouco mais de um mês, por Gelson Esio Smorcinsk. (Alecly Alves - Diário de Cuiabá)

Dasa compra 70 novos equipamentos médicos

A Dasa, maior empresa de medicina diagnóstica do país, investiu US\$ 22 milhões para a aquisição de 70 equipamentos médicos destinados à modernização dos laboratórios Delboni Auriemo e Lavoisier, localizados em São Paulo.

Trata-se do maior investimento em equipamentos já realizado pela Dasa, que comprou 40 ultrassons, 19 tomógrafos de baixa radiação, dez aparelhos de ressonância magnética e um PET-CT. Philips, GE e Siemens forneceram os equipamentos. "Nunca compramos tantos equipamentos de uma só vez. Fizemos esse investimento com a finalidade de rentabilizar nossas unidades. Uma ressonância magnética nova, por exemplo, é capaz de fazer 40 exames por dia, o dobro de uma máquina mais antiga", explicou Marcelo Noll Barboza, presidente da Dasa.

"Com máquinas mais modernas também conseguimos atrair mais médicos, que agora trabalham diretamente nas nossas unidades", complementou Ronaldo Carvalho, diretor de operações de mercado privado e hospitalar da Dasa. Antes, os médicos ficavam em uma central da Dasa e agora atendem nas próprias unidades.

A estratégia de rentabilizar as atuais unidades laboratoriais paulistas também ocorre porque atualmente é difícil encontrar em São Paulo áreas disponíveis para abrir novos pontos devido ao boom imobiliário. Além disso, as unidades em

operação já têm um custo fixo.

A partir do próximo ano a Dasa também pretende adquirir novos equipamentos para os laboratórios situados em Brasília, Recife, Fortaleza, Salvador e Rio.

Paralelamente ao projeto de modernização, a companhia também tem planos de abrir 40 laboratórios em 2012. A expansão demandará investimento de aproximadamente R\$ 200 milhões, cifra um pouco superior ao aplicado em 2011. "Fizemos um estudo e constatamos que há potencial no país para abertura de 120 novos pontos", disse o presidente da Dasa, que conta com 518 unidades no país.

O presidente da companhia destacou que a meta para 2012 é manter a taxa de crescimento nas unidades ambulatoriais e hospitalares na casa dos 16%, taxa registrada no terceiro trimestre. No último balanço, a companhia registrou receita líquida de R\$ 600 milhões, alta de 15% sobre 2010. (Beth Koike - Valor Online)

Fundação Sanepar: Um ano marcante

A Fundação Sanepar de Assistência Social completará 35 anos em dezembro, no mesmo ano em que o SaneSaúde, plano de saúde da entidade, obteve a nota 0,861, a melhor do País, na modalidade autogestão no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS).

Em comemoração aos 35 anos e a nota obtida pelo IDSS, a Fundação realizou de 07 à 11 de novembro a Semana SaneSaúde, na sede da Sanepar (patrocinadora principal) em Curitiba.

A semana levou aos beneficiários do plano de saúde muita informação, orientação e palestras sobre diversos temas relacionados à saúde, tais como: obesidade, tabagismo, alimentação saudável, vida ativa, câncer de mama, envelhecimento saudável, entre outros.

Além das palestras, foi proporcionado aos beneficiários teste de glicose, oftalmológicos, aferição de pressão e dicas para a pele e maquiagem voltadas à autoestima.

Para encerrar a semana com chave de ouro, foi apresentada no último dia a peça teatral "SaneSaúde, um plano do outro mundo", onde os atores são os próprios colaboradores da Fundação apresentando de maneira criativa a importância do trabalho realizado e os benefícios do plano.

A semana foi extremamente elogiada pelos beneficiários, os quais já solicitaram no último dia de evento, que o mesmo seja realizado no próximo ano. (Fundação Sanepar/AssPreviSite)

Sorridents - 315 unidades em cinco anos

A rede de clínicas odontológicas Sorridents prepara-se para adotar um projeto de expansão que deve levar a empresa a fechar 2016 com 500 unidades -250 próprias e 250 franquias- e faturamento de R\$ 700 milhões.

Para colocar seu plano em prática, a empresa contratou a assessoria financeira do Banco Espírito Santo, que analisa propostas de fundos de investimentos.

A ampliação da rede movimentará aproximadamente R\$ 130 milhões.

Além de estudar a hipótese de garantir recursos através de fundos, a empresa não descarta a possibilidade de trabalhar com empréstimo bancário, diz a presidente da Sorridents, Carla Renata Sarni.

Dentro de cinco meses, Sarni deve decidir qual será a fonte de capital.

Hoje a empresa tem 46 clínicas próprias e 139 contratadas. Duas unidades foram inauguradas nesta semana, uma em São Bernardo do Campo (SP) e outra em Curitiba.

Com a injeção de recursos, a expectativa é que 75 unidades sejam comercializadas no próximo ano e que a empresa atinja 20 Estados (hoje são 14 mais o Distrito Federal).

Com foco nas classes C e D, a empresa atrai clientes com pagamentos em até 12 parcelas. "O preço acessível dos tratamentos é possível porque a rede compra materiais para todas as unidades."

Segundo Sarni, para oferecer um atendimento de qualidade, a empresa busca adquirir bons materiais.

Os cerca de 2.000 dentistas parceiros, porém, não reíbem nenhum treinamento especial. "Eles procuram seus cursos de especialização." (Maria Cristina Frias - Folha de S.Paulo)

Ipsago: Rede credenciada já emite guias

A partir de ontem, as guias de consulta dos usuários do Ipsago deixaram de ser emitidas nos postos de atendimento do Instituto e do Vapt Vupt. Esses serviços estão disponíveis via internet e através da própria rede credenciada. Agora, as guias devem ser retiradas nos locais de consultas. Para atender a possíveis problemas e dúvidas, 12 equipes de técnicos do Ipsago estão instaladas nas oito principais regionais do órgão para prestar atendimento a usuários e à rede credenciada.

Segundo o diretor do Ipsago, Múcio Bonifácio Guimarães, a maior parte das ocorrências registradas hoje está relacionada a dúvidas sobre os procedimentos adotados a partir do acesso ao site do Ipsago. Em Goiânia, o usuário pode tirar dúvidas pelos telefones (62) 3238-2548 e 3238-2523.

O Ipsago alerta que clínicas, consultórios e hospitais não podem cobrar nenhuma taxa extra pela emissão das guias, que fazem parte dos contratos mantidos pelo Instituto com a rede credenciada. A medida começou a ser adotada no dia 10 de outubro, em Goiânia. (Goiás Agora)

Inpao no Rio

Para ampliar o atendimento no Rio de Janeiro, a Inpao Dental inaugurou filial na cidade e tem como objetivo dobrar seu market share e fortalecer a marca no estado. Os planos são de situar a operadora entre as três primeiras do segmento na região, em prazo não revelado. A empresa já investiu cerca de US\$ 2,5 milhões na mídia rádio e nas áreas de estrutura, tecnologia e ampliação da equipe. Além disso, vem promovendo treinamentos em corretoras parceiras. "Acreditamos que o rádio tem sido o melhor veículo em termos de retorno", diz o diretor de Finanças e Administração, Claudio Aboud. Ele conta que o Rio é, hoje, importante dentro do planejamento estratégico da operadora, que tem mais de 250 mil

beneficiários no país. (Saúde dia-a-dia)

Gávea negocia com Hermes Pardini

A gestora de recursos Gávea Investimentos, do ex-presidente do Banco Central, Arminio Fraga, está perto de concluir a compra de 30% do capital do laboratório mineiro Hermes Pardini, segundo o Valor apurou. Além da fatia acionária, a Gávea também indicará um nome de um executivo para assumir o posto de diretor financeiro do laboratório.

Ainda de acordo com fontes próximas às negociações, o laboratório foi avaliado pela Gávea em R\$ 900 milhões. Levando-se em consideração essa quantia, o fundo injetaria na empresa de medicina diagnóstica cerca de R\$ 330 milhões. Na semana passada, a Gávea concluiu a captação de seu quarto fundo de private equity, com recursos que somam US\$ 1,9 bilhão disponível para investimentos. Procurada pelo Valor, a Gávea não atendeu ao pedido de entrevista.

O diretor presidente do Hermes Pardini, Roberto Santoro, nega que esteja em negociações com a Gávea. "Nós não confirmamos a operação. Não tenho essa informação", disse o executivo.

No ano passado, os herdeiros do fundador, o médico Hermes Pardini, chegaram a pedir R\$ 1,5 bilhão entusiasmados com duas grandes transações envolvendo empresas de medicina diagnóstica. O Fleury desembolsou R\$ 1,1 bilhão pela carioca Labs e a rede de laboratórios MD1, de Edson Bueno, foi avaliada em R\$ 1,5 bilhão em uma transação com a Dasa.

Porém, a família Pardini não tinha interesse em vender o controle da empresa o que emperrou as negociações com vários interessados, entre eles o concorrente Fleury e o fundo de private equity Pátria. No começo do ano, o laboratório mineiro iniciou uma profunda reestruturação, com demissão de diretores, conselheiros e cerca de 500 funcionários a fim de prepará-la para a venda. "A entrada de um private equity é interessante para eles porque capitaliza a empresa e, ao mesmo tempo, a família não sai da operação", disse uma fonte do setor de saúde. Normalmente, os fundos de private equity indicam executivos e aprimoram a governança corporativa da empresa.

Apesar do endividamento entre R\$ 100 milhões e R\$ 150 milhões, segundo Santoro, o Hermes Pardini é atualmente um dos laboratórios mais cobigados do mercado. A empresa conta com uma moderna unidade de processamento, capaz de realizar 3 milhões de exames, tem faturamento na casa dos R\$ 400 milhões e domina o mercado mineiro. É uma praça em que Fleury e Dasa não atuam. A empresa ainda tem uma forte atuação no processamento de exames para outros laboratórios.

O mercado de medicina diagnóstica tem gerado interesses de outros fundos de private equity. O Pátria, por exemplo, criou no ano passado uma empresa de medicina diagnóstica chamada Alliar. Desde então, a nova empresa do fundo já adquiriu pelo menos quatro laboratórios de exames de imagem e seu faturamento é de cerca de R\$ 200 milhões. Um desses laboratórios é o mineiro Axial.

O interesse do Pátria pela área de medicina diagnóstica é antiga. O fundo de private equity ingressou na Dasa em 1999 e, em parceria com o fundador Caio Auriemo, abriu o capital da companhia em 2004. Dez anos depois, o fundo deixou o capital da empresa, com vendas escalonadas em bolsa. (Ana Paula Ragazzi e Beth Koike - Valor Online)

Metrus: Campanha de reciclagem de carteiras

Recicle suas carteiras de identificação Metrus Saúde

Durante o mês de novembro, todos os participantes titulares dos planos Metrus Saúde receberão as carteiras de seu grupo familiar com vigência até 30 de novembro de 2012. As dos participantes ativos serão entregues nos locais de trabalho e as demais, enviadas pelo correio.

O grande diferencial das carteiras deste ano em relação às anteriores é que elas são feitas em material reciclado. Trata-se de um projeto pioneiro de Reciclagem de Cartões, realizado em parceria com a empresa RS de Paula e apoio da Patrocinadora Metrô.

Recicle as carteiras usadas

Além de utilizar uma carteira feita de PVC reciclado, você também pode contribuir com o meio ambiente reciclando suas carteiras Metrus Saúde dos anos anteriores. Isso será possível porque a partir do próximo dia 21 os participantes terão à disposição urnas itinerantes para coleta e trituração, criando assim matéria-prima para as próximas carteiras.

De 21 de novembro a 15 de dezembro, as urnas ficarão nos pátios Itaquera, Jabaquara, Belém e Capão Redondo e nos edifícios Metrô I (Rua Augusta, 1.626), Cidade II (R. Boa Vista, 175), CCO (R. Vergueiro, 1.200), Conde de Prates (R. Líbero Badaró, 293) e Grande São Paulo (R. Líbero Badaró, 425).

A coleta nas estações terá início dia 1º de dezembro. Conheça o cronograma.

Durante todo o período de coleta, haverá uma urna no Metrus (Alameda Santos nº 1.827 - 1º andar) e no Metrô I, que poderá ser utilizada também por participantes assistidos. (Metrus/AssPrevisite)

Fundação Copel: Perícia médica

Alteração no horário da perícia médica

Entidade comunica que, temporariamente, o novo horário de atendimento da perícia médica será de segunda-feira a sexta-feira: das 10h às 14h (Fundação Copel/AssPrevisite)

Ipasgo deixa de emitir guias de consulta

A partir de hoje, dia 21, as unidades de atendimento do Ipasgo e seus postos de atendimento nos Vapt Vupt deixam de emitir as guias de consulta aos usuários de todos os municípios goianos. De acordo com Resolução da Diretoria de Assistência, a emissão passa a ser feita apenas pela internet e na rede credenciada, em todo o Estado, a partir desta data.

Para obter o serviço pela internet, o usuário do Ipasgo deve procurar um dos locais de atendimento para registrar a senha de acesso do seu cartão. A outra opção é junto ao prestador de serviço, que tem recebido orientação para acessar o SAAT, sistema desenvolvido pelo Instituto nos últimos meses para atender a essa demanda.

Regra

A emissão de guias apenas na internet e pelos prestadores começou a valer no dia 10 de outubro para Goiânia e no dia 3 de novembro para mais 12 municípios próximos à capital. A partir de segunda, dia 21, a emissão passa a ser regra para toda a rede. Para emitir as guias, o prestador deve ter um computador ligado à internet e uma máquina leitora de cartão magnético. Orientação neste sentido vem sendo feita pelo Ipasgo.

Para complementar este trabalho de orientação, o Ipasgo está enviando ao interior equipes de atendimento, que vão ficar de plantão nas regionais do órgão em Anápolis, Catalão, Ceres, Iporá, Itumbiara, Jataí, Porangatu e Rio Verde. Essas equipes darão suporte aos prestadores que encontrarem dificuldade para operar o sistema. A medida tem reduzido pela metade o fluxo de pessoas aos locais de atendimento da Grande Goiânia, levando maior comodidade ao usuário. (Goiás Agora)

Unimed Brasília deverá transferir a carteira

Com um rombo superior a R\$ 310 milhões, a empresa de Brasília deverá transferir a carteira de 20 mil clientes. A partir de segunda-feira, as operadoras interessadas já poderão apresentar suas propostas

A Unimed Brasília continua enrolada. O prazo determinado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) para a transferência dos clientes está mantido e vence na próxima segunda-feira. A desembargadora Selene Maria de Almeida, do Tribunal Regional Federal da 1ª Região, negou o último recurso apresentado pela empresa. A decisão foi publicada ontem no Diário Oficial da Justiça, mesmo dia em que a operadora informou ter conseguido suspender a ordem da ANS. Na sentença de duas páginas, a magistrada diz que a pretensão da Unimed de ganhar tempo pode trazer mais prejuízos aos associados. O esforço para solucionar a crise financeira, comenta Selene Maria de Almeida, não é suficiente para solucionar o problema. A desembargadora reitera ainda que a operadora não apresenta fatos novos no pedido de reconsideração da alienação da carteira e lembra que a Unimed enfrentou uma gestão equivocada ao longo de anos. Antes de concluir o voto mantendo determinação da ANS, a magistrada destaca: "A agência tem por obrigação zelar pela saúde financeira das empresas prestadoras do serviço e o efetivo atendimento aos clientes, não interessando planos que dependam de teorias ou hipóteses". Apesar da consistência da negativa, a Unimed pode tentar novos recursos. Caso venha, de fato, a conquistar êxito na Justiça, também há a possibilidade de a agência reguladora recorrer da decisão. Por ora, o que vale é a determinação do órgão ligado ao Ministério de Saúde. Após análise minuciosa das contas da Unimed e de conclusão de processo administrativo, a ANS considerou que a empresa não tem condições de dar continuidade ao atendimento dos cerca de 20 mil usuários dos planos. As dívidas com a rede credenciada ultrapassam R\$ 90 milhões. O débito com impostos e com encargos trabalhistas é estimado em R\$ 220 milhões.

Com o vencimento do prazo para a transferência dos clientes, a agência abrirá espaço para manifestação de operadoras dispostas a comprar a carteira da Unimed Brasília. O prazo para apresentação de propostas será definido em edital a ser lançado. A ANS adiantou que, daqui para a frente, os procedimentos não ocorrerão de maneira imediata. Até que a situação seja definida, a empresa é obrigada a manter o atendimento normalmente.

Os associados que não quiserem esperar o desenrolar da história e optarem por mudar logo de plano de saúde terão de seguir as regras de portabilidade (veja quadro). A ANS ainda não decretou um regime de portabilidade especial. Com o fim da chamada alienação compulsória, caso a carteira seja repassada a outra operadora, ocorrerá a liquidação extrajudicial da Unimed. Depois, o próximo passo é o cancelamento do registro e, assim, a operadora deixaria de atuar no mercado. Pelo segundo dia consecutivo, ninguém da Unimed Brasília se manifestou nem divulgou a nota oficial aguardada desde o dia anterior. Na quinta-feira, a empresa informou que tinha conseguido, na Justiça, mais tempo para amenizar a crise, informação que não se sustentou. Na época da publicação da Resolução Operacional nº 1.095, a direção da Unimed alegou ser vítima de "decisão arbitrária".

Procedimentos

O que fazer para continuar com plano de saúde em caso de o atual deixar de existir, por meio da portabilidade

- » Consulte o Guia ANS (www.ans.gov.br) para identificar planos de saúde compatíveis com o seu.
- » Dirija-se à operadora do plano escolhido levando o relatório de convênios compatíveis.
- » Na assinatura da proposta, apresente a cópia do comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante, caso o plano seja coletivo.
- » Aguarde a resposta da operadora do plano de destino, que deverá ser dada em até 20 dias após a assinatura da proposta de adesão. O contrato do plano de destino entra em vigor 10 dias após a aprovação da operadora.
- » A ANS recomenda que, ao término do processo, o beneficiário entre em contato com a operadora do convênio de origem para informar que exerceu a portabilidade especial de carências.
- » A faixa de preço do plano de destino deve ser igual ou inferior àquela em que se enquadra o plano de origem. (Diego Amorim - Correio Braziliense-19.11)

Inpao Dental: Expansão no Rio de Janeiro

O Inpao Dental está abrindo uma unidade no Rio de Janeiro para melhorar e ampliar o atendimento na região. O objetivo é dobrar o market share e fortalecer a marca no estado.

A nova unidade, localizada na Rua São José, 40 - 3ª andar - Sala 37 (Centro), ficará sob responsabilidade de Fabiana Souza.

Em paralelo, a operadora segue promovendo treinamentos nas corretoras que comercializam os seus produtos no Rio de Janeiro. No último mês, aconteceram apresentações com profissionais da Marsh, Pedro Mello, Kampar, Essencial, Alacoro, entre outras.

Para dar suporte a expansão, a operadora mantém campanha de marketing na rádio CBN Rio de Janeiro, na rádio Bandeirantes (90,9 FM e 840 AM) em São Paulo, na Band Vale (102,9 FM) no Vale do Paraíba e na CBN em Minas Gerais (106,1 FM).

"Acreditamos que o rádio tem sido o melhor veículo em termos de retorno", explica Claudio Aboud, diretor de Finanças e Administração. O volume de visitas na página da operadora na Internet aumentou em quatro vezes após as veiculações

comerciais nas rádios. "Esses dados confirmam que a nossa estratégia de investir em comunicação de massa foi mais acertada", acredita o executivo

Ao todo, a companhia já investiu cerca de US\$ 2,5 milhões em mídia e nas áreas de estrutura, tecnologia e ampliação da equipe local. "O Rio de Janeiro se tornou um estado importante dentro do nosso planejamento estratégico de expansão. Estamos entre as cinco primeiras operadoras de odontologia na região e queremos ficar, pelo menos, entre as três primeiras do segmento", finaliza Aboud. (Jornal Monitor Mercantil)

Ipasgo suspende 50 prestadores de serviços

O Ipasgo suspendeu, provisoriamente, 50 prestadores de serviços por não estarem aptos a oferecer o serviço de emissão de guias de consulta, que exige um computador com acesso a internet e uma leitora de cartão magnético. Assim que se adequarem, os prestadores poderão voltar a atender os beneficiados pelo Instituto. A exigência do novo sistema vale a partir de hoje e busca dar mais conforto aos usuários, que vão retirar as guias direto no local prestador do serviço ou através da internet, sendo necessário registrar a senha do cartão.

Antes de implantar a medida, o Ipasgo desenvolveu um novo sistema, o SAAT Prestador, que foi testado durante 90 dias, antes de ser colocado em prática plenamente. Nos últimos 45 dias, o Instituto mantém uma equipe de plantão que está dando todo o suporte necessário para a realização do serviço.

Além de Goiânia, a emissão de guias já é feita pelos prestadores de municípios próximos à capital desde o último dia 3. A meta do Ipasgo é estar com toda a rede credenciada emitindo as guias de consultas no dia 21 de novembro, quando a medida passa a valer para todos os prestadores de serviço do Instituto. (Goiás Agora)

Amil lança aplicativo para iPhone

Aplicativo contempla todas as linhas de produtos da Amil, incluindo a Linha Dental

A Amil Assistência Médica Internacional lançou para os seus clientes um aplicativo para iPhone. Com download gratuito na AppleStore, o aplicativo reúne os dados do beneficiário. Além de outras informações, a exemplo da carteirinha virtual, que substitui o cartão impresso e pode ser utilizada em hospitais e laboratórios.

Segundo Cristiane Prado, diretora de Atendimento da Amil, este aplicativo é mais um canal de interação entre empresa e cliente. Ela diz que a operadora tem o objetivo de disponibilizar aos clientes mais facilidade e comodidade para que tenham acesso as informações de seu plano de saúde.

O aplicativo contempla todas as linhas de produtos da Amil, incluindo a Linha Dental. O cliente tem acesso à toda rede credenciada, podendo visualizar no mapa a localização de sua consulta ou exame.

Além disso, a operadora também disponibilizou consulta de status de reembolso, visualização de boletos em aberto, lista de telefones da operadora, acesso direto ao Amil Resgate Saúde e podcast com vídeos e dicas sobre saúde e qualidade de vida. A opção de agendamento de consultas on-line está disponível somente para iPad.

Segundo o diretor de TI da Amil, o recurso possui uma interface simples e intuitiva, onde o beneficiário tem acesso a muitas informações. E completa ao dizer que essa mobilidade tem o intuito de aprimorar a agilizar o diálogo do usuário com a operadora. (Saúde Business Web)

Nead: Programa Melhor em Casa

O Brasil no patamar mais Elevado

O Núcleo Nacional das Empresas Prestadoras de Serviços em Atenção Domiciliar (NEAD) avalia que o lançamento dos Programas "Melhor em Casa" e "SOS Emergências", representa a preocupação do Governo Federal em adotar medidas que alinhem eficiência e qualidade na prestação de serviços em saúde. De forma democrática, entre outros benefícios, oferece a todos os Brasileiros as mesmas oportunidades de acesso ao sistema de atendimento domiciliar.

Para a entidade, representa também o reconhecimento de iniciativas públicas neste sentido já implantadas com sucesso em esferas Municipais e Estaduais. "Todos nós, que atuamos neste segmento, recebemos esta boa nova com muito entusiasmo. De forma permanente, a difusão dos aspectos positivos dos modelos de gestão e dos benefícios das diferentes modalidades assistenciais, é objeto de atenção contínua de nossa Associação", comenta o Presidente do NEAD, Dr. André Minchillo.

Em seu pronunciamento, a Presidente Dilma reconhece a envergadura deste desafio. O NEAD acredita no sucesso destas iniciativas e de forma integrada, se compromete a colaborar, compartilhando com todos os Órgãos Governamentais, a experiência adquirida pelas empresas associadas ao longo destas duas décadas.

"Fica aqui registrado o nosso sincero agradecimento à Presidente Dilma Rousseff e ao Ministro da Saúde Alexandre Padilha, que com sensibilidade e visão ampla de personalidades públicas, colocam o Brasil no patamar mais elevado entre as nações mundiais.", discursou Minchillo em nome das empresas associadas à entidade.

Fonte: NEAD Saúde (IdealCare/AssPreviSite)

Unimed Uberaba é investigada pelo Ministério Público

Promotora de Justiça em Defesa do Meio Ambiente, Patrimônio Histórico, Cultural e Urbanístico, Consumidor e Procon Estadual, Claudine Lara Aurélio Bettarello decretou sigilo de Justiça para processo instaurado no Ministério Público de Uberaba que investiga irregularidades na cobrança de consultas e exames por parte da Unimed Uberaba. Consta na ação a que o Jornal da Manhã teve acesso com exclusividade que a operadora cobra valores entre 22 e 100% maiores do que os repassados a médicos e prestadores de serviço.

Relatório técnico de investigação preliminar, concluído por oficial do Ministério Público em 25 de abril de 2011, informa que a cooperativa passou a cobrar dos usuários valores maiores por consultas e exames do que os repassados a médicos e prestadores de serviço, sem o conhecimento dos clientes da operadora, diferença que, segundo auditoria da ANS, fica retida na Unimed. O Ministério Público requisitou informações à Unimed Uberaba sobre planos de coparticipação e custo operacional de prestação de serviços médicos, hospitalares e ambulatoriais de 2008 a 2010.

A promotora confirma que ainda está aguardando as informações, mas que ANS e Unimed ainda estão dentro do prazo

para enviá-los. A notificação do MP para que a Unimed promovesse a apresentação de documentos foi feita em 21 de outubro de 2011. Só após a fase de coleta de informações é que Claudine Lara revela ter condições de decidir qual posição irá tomar. Segundo procedimentos normais, se a Unimed não conseguir explicar a cobrança dentro da legislação que rege contratos, além de devolver os valores cobrados aos clientes, a cooperativa estará sujeita a multa por parte da ANS, sem contar multa administrativa.

No relatório ao MP ficou constatado que, até dezembro de 2009, o valor cobrado do cliente por uma consulta médica era de R\$42, valor que era repassado aos médicos. Em janeiro de 2010, sem comunicação discriminada aos clientes, a Unimed passou a cobrar 22% a mais, ou seja, R\$51,24, sendo que o valor de R\$42 foi o que continuou a ser repassado à categoria. Com base nestes dados, o MP pediu que a Unimed apresentasse documentação pertinente ao caso, foi quando o órgão constatou que o aumento também incidia sobre os exames. Exame de eletrocardiograma, por exemplo, que custava R\$19,20 até dezembro de 2009, passou a custar R\$25,62 em janeiro do ano passado. O aumento foi dado a clientes que pagam coparticipação de 20 a 40% à cooperativa.

Defesa

A Unimed Uberaba Cooperativa de Trabalho Médico Ltda., em nota enviada à reportagem, informa que existe apenas uma solicitação do Ministério Público Estadual e da Agência Nacional de Saúde Suplementar para apresentação de alguns documentos para averiguações. Informa que nos dois casos a Unimed Uberaba ainda está no prazo para apresentação de resposta e envio de documentos.

Segundo a nota, “a Unimed Uberaba é uma cooperativa de trabalho médico que remunera seus cooperados e prestadores na modalidade ‘pro-rata’ conforme legislação cooperativista e deliberação da Assembleia Geral da Cooperativa. A apuração do ‘pro-rata’ (valor de remuneração) é o resultado da operação receita versus custo assistencial e administrativo, fluxo de caixa e resultado contábil. Assim, espera que a documentação apresentada esclareça quaisquer dúvidas a respeito das cobranças”.

Destaca que a Unimed Uberaba está submetida não só à legislação aplicável aos contratos em geral, mas também à Legislação dos Planos de Saúde e, sobretudo, à do cooperativismo, tendo em vista ser uma cooperativa de trabalho. “Ao final, insta salientar que qualquer medida administrativa tomada em desfavor da Unimed Uberaba, seja pela ANS ou pelo Ministério Público, poderá ser, ainda, discutida judicialmente.” (Jornal da Manhã-12.11)

Qualicorp reverte prejuízo e lucra R\$ 12 mi no trimestre

A Qualicorp, empresa que vende e administra planos de saúde coletivos, fechou o terceiro trimestre com lucro líquido de R\$ 12,19 milhões. No mesmo período do ano passado, a empresa havia registrado prejuízo de R\$ 976 mil.

A receita líquida da companhia, que tem como acionista majoritário o fundo de private equity Carlyle, cresceu 42,8%, na mesma base de comparação, para R\$ 180,56 milhões.

O resultado operacional medido pelo Ebitda (sigla em inglês para lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização) avançou 70%, para R\$ 59,91 milhões. Em um ano, a margem Ebitda passou de 27,9% para 33,2%.

Em seu segundo resultado como companhia de capital aberto, a Qualicorp também apresentou o Ebitda ajustado, que inclui despesas não recorrentes, despesas sem efeito de caixa e realocação de receita financeira.

Nesse caso, o crescimento foi de 47,2%, para R\$ 71,57 milhões. Com relação ao segundo trimestre, houve um acréscimo líquido de 307 mil beneficiários, para fechar setembro com 3,68 milhões de clientes. (Folhapress)

Amil: Sinistralidade segue a tendência da indústria

A Amil divulgou o resultado do terceiro trimestre de 2011 na última terça-feira, dia 8 de novembro de 2011, após o encerramento do mercado.

A Amil divulgou um lucro líquido contábil de R\$ 37,9 milhões no 3T11, acima da nossa estimativa que era de R\$ 14,4 milhões. O Ebitda (ajustado somente em R\$ 3 milhões por despesas com aquisições) alcançou R\$ 79,6 milhões, 13,9% acima do esperado e 7% maior que o do mesmo período de 2010. Os destaques do resultado foram o aumento de 1,2 ponto percentual no índice de sinistralidade e o forte crescimento no número de clientes em planos dentais, 31,8% maior que o apresentado no 3T10.

A receita operacional registrada no período foi de R\$ 2.361,3 milhões, 18,7% superior a apresentada no 3T10. O desempenho desta linha pode ser explicado pela consolidação das aquisições realizadas (Hospital Samaritano, Hospital Pasteur e Lincx), o crescimento nos prêmios dos planos dentais e de saúde.

O índice de sinistralidade apresentou uma deterioração ao registrar 73,6% no 3T11 vs. 72,4% no 3T10 (considerando Peona-Provisão para eventos ocorridos e não-avisados). Desta forma, a Amil apresentou uma piora menor que o mercado em geral no seu índice de sinistralidade, influenciado pela i) conclusão da renegociação dos contratos com a Mediai; ii) forte crescimento no segmento dental, que possui sinistralidade baixa e; iii) consolidação dos hospitais adquiridos.

O índice de despesas gerais e administrativas também foi um destaque positivo ao atingir 14,7% no período contra 15,7% no terceiro trimestre de 2010. Vale destacar, ainda, que há uma expectativa que a empresa precise aumentar seu nível de provisões relacionadas aos pagamentos do SUS no 4T11, devido às novas regras da ANS. (Filipe Acioli - Jornal Monitor Mercantil)

Home Doctor: Oportunidades com programa do governo

Com 17 anos de mercado, companhia acredita que há muito a desbravar na área de homecare no País. Marca conhecida no ainda pouco desenvolvido mercado de home care no Brasil, a Home Doctor quer ir além do nicho de saúde suplementar brasileira. A empresa que tem 95% dos seus negócios com os convênios médicos começa a enxergar oportunidades tanto na saúde pública brasileira como na possibilidade de inserção no mercado de saúde internacional. No caso da saúde pública, o horizonte ficou mais próximo para a empresa no último mês de setembro, quando a presidente Dilma Rousseff anunciou que o governo vai usar a experiência norte-americana do home care para financiar o atendimento a pacientes em casa. Na ocasião, Dilma afirmou que a finalidade era amenizar a demanda por leitos e, que neste ano, o investimento será de R\$ 36,5 milhões.

Por ser recente, a medida ainda não proporcionou impacto para a Home Doctor, mas abre o caminho para o desenvolvimento da prática no Brasil e não descarta a possibilidade de futuras parcerias. “Para o governo federal e estadual criarem asilos e casas de saúde é fisicamente limitado. Com o atendimento domiciliar não existe limite, é só montar equipes”, explica o sócio- diretor da companhia, Emílio de Fina.

Ainda na área pública, a Prefeitura de São Paulo anunciou, no final de setembro, a sanção da lei municipal que institucionaliza o Programa Hospital

Domiciliar de Atendimento e Internação Domiciliar (PROHDOM).

A Home Doctor já tem parceria com a área pública para capacitação profissional. Desde 2007, a companhia atua em conjunto com a Faculdade de Medicina do ABC, na Grande São Paulo, no Programa de Residência Médica em Medicina da Família e Comunidade. Por lá, já passaram 15 residentes. Segundo o executivo, o acordo pode ser ampliado com a vinda dos novos investimentos.

“Agora, a Faculdade recebe convites para montar um programa como este em outros lugares por meio desses recursos federais. Nós poderíamos trabalhar em parceria na seleção de equipes para o Programa Saúde da Família”, conta, enfatizando que o projeto ainda está em andamento e não há acordo fechado.

Negócios

Fundada há 17 anos, a Home Doctor possui atualmente 700 pacientes atendidos pelo modelo de assistência domiciliar. A empresa opera com mais de 70 clientes corporativos (operadoras, seguradoras, autogestões, cooperativas e etc.); tem alguns contratos pontuais com indústrias na área de gestão de saúde, além de atender a uma pequena demanda de clientes privados. Para o próximo ano, a empresa pretende expandir de seis para oito unidades de negócio chegando em Recife (PE) e Brasília.

Seu mais novo projeto: a Unidade de Cuidados Especiais (UCE) teve um investimento de cerca de R\$ 500 mil e está ainda conquistando seus primeiros pacientes. Trata-se de um espaço intermediário entre o home care e o hospital, ou seja, um ambiente estruturado para atender um paciente com a presença de profissionais da saúde, mas com um custo menor do que uma diária de hospital.

Fina garante que há muito a ser desenvolvido no setor de home care no Brasil. Prova disso é a parceria da Home Doctor com a empresa canadense Ideal Life, na área de telemedicina. No entanto, as organizações aguardam o registro dos equipamentos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e também pela Agência Nacional de Telecomunicação (Anatel) para começarem a operar.

O executivo também não descarta parcerias para atuação fora do Brasil. Diz inclusive que a empresa tem sido sondada para firmar alianças que possibilitariam a ida para o mercado internacional. “Estamos sendo procurados por investidores de fora, mesmo no Brasil temos pessoas que querem investir em unidades como a (UCE). Por enquanto, a empresa estuda uma parceria com uma empresa israelense (a qual não revela o nome) de assistência domiciliar e discute a possibilidade de uma joint venture no Brasil. “Eles estão 20 anos à frente no atendimento de idosos e crônicos”, adianta Fina. (Saúde Business Web)

Total Care: Acreditação internacional

Instituição conquista selo da JCI - Joint Commission International - órgão certificador dos serviços de saúde no mundo. Duas novas Unidades do Total Care em São Paulo acabam de conquistar a Acreditação da Joint Commission International (JCI) —órgão

certificador dos serviços de instituições de saúde no mundo. Nove de Julho (Jardins) e Cincinato Braga (Bela Vista) somam-se aos outros três centros já acreditados – Total Care Berrini (SP) e Total Care Barra e Botafogo, no Rio de Janeiro. O Total Care é um centro de acompanhamento e tratamento de pessoas com doenças crônicas da Amil Assistência Médica Internacional.

A Acreditação é um sistema de avaliação externa solicitado voluntariamente para verificar o cumprimento de um conjunto de padrões. O certificado da JCI, que no Brasil é representada pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), atesta a qualidade da assistência prestada com base no princípio de que as instituições de saúde devem ser locais seguros para a prática profissional e para o cuidado com os pacientes.

Segundo diretor técnico do Total Care, Valter Furlan, a metodologia focada em processos permite mensurar as informações para o médico. E ressalta que a instituição costuma medir o que é realizado e isso possibilita saber o que funciona e onde pode-se

melhorar. Ele completa ao dizer que existem indicadores clínicos para cada uma das doenças crônicas acompanhadas e objetivos pré-definidos.

Furlan assegura que a acreditação da JCI traz benefícios para a saúde e qualidade de vida do paciente. Ele diz que já foi vista uma redução

de quase 50% no número de internação desses pacientes, se comparado a pacientes que não estão sendo acompanhados por esse programa.

“Por exemplo, sabemos que pacientes portadores de diabetes têm quase três vezes mais risco de sofrerem um infarto do miocárdio, ou um acidente vascular encefálico, do que aqueles que não têm diabetes. Se esse paciente puder controlar sua doença de forma mais eficiente, ou seja, controlando sua glicemia, seu colesterol e sua pressão arterial, seus riscos diminuem muito”, completa.

A certificação é revalidada a cada três anos por representantes da JCI. O Programa de Qualidade é responsável pela manutenção dos processos aprovados, além de desenvolver e implantar metodologias e procedimentos atualizados.

(Saúde Business Web)

SulAmérica: Carteira de saúde premiada

A SulAmérica Seguros, Previdência e Investimentos foi a campeã do prêmio Cobertura-Performance 2011 na categoria “Melhor Performance Econômico-Financeira - Carteira de Saúde”. A premiação, promovida pela Editora Cobertura, busca reconhecer o trabalho desenvolvido pelas companhias que atuam no mercado segurador.

A avaliação foi realizada pelo economista Francisco Galiza, da Rating de Seguros, responsável por apontar as empresas vencedoras no quesito Performance/Econômico-Financeira. A análise considerou os dados relativos ao desempenho financeiro das companhias em 2010 e primeiro semestre de 2011.

"Ficamos muito felizes por receber este importante reconhecimento. Temos trabalhado continuamente para aprimorar nossa operação, produtos e serviços a fim de deixá-los alinhados à necessidade dos clientes e corretores de seguros. Este é mais um indicativo de que estamos no caminho certo e continuar ouvindo o canal corretor é fundamental para mantermos essa trajetória de sucesso, afinal eles são os principais agentes responsáveis por todas estas mudanças", destaca o diretor de Operações da SulAmérica, Marco Antunes. (Jornal Monitor Mercantil)

Amil registra alta de 66% no lucro do 3º trimestre

A Amil Participações, empresa operadora de planos de saúde, atingiu lucro líquido de R\$ 65,9 milhões no terceiro trimestre.

De julho a setembro, a empresa registrou um total de mais de 5,6 milhões de beneficiários. Do montante, 54,6% respondem por planos corporativos, 20,1% por planos individuais, e 25,3% em planos dentais.

Tal quantidade total de beneficiários é 10,3% maior do que o visto no mesmo período de 2010.

Também em alta, a empresa viu o indicador Ebitda (lucro antes de juros, impostos, depreciação e amortização) crescer 38,8%, totalizando R\$ 170,6 milhões.

Já a receita operacional encerrou o trimestre em R\$ 2,361 bilhões, uma variação positiva de 18,7%.

No sentido oposto, a empresa viu cair em 0,3 ponto percentual o índice de sinistralidade (custo médico), que agora se situa em 72,6%.

"O terceiro trimestre apresenta, historicamente, um forte fator sazonal desfavorável decorrente principalmente do inverno, sendo juntamente com o segundo trimestre, um dos trimestres de maior pressão em termos de custos médicos", justifica a empresa.

Ainda no período, a empresa realizou investimento de R\$ 41,6 milhões com propaganda e publicidade, além de R\$ 188,9 milhões referentes a aquisições. (Rafael Palmeiras - Brasil Econômico)

Fundação Cesp: Saúde - Satisfação dos Beneficiários

Pesquisa da ANS atesta satisfação de usuários de planos de saúde da Fundação CESP

Os planos de saúde administrados pela Fundação CESP, maior fundo de previdência patrocinado por empresas privadas no País, conquistaram a classificação máxima no quesito "Satisfação dos Beneficiários" na pesquisa Índice de Desempenho de Saúde Suplementar (IDSS), da ANS, que avaliou o desempenho das empresas do segmento. A entidade conquistou recebeu pontuação de 0,8 a 1, obtida por apenas 4% das 1.103 operadoras avaliadas pela agência. A Fundação CESP administra três planos de saúde, AMH/AO (Assistência Médico Hospitalar e Odontológica), Nosso Plano de Saúde e o PES (Plano Especial de Saúde), com mais de 55 mil participantes. (Fundação Cesp/AssPreviSite)

Plano Unimed/ANFIP: Adesão até esta quinta-feira

Os associados interessados em aderir ao plano de saúde Unimed/ANFIP sem a necessidade de cumprir prazos de carência têm até quinta-feira (10) para encaminhar a ficha cadastral (clique aqui para preencher a ficha). Aproveite a chance! Conheça aqui os benefícios adicionais para quem aderir ao plano de saúde.

Você também solicitar a adesão pela Central de Vendas da Unimed no 0800 703 5401 ou via ANFIP, pelos telefones 0800 701 6167 e (61) 3251 8100, além do e-mail assistenciais@anfip.org.br. (Anfip)

Geap: Alagoas comemora os 66 anos da Entidade

A Assembleia Legislativa realizou na sexta-feira, 4, uma sessão especial para homenagear a Geap – Fundação de Seguridade Social, pela passagem de seus 66 anos de existência. A iniciativa foi do deputado Ronaldo Medeiros (PT), por considerar de grande importância o trabalho desenvolvido pela instituição, que ao longo de sua trajetória vem prestando serviços na área de saúde e previdência complementar aos servidores públicos federais. "A Geap está presente em mais de dois mil e trezentos municípios. Aqui em Alagoas são mais de 15 mil servidores que utilizam o serviço. São 66 anos de uma instituição séria, que não tem fins lucrativos", destacou Medeiros.

O parlamentar explicou ainda que a mensalidade paga pelos funcionários públicos federais para receber os serviços oferecidos pela Geap é inferior aos valores cobrados pelas operadoras de planos de saúde convencionais. "E mesmo assim ela presta um serviço de qualidade", completou Ronaldo Medeiros.

O gerente regional da Geap em Alagoas, Pátroclus Quintela de Medeiros, agradeceu a iniciativa da Casa de Tavares Bastos e disse que todos que compõem a entidade se sentem honrados com a homenagem. "O deputado Ronaldo Medeiros conhece a fundo os serviços prestados pela Geap, uma vez que é assistido por ela há muito tempo, sabe do diferencial e da atenção que a entidade tem, principalmente com os mais idosos", observou, destacando a importância de se registrar o momento em que a entidade completa 66 anos de existência. "Agradecemos a iniciativa da Assembleia de podermos estar aqui comemorando com todos os nossos assistidos, nesse momento tão especial para a Geap", agradeceu.

Outro que também agradeceu a iniciativa do Parlamento alagoano foi o diretor executivo da Geap, Carlos Célio de Andrade Santos. "A importância de se comemorar 66 anos é fortalecer toda a história que a Geap tem com o servidor público e seus familiares. Para a Geap é uma honra comemorar essa data numa cidade maravilhosa como Maceió", declarou. Durante o pronunciamento, Carlos Célio contou um pouco da história da fundação da entidade e apresentou um vídeo institucional, mostrando um pouco do trabalho realizado pela Geap.

Histórico

Em Alagoas, a Geap tem 15.300 beneficiários na área de saúde e 800 participantes do Plano de Pecúlio Facultativo. A Fundação foi constituída em 1945, como assistência patronal à saúde dos servidores públicos do extinto Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários. Hoje, é uma entidade fechada de previdência complementar que, além de

administrar plano de pecúlio facultativo para aproximadamente 66 mil participantes, oferece assistência de saúde para mais de 630 mil pessoas, entre servidores e dependentes.

A Geap mantém convênio com 91 órgãos da esfera governamental (ministérios, autarquias, universidades, fundações, centros de pesquisa, etc.) das 27 unidades da Federação. Entre as patrocinadoras está o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). (O Jornal)

Bradesco Saúde: Site para atender a deficientes

A Bradesco Saúde é a primeira empresa do setor de saúde suplementar a adaptar seu site www.bradescosauade.com.br para as necessidades de beneficiários de risco e vulneráveis como deficientes visuais e/ou motores e idosos. O novo ambiente, que utiliza tecnologias como autocontraste, alteração do tamanho da fonte, comando de voz e voz eletrônica, pode ser lido por todos os aplicativos Webvox disponíveis no mercado. Para desenvolver o trabalho, a empresa contratou a ONG Acessibilidade Brasil, instituição sem fins lucrativos voltada para inclusão social e digital de portadores de deficiência, credenciada pelo Governo Federal.

A Bradesco Saúde, empresa integrante do Grupo Bradesco Seguros, atende a mais de 3,1 milhões de segurados e está presente em mais de 4,8 mil municípios do País. Até setembro de 2011, sua arrecadação foi de R\$ 5,6 bilhões, o que representa crescimento de 21,7% em relação ao mesmo período do ano anterior. O destaque é para a carteira de pequenas e médias empresas, que apresentou aumento de 30,5% em relação ao mesmo período do ano anterior. Aproximadamente 39 mil empresas no Brasil são clientes da Bradesco Saúde. Atualmente, a sua carteira atende a 38 das 100 maiores empresas em faturamento do Brasil. (CQCS)

S.Francisco Saúde: Mais uma parceria

Ribeirão Preto (SP) - A São Francisco Saúde fechará uma parceria nesta segunda-feira com a operadora de planos de saúde Omint, de São Paulo. Representantes da empresa estarão em Ribeirão para assinar o convênio, que vai garantir aos clientes do Liberté, acesso aos serviços de saúde do Brasil e também do exterior. (Jornal A Cidade-05.11)

OdontoPrev não prevê sanções do Cade

Diante das investidas do Conselho de Defesa Econômica (Cade) na área da saúde, analistas de mercado perguntaram, na sexta-feira, à direção da OdontoPrev se a operadora de planos odontológicos não teme também alguma sanção por parte do órgão regulador.

Desde a oferta inicial de ações (IPO, na sigla em inglês) em 2007, a empresa já promoveu sete aquisições e importantes parcerias como, por exemplo, com a Bradesco Dental e Banco do Brasil.

O mercado de planos dentais conta com 15,7 milhões de beneficiários, sendo que 5,4 milhões são clientes da OdontoPrev, segundo dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O presidente da OdontoPrev, Randal Zanetti, disse acreditar que o setor de planos dentais não sofrerá restrições.

"O Cade tem feito questionamentos pontuais em relação à Bradesco Dental, que estão sendo respondidas sem problemas", disse Zanetti.

O executivo observou que o setor de saúde vem passando por um processo de discussão e revisão que poderá gerar um ambiente regulatório mais transparente.

No fim de outubro, a Dasa e a MD1 Diagnósticos assinaram dois acordos com o Cade em que as empresas vão manter separadas suas marcas, laboratórios e estruturas de funcionamento até o julgamento final da fusão. (Beth Koike - Valor Online)

Cassi: Ouvidoria

Criada para fortalecer o relacionamento da Caixa de Assistência com seu público, a Ouvidoria CASSI é o canal de comunicação que recebe reclamações em segunda instância e denúncias. O serviço está disponível para receber solicitações de participantes, conselheiros de usuários, prestadores de serviço e visitantes por meio de um formulário eletrônico, acessado pelo site – link Fale com a CASSI.

Pela Ouvidoria CASSI, você envia:

Reclamações – se você já encaminhou a sua reclamação para um dos canais de atendimento da Caixa de Assistência e não se sentiu satisfeito com a resposta recebida, você pode, com o número do protocolo de reclamação recebido, registrar sua solicitação pela Ouvidoria CASSI. Antes de entrar em contato com a Ouvidoria, portanto, você deve ter encaminhado sua reclamação para um dos seguintes canais de atendimento da Caixa de Assistência: contato eletrônico, disponível no site – link Fale com a CASSI, Central CASSI (0800 729 0080) ou Unidades CASSI.

Denúncias – as denúncias podem ser enviadas diretamente pelo site da CASSI, sem precisar de registro prévio em outro canal de atendimento. Como esse tipo de solicitação é tratado internamente, não há resposta ao solicitante. (Cassi)

Hapvida inaugura novo hospital no RN

O Hapvida Saúde inaugura hoje um novo hospital em Natal, o primeiro privado da Zona Norte da cidade. A unidade funcionará no prédio onde atualmente estão instalados a Haplínica Zona Norte e o Centro Médico 24h, na Avenida Bacharel Tomaz Landim, em Igapó, via de acesso à ponte. A nova estrutura é composta por dez leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), sendo um em apartamento e nove em enfermarias, e três leitos pós-operatórios. A estrutura também conta com dois centros cirúrgicos de pequena e média complexidade. "Em 2012, entregaremos mais 37 leitos", declara Wilson Franhi, diretor do Hapvida em Natal.

O hospital oferecerá plantão de urgência e emergência com as especialidades de Clínica Médica, Pediatria e Ortopedia, além de exames de imagem e laboratoriais. No prédio de três andares, além desses serviços, o usuário dispõe do atendimento eletivo da Haplínica, com seis especialidades: Ginecologia, Pediatria, Clínica Médica, Ortopedia, Dermatologia, Gastroenterologia, Cardiologia. O local dispõe, ainda, do setor de Fisioterapia.

Este será o terceiro hospital do Hapvida Saúde no Rio Grande do Norte. Além dele, o Sistema mantém os Hospitais

Antonio Prudente, em Natal - onde ontem inaugurou uma nova ala na maternidade - e o Rodolfo Fernandes, em Mossoró, além das Hapclínicas, laboratórios de coleta e Vida & Imagem. Nas regiões Norte e Nordeste, a Hapvida está presente em 11 estados, contabilizando 1 milhão e 50 mil usuários. Desse total, 115 mil estão no RN. (Tribuna do Norte)

Unimed Vitória: Unidade de oncologia

A Unimed Oncologia, inaugurada pela Unimed Vitória na terça-feira, dia 1º, vai incluir atendimento em consultório e tratamento de quimioterapia. O paciente terá acompanhamento de uma equipe multidisciplinar em só local.

A Unimed Oncologia vai incluir atendimento em consultório e tratamento de quimioterapia. O paciente terá acompanhamento de uma equipe multidisciplinar em só local.

As doenças crônicas não transmissíveis já são responsáveis por 70% das mortes no País. Na relação do Ministério da Saúde, que inclui também o diabetes e os problemas cardiovasculares, o câncer é a causa de 15,6% dessas mortes. Ciente da necessidade de oferecer ainda mais atenção aos pacientes oncológicos, a Unimed Vitória inaugura mais um recurso próprio. Trata-se da Unimed Oncologia, um espaço exclusivo para atender aos clientes da cooperativa que precisam de tratamento para a doença.

Segundo o médico coordenador da Unimed Oncologia, o cirurgião oncológico, Guilherme Crespo, a ideia é disponibilizar uma equipe multidisciplinar aos clientes, incluindo médicos, enfermeiros, farmacêuticos, psicólogo e nutricionista. A equipe médica terá profissionais da área de oncologia clínica, cirurgia oncológica e hematologia. “Ao criar uma unidade própria, buscamos focar o paciente e não apenas o tratamento. Significa pensar o ser humano e não apenas a doença. Ele terá acesso a consultas com oncologistas e com cirurgiões oncológicos, além de apoio nutricional, psicológico e até de diagnóstico, que pode redirecionar todo um tratamento e torná-lo mais eficaz”, explica Crespo.

A unidade – que fica no 6º andar do Corporate Office, edifício localizado na Avenida Américo Buaiz, na Enseada do Suá, em Vitória – vai oferecer consultas médicas especializadas e tratamento de quimioterapia ambulatorial. Com 400 metros quadrados, o novo serviço próprio tem capacidade para cinco consultórios, quinze ambientes individuais para tratamento de quimioterapia, três leitos e também leito preparado para cuidados de urgência e emergência e ainda dois postos de enfermagem. Para agilizar o acesso ao tratamento, o processo de autorização poderá ser solicitado pelo cliente no próprio local. Além disso, o cliente que utilizar os serviços da unidade não terá custos de coparticipação.

“Hoje, o paciente oncológico tem um atendimento descentralizado. Com o recurso próprio, o paciente vai contar com o suporte médico de uma equipe integrada, além de um atendimento individualizado”, explica o diretor de Provimento de Saúde da Unimed Vitória, Remegildo Gava Milanez.

Para o diretor-presidente da Unimed Vitória, Márcio de Oliveira Almeida, o objetivo da cooperativa é oferecer um atendimento de qualidade, que garanta a atenção necessária ao cliente. “Entendemos que este é o momento de dedicarmos mais atenção à oncologia. Nossa intenção é integrar várias etapas percorridas pelo paciente oncológico em um mesmo local”, destaca.

Atualmente, a cooperativa conta com outras nove estruturas próprias. São elas: o Centro Integrado de Atenção à Saúde (Cias), as seis clínicas Unimed Fácil, a Unimed Diagnóstico o Viver Unimed, que é o recurso dedicado aos programas de promoção da saúde e qualidade de vida, que foi inaugurado no ano passado. (Saúde Business Web)

Unimed Recife: Hospital digitaliza prontuário

O Recife vai ganhar, este mês, o primeiro hospital privado com prontuários dos pacientes totalmente digitais: o Unimed Recife III.

O projeto se baseia no sistema de gestão de saúde Soul MV, que dispensa a utilização de papel nos registros de procedimentos médicos e assistenciais.

No lugar de formulários em papel, os profissionais utilizam leitores biométricos, que mandam informações diretamente para os computadores, de onde tudo é acessado e gerido.

“As prescrições serão feitas no sistema de Prontuário Eletrônico da MV. Para se identificar, cada médico contará com um cartão pessoal com chip, que funcionará como assinatura eletrônica”, explica Paulo Magnus, presidente da MV.

O software da empresa gaúcha é certificado pelo Conselho Federal de Medicina e pela Sociedade Brasileira de Informática em Saúde para utilização sem papel.

Conforme Magnus, a solução permite centralizar o armazenamento de todos os dados de pacientes em um mesmo lugar, o que facilita o acesso, além de fornecer um histórico de quem realizou todas as ações relacionadas a cada caso, o que aumenta a segurança tanto para os pacientes quanto para os médicos e os funcionários administrativos dos hospitais.

(Gláucia Civa – Baguete)

Bradesco Saúde: Top of Mind Estadão de RH

Bradesco Saúde conquistou, novamente, o Top of Mind Estadão de RH. A operadora recebeu o prêmio no último dia 27, na categoria “seguro de saúde”, pela sétima vez. A 14ª edição do evento, promovido pelo jornal Estado de São Paulo e organizado pela Fênix Editora, premiou as empresas e profissionais mais lembrados em 33 categorias.

O Top of Mind Estadão de RH objetiva conhecer o nível de lembrança dos profissionais que atuam nas áreas de Recursos Humanos das organizações de modo geral. A partir dela, são premiados profissionais de Recursos Humanos, que se destacaram pelas ações das áreas sob seu comando nas empresas que atuam, e as marcas empresariais mais lembradas. (CQCS)

Unimed Litoral Sul: Destaque no índice de desempenho

A Unimed Litoral Sul está entre as 46 (4%) das 1.103 operadoras de Plano de Saúde, de todo o Brasil, avaliadas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2010 que atingiram o índice de melhor desempenho, sendo a única operadora no Estado do Rio Grande do Sul. A nota final da Unimed Litoral Sul ficou em 0,853.

O Relatório do Programa de Qualificação da Saúde Suplementar mostra que 249 empresas (23%) ficaram na última das cinco faixas de avaliação. A escala varia de 0 a 1. A lista com os nomes das operadoras está disponível no site

www.ans.gov.br. A avaliação das operadoras é realizada por meio do Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS), calculado a partir de indicadores definidos pela própria agência. Esses indicadores são reunidos em quatro dimensões: Atenção à Saúde, Econômico-financeira, Estrutura e Operação, e Satisfação do Beneficiário.

Para o presidente do Conselho de Administração da Unimed Litoral Sul, dr. Carlos Faria, o planejamento que por vários anos vem definindo o caminho da cooperativa está sendo reconhecido, mostrando o acerto nas metas, nas propostas e nas ações desenvolvidas.

Segundo ele, isto, mais uma vez, confirma a competência de todos que participam de forma ativa junto aos gestores no Planejamento Estratégico e sua aplicação na operação da empresa, bem como valoriza o trabalho cada vez mais profissional que está sendo exigido dos diretores que, médicos por formação, superam as dificuldades técnicas com a busca contínua de conhecimento e muita dedicação na defesa dos interesses do cooperativismo médico que ora representam na Unimed Litoral Sul. "É importante valorizar todo o grupo de colaboradores que dá a sustentação para que possamos ser destaque em Operadora de Saúde", finaliza o presidente. (Jornal Agora)

Fundação Sanepar: SaneSaúde é a melhor autogestão

O SaneSaúde, plano de saúde dos empregados da Companhia de Saneamento do Paraná (Sanepar), obteve a nota 0,861, a melhor do País, na modalidade autogestão no Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) divulgado pela Agência Nacional de Saúde (ANS). Autogestão em saúde é o plano criado e administrado pela própria empresa ou organização beneficiada, sem fins lucrativos.

Quanto mais perto da nota 1, melhor é o plano. A nota do SaneSaúde foi a mais alta entre 165 operadoras brasileiras. O IDSS avalia o desempenho e a qualificação das operadoras em quatro indicadores, divididos em quatro áreas: Atenção à saúde, Situação econômico-financeira, Estrutura e operação e Satisfação dos beneficiários.

O Índice de Desempenho da Saúde Suplementar (IDSS) faz parte do Programa de Qualificação das Operadoras de Planos de Saúde da ANS. Seu objetivo é contribuir para elevar os níveis de saúde dos brasileiros cobertos por planos privados de saúde. "A satisfação dos beneficiários é nosso principal indicador e trabalhamos sempre para melhorá-lo", diz José Luiz Tabora Rauen, presidente da Fundação Sanepar, administradora do SaneSaúde.

Para Fernando Ghignone, presidente da Sanepar, a excelência do SaneSaúde reforça um dos compromissos da empresa com os empregados. "Temos um dos melhores corpos técnicos do país, que tem a tranquilidade de trabalhar sabendo que sua saúde e a de seus familiares é bem cuidada", afirma Ghignone.

Criado em 1998, o SaneSaúde atende 22.656 pessoas, funcionários da Sanepar e dependentes, realizando em média 43.920 atendimentos mensais, entre consultas ambulatoriais, exames, internações hospitalares com obstetrícia e odontologia. (Fundação Sanepar/AssPreviSite)

Sabesprev: Entre os melhores da saúde

A Sabesprev, fundo de pensão dos empregados da Cia de Saneamento Básico do Estado de São Paulo, tem mais um motivo para festejar seus 20 anos de existência: figura entre os seis melhores planos de saúde do País, segundo relatório de qualificação de atendimento da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, divulgado esta semana. Atualmente o plano de autogestão em saúde da Fundação atende um universo próximo a 54 mil vidas, entre participantes ativos, assistidos e respectivos dependentes, e conta com cerca de quatro mil credenciados, entre hospitais, clínicas e diferentes profissionais da área médica distribuídos na Capital, Litoral e Interior do Estado. (Sabesprev/AssPreviSite)

Metrus: Qualidade de vida e Sustentabilidade

Com o foco na política de qualidade de vida desenvolvida pelo Metrus o Baile da Primavera, que comemorou os 18 anos de existência do Instituto, foi um evento de contagiosa alegria e sucesso para todos os presentes.

A edição da festiva e marcante reunião de sexta-feira, contou ainda com o lançamento de um projeto novo do Instituto envolvendo a questão da sustentabilidade: A reciclagem dos cartões de identificação do Metrus.

O evento, com a participação dos metroviários e seus familiares, faz parte do calendário de reuniões do Instituto com palestras de orientação sobre previdência, preservação da saúde e prevenção de doenças, no auditório de sua sede, em São Paulo. (AssPreviSite)

[TOPO](#)