



Planos simplificados ganham transparência do conteúdo



Prezado colega, Bom dia

O SindLab - Sindicato dos Laboratórios de Minas Gerais comunica-lhe sobre as propostas que tramitam para a implantação pela ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar dos planos de saúde denominados de acessíveis ou simplificados.

Norteadores

Os planos de saúde que estão sendo propostos com a denominação de acessíveis ou simplificados estão baseados nos seguintes norteadores:

1. Rede Hierarquizada

Com direcionamento do beneficiário

Incentivo ao cuidado primário, com acesso inicial obrigatório via médico da família ou de atenção primária, escolhido pelo beneficiário entre os designados pela operadora. Caberá a este profissional (Clínico geral, ginecologista e pediatra) fazer o acompanhamento e todos os encaminhamentos do beneficiário na rede;

2. Coparticipação do beneficiário

Fator moderador

Aumento da coparticipação, fazendo com que o beneficiário participe mais ativamente das decisões que envolvem a sua saúde. Para tanto, é preciso simplificar as regras atuais e rever normativos desta Agência Reguladora, no intuito de que a coparticipação possa atingir ao menos 50% do valor do procedimento;

3. Protocolos Clínicos

Adoção de protocolos clínicos objetivos, de uso obrigatório e que não devem ser diferentes daqueles adotados pelo Sistema Único de Saúde - SUS. O dispositivo garante

a segurança do paciente orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento;

4. Recomposição dos preços dos planos baseada em planilha de custo

O plano acessível de contratação individual deve ter regra de reajuste diferente da adotada atualmente pela ANS, permitindo à operadora recompor o aumento do custo;

5. Segunda opinião

Obrigatoriedade na alta complexidade

A obrigatoriedade de segunda opinião médica, nos casos de maior complexidade, garantirá que as indicações médicas observem as melhores práticas assistenciais e evitará o uso desnecessário de recursos, evitando desperdícios;

6. Prazos de atendimento do beneficiário

Revisão

Prazo de 7(sete) dias para consulta básica (pediatria, clínica médica, cirurgia geral, ginecologia e obstetrícia). Para as demais especialidades, sugere-se alongar de 14(quatorze) para 30 (trinta) dias. Para cirurgias seletivas e programadas sugere-se a alteração de 21(vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias;

7. Comunicação com os beneficiários

Canal digital

Implementação de canais digitais de comunicação com o intuito de reduzir desperdícios em processos administrativos e operacionais. Assim, tanto a venda, quanto o pagamento os extratos e os orientadores de rede assistencial estariam disponíveis para todos, preferencialmente pela internet;

8. Plano regional

Cobertura adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município. Consiste, então no credenciamento dos serviços existentes na região que serão disponibilizados aos beneficiários de acordo com capacidade operacional do município. Para este produto é necessária a flexibilização do Rol de procedimentos da ANS.

Planos

Estes oito norteadores dão origem a três modalidades de plano de assistência à saúde até então não existentes e que são:

1. Plano simplificado

Cobertura para atenção primária conforme Rol da ANS, incluindo consultas nas especialidades previstas no Conselho Federal de Medicina – CFM e serviços auxiliares de diagnóstico e terapias de baixa e média complexidade, resolvendo mais de 85% das necessidades de saúde. Nessa proposta não há previsão para internação, terapias e exames de alta complexidade, atendimento de urgência e emergência e

hospital dia. Por meio do Plano simplificado o beneficiário teria mais de 85% das necessidades de saúde atendidas.

2. Plano ambulatorial e hospitalar

Cobertura de toda atenção primária, atenção especializada de média e alta complexidade. O paciente passaria obrigatoriamente por uma prévia avaliação realizada por médico da família ou da atenção primária, escolhido pelo beneficiário. Caberá a esse médico encaminhar o paciente para a rede especializada, caso julgue necessário. Havendo indicação para atendimento hospitalar, o beneficiário poderá ser encaminhado para uma segunda avaliação médica que reafirme a necessidade para o encaminhamento do procedimento. Vale ressaltar que a cobertura do plano está adaptada à disponibilidade de infraestrutura no município e à capacidade operacional da rede particular.

3. Plano em regime misto de pagamento

Oferece serviço por intermédio de contraprestação mensal para cobertura de serviços hospitalares, terapias de alta complexidade e medicina preventiva, bem como, quando necessário, atendimento ambulatorial. Fica sob a responsabilidade do beneficiário o pagamento do procedimento de acordo com valores previstos em contrato. Os modelos de pré e pós-pagamento serão acordados, assegurando o Rol de Procedimentos da ANS.

Atenciosamente,

Humberto Marques Tibúrcio
SindLab Presidente

Eu fiz minha parte! ®