

O Ministério da Saúde não propôs e não opina sobre nenhuma das propostas elaboradas pelo Grupo de Trabalho para discutir a elaboração do projeto de Plano de Saúde Acessível.

Confira o [ofício](#) enviado à ANS

Visando dar alternativa aos 2 milhões de brasileiros que perderam seus planos de saúde, a participação do Ministério da Saúde foi reunir, para discussão, as mais de 20 instituições ligadas à Saúde Suplementar, como Abramge, Proteste e Unimed, além de representantes do Ministério da Saúde (coordenação), Agência Nacional de Saúde Suplementar e da Confederação Nacional das Empresas de Seguros Gerais, Previdência Privada e Vida, Saúde Suplementar e Capitalização.

Ao fim dos trabalhos, as propostas do grupo foram encaminhadas à ANS. Cabe à agência verificar a legalidade e a pertinência das medidas sugeridas e, eventualmente, adotar alguma ou parte das medidas.

Nenhuma das propostas interfere no direito de qualquer cidadão brasileiro acessar a rede pública de saúde, tendo ele plano de saúde ou não.

Adquirir um plano saúde é uma decisão pessoal, relação que pode ser rompida conforme as regras de seu contrato e protegida pelas mecanismos de defesa do consumidor.

Sobre o documento, os elementos norteadores foram os seguintes:

- Manutenção de uma rede hierarquizada, com incentivo ao cuidado primário e encaminhamento do paciente para as demais especialidades conforme necessidade;
- Coparticipação do usuário de até 50%, buscando uma maior participação do paciente nas decisões que envolvem a sua saúde;
- Definição de protocolos clínicos objetivos, que não deve ser diferente daquele adotado pelo SUS. A medida garante a segurança do paciente, orientando e uniformizando as condutas durante o atendimento;
- Reajuste dos planos acessíveis baseados em planilhas de custo;
- Obrigatoriedade de segunda opinião médica para procedimentos de alto custo, garantindo as melhores práticas;
- Revisão dos prazos de atendimento: 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 eletivas e programadas, sugere-se a alteração de 21 (vinte e um) para 45 (quarenta e cinco) dias;
- Digitalização dos fluxos e canais de comunicação de atendimento e pagamento entre a rede assistencial e as operadoras;
- Regionalização do atendimento, contando com a infraestrutura de cada município ou região.

A partir destes, foram sugeridos três propostas:

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.

Plano Ambulatorial + 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.

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.

Reforça-se que cabe à ANS verificar a legalidade e a pertinência das medidas sugeridas e eventualmente adotar alguma ou parte das medidas.

Fonte: Agência Saúde, em 08.03.2017.