

NOTÍCIAS ZECA DIRCEU

Sociedade pode opinar sobre obrigações de plano de saúde

01/10/2012

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) tem três consultas públicas abertas que encerram neste mês. Até o dia 3, estará sendo discutida a minuta de uma resolução normativa que vai estabelecer princípios para a oferta de medicação de uso domiciliar para beneficiários de planos de saúde que sofram de patologias crônicas.

Em 18 de outubro, encerra o prazo de contribuições à proposta de obrigar as operadoras a criar ouvidorias. E, até o dia 26, o público pode opinar sobre a possível obrigatoriedade de as negativas de autorização para procedimentos médicos (exames consultas e cirurgias) sejam feitas por escrito pelos planos de saúde, sempre que solicitadas pelo beneficiário.

Medicação – A oferta de Medicação Domiciliar visa reduzir o subtratamento das patologias de maior prevalência na população (Diabetes Mellitus, Asma Brônquica, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC, Hipertensão Arterial, Insuficiência Coronariana e Insuficiência Cardíaca Congestiva), bem como deixar claras as regras para que o beneficiário entenda de que forma se dará a oferta.

A ANS está propondo incentivos para as operadoras que oferecerem esse tipo de tratamento, pois o artigo 10 da Lei 9656 permite a exclusão da oferta de medicação domiciliar pelos planos de saúde, o que impede a obrigatoriedade desta cobertura. “Trata-se de uma ação importante tanto para as operadoras quanto para os beneficiários, já que todos poderão ter acesso à continuidade do tratamento e redução de possibilidade de complicações”, diz o diretor-presidente da ANS, Mauricio Ceschin.

Ouvidorias – O objetivo da medida é criar um canal de relacionamento da empresa com os beneficiários e permitir a melhoria na mediação de conflitos. De acordo com a ouvidora da ANS, Stael Riani, a resolução trará resultados positivos para os clientes e para as próprias empresas

por reduzir a judicialização de conflitos e agilizar a solução de problemas. “A maior parte dos problemas que chegam na ANS não são difíceis de se resolver. São questões simples, mas que acabam entrando num processo complexo de apuração”, afirma Stael.

Segundo a ouvidora, as operadoras deverão avaliar suas demandas nas relações com os clientes. A medida visa dimensionar a estrutura das Ouvidorias para tornar esse novo canal eficiente e não apenas criar essa estrutura para cumprir uma mera determinação legal. Ao criar as Ouvidorias, afirma Stael, as operadoras passam a ter uma forma privilegiada de tomar conhecimento dos problemas com os clientes e achar soluções muitas vezes a um custo mais baixo do que em processos mais onerosos de mediação de divergências.

As Ouvidorias terão ainda um papel diferente dos Serviços de Atendimento ao Consumidor (SAC) que exercerão uma função complementar à nova estrutura.

Enquanto a Ouvidoria subordina-se diretamente à presidência da instituição e trabalha na compreensão dos problemas na perspectiva de quem usa o serviço, o SAC geralmente é subordinado à Gerência de Logística e tem soluções padronizadas para situações usuais.

De acordo com a proposta de resolução normativa, as Ouvidorias que serão criadas pelas operadoras deverão ter estrutura específica, com titular designado especialmente para este fim. Deverão também contar com canais próprios e protocolos específicos de atendimento e uma equipe mínima de trabalho compatível com o fluxo de demandas, capaz de dar respostas de modo conclusivo sobre a existência ou não de direito do beneficiário em um prazo de até sete dias úteis. Esse prazo poderá ser pactuado livremente com os clientes diante de situações complexas ou excepcionais.

Justificativa – Regulamentar a prestação de informação aos beneficiários acerca da negativa de autorização dos procedimentos solicitados pelo médico assistente, proposta pela ANS, também reflete uma preocupação demonstrada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ).

Pela regra em debate, as operadoras de planos de saúde deverão informar ao beneficiário, em linguagem clara e adequada, e no prazo máximo de 48 horas, o motivo da ausência de

autorização do procedimento, indicando a cláusula contratual ou o dispositivo legal que a justifique. Nos casos de urgência e emergência a comunicação deverá ser imediata. Se a operadora deixar de informar por escrito os motivos da negativa de cobertura previstos em lei, sempre que solicitado pelo beneficiário, a multa será de R\$ 30 mil.

Com informações da SECOM