

Regulamento do Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas

Versão vigente desde 29 de setembro de 2017



A gente cuida, a vida acontece.



SUMÁRIO

Capítulo I

Glossário.....3

Capítulo II

Definições.....4

Capítulo III

Objetivos.....4

Capítulo IV

Elegibilidade.....5

Capítulo V

Serviços cobertos.....6

Capítulo VI

Obrigações do beneficiário titular e do beneficiário8

Capítulo VII

Encerramento da condição de beneficiário.....9

Capítulo VIII

Custeio9

Capítulo IX

Disposições transitórias..... 10





CAPÍTULO I

Glossário

Art. 1º – Os vocábulos e expressões a seguir apresentados, empregados neste regulamento, possuem o seguinte conceito:

I – Complexidade: Classificação clínica dos beneficiários inscritos no PGC, de acordo com as patologias e risco em saúde e análise da forma de utilização da rede credenciada.

II – Beneficiário: Usuário do PSI identificado pelo levantamento clínico epidemiológico, que, após visita da equipe técnica, manifestar, formalmente, interesse em participar do Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas.

III – Dependente: Pessoa inscrita no PSI como tal, pelo beneficiário, nos termos dos artigos 20 e 21 do regulamento do PSI.

IV – Doenças crônicas não transmissíveis: são doenças que se caracterizam por ter uma etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências e incapacidades funcionais. Estas condições crônicas não apresentam cura e sim controle e tendem a progredir e apresentar complicações caso não sejam adequadamente tratadas.

V – Emergência: Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde, que impliquem em risco iminente de vida ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

VI – Equipe Técnica: Equipe multiprofissional responsável pelo atendimento ao beneficiário inscrito no Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas.



VII – Protocolo Assistencial: Convenção padronizada para atendimento baseado em conhecimento científico vigente, sistematizado.

VIII – Urgência: Ocorrência imprevista de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessite de assistência médica imediata.

CAPÍTULO II

Definições

Art.2º – O Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas é um programa que visa orientar beneficiários do Prosaúde Integrado da Cemig – PSI que sejam portadores de doenças crônicas não transmissíveis, de maior frequência, pela aplicação de protocolos assistenciais validados, e acompanhados por profissionais de saúde.

4

CAPÍTULO III

Objetivos

Art.3º – São objetivos do Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas:

I – Prevenir ou retardar a ocorrência de complicações ou seqüelas que eventualmente possam incapacitar o indivíduo em suas atividades cotidianas;

II – Melhorar a qualidade do tratamento, por meio do uso adequado dos remédios, do controle dos fatores de risco e da mudança dos hábitos de vida;

III – Prover apoio e orientação ao beneficiário, objetivando seu auto-cuidado;



- IV – Promover a educação em saúde;
- V – Promover a estabilidade clínica do beneficiário mediante suporte clínico e assistencial;
- VI – Obter os melhores resultados clínicos utilizando protocolos assistenciais internacionalmente validados;
- VII – Melhorar a qualidade de vida e saúde do beneficiário;
- VIII – Otimizar e racionalizar o uso dos recursos do PSI.

CAPÍTULO IV

Elegibilidade

Art.4º – Poderá ser inscrito como beneficiário da assistência coberta por este Programa o beneficiário ou seu dependente que satisfizer, cumulativamente, as seguintes condições:

- I – Esteja inscrito no Prosaúde e isento do cumprimento de carência conforme estabelecido no art. 55, ou já tenha cumprido a carência estabelecida no inciso IV, do art. 53, do regulamento do PSI;
- II – não esteja em atendimento pelo Programa de Atenção Domiciliar ou Programa Mais Vida;
- III – resida na área de abrangência do Programa;
- IV – seja portador das seguintes condições crônicas gerenciáveis: diabetes mellitus, insuficiência cardíaca congestiva, doença pulmonar obstrutiva crônica (asma, bronquite, enfisema), insuficiência coronariana, hipertensão arterial sistêmica, conforme avaliação de histórico clínico, que sejam identificadas pela análise clínico-epidemiológica realizada pela equipe técnica;
- V – manifestação formal do Beneficiário Titular de ter conhe-



cimento do Regulamento do Programa e interesse em dele participar, mediante Termo de Adesão a lhe ser entregue e recolhido pela Equipe Técnica quando da primeira visita ao Beneficiário.

Parágrafo único – No caso de beneficiário dependente legalmente capaz será, também, exigida a sua anuência, no mesmo termo de adesão firmado pelo beneficiário titular.

CAPÍTULO V

Serviços cobertos

Art.5º – Os serviços a serem cobertos pelo Programa de Gerenciamento de Condições Crônicas são:

I – Visitas domiciliares e ou teleorientação, de acordo com a complexidade de cada beneficiário;

II – Central Médica disponível 24 horas por dia (discagem direta gratuita), para relacionamento com os beneficiários e seus familiares, com a finalidade de orientar e dirimir dúvidas;

III – atendimento de urgência em domicílio, por médico e enfermeiro, conforme necessidade clínica definida por triagem realizada pela equipe técnica da prestadora, nas cidades em que há disponibilidade de atendimento de APH (Assistência Pré-Hospitalar);

IV – cobertura de 80% do valor dos medicamentos indicados para doenças crônicas monitoradas e aprovadas pela Equipe Técnica, quando não fornecidos pelo SUS ou Farmácia Popular; sendo vedado o reembolso dos 20% restantes por outro programa assistencial da Operadora. A cobertura será limitada a uma vez o valor do teto do PGE;

V – cobertura do valor de aquisição de glicosímetro e fitas



de glicemia capilar; aparelho de pico de fluxo e aparelho digital para monitoramento de pressão arterial, conforme avaliação e indicação pela equipe técnica, limitado a um aparelho por beneficiário.

VI – Cobertura de remoção, por solicitação da Equipe Técnica da prestadora, em ambulância UTI, em casos de urgência e emergência, a ser realizada por empresa especializada e conveniada pela prestadora de serviço, em cidades que há disponibilidade de atendimento de APH.

- §1º – As coberturas das despesas com consultas e exames obedecerão aos limites previstos na tabela de preços da Operadora.
- §2º – Constatada alteração da complexidade clínica do beneficiário, poderá ocorrer mudança no nível de atenção dispensada ao mesmo.
- §3º – A cobertura dos itens constantes do inciso V dar-se-á mediante o reembolso de 100% do menor valor constante de 3 (três) orçamentos a serem apresentados pelo beneficiário à Operadora, facultada a esta a verificação do valor de mercado e o seu pagamento pelo menor valor.
- §4º – Aquisição de medicamentos poderá ser feita em drogarias conveniadas.
- §5º – Havendo aquisição fora da rede conveniada poderá ser solicitado reembolso, apresentando o pedido médico/receita, cupom fiscal/nota fiscal de aquisição, podendo esta solicitação ser feita via Portal / aplicativo ou mediante o preenchimento de formulário próprio disponível no Portal da Cemig Saúde.
- §6º – Fica assegurado ao Beneficiário o acesso às informações registradas em seu prontuário, para consulta própria ou do seu



médico assistente.

CAPÍTULO VI

Obrigações do beneficiário titular e do beneficiário

Art.6° – Constituem obrigações do beneficiário Titular ou do seu representante legal:

I – Formalizar adesão ao programa, sua ou de seu dependente, nos termos do inciso V, do art. 4º deste regulamento;

II – acompanhar, em conjunto com a família, os serviços prestados;

III – zelar pela conservação e manutenção dos equipamentos cobertos ou reembolsados pelo Programa;

IV – contribuir para que as orientações e recomendações feitas pela equipe técnica sejam concretizadas;

V – comunicar as alterações do quadro clínico ou necessidade de hospitalização do beneficiário à equipe técnica;

VI – comunicar prontamente eventuais alterações de seu endereço ou telefone à equipe técnica.

Art.7° – Constituem obrigações do beneficiário:

I – Estar presente às visitas nos períodos pré-agendados pela equipe técnica;

II – seguir corretamente as orientações prestadas pela equipe técnica.

CAPÍTULO VII

Encerramento da condição de beneficiário

Art.8º – Será encerrada a inscrição do beneficiário que:

I – Falecer;

II – requerer o cancelamento da inscrição;

III – descumprir os princípios e normas do Programa;

IV – mudar de nível de atenção de atendimento;

V – mudar de residência para localidade não prevista na área de abrangência determinada para o Programa;

VI – perder o vínculo com o PSI;

VII – descumprir as orientações dadas pela Equipe Técnica ou de seu médico assistente, conforme relatório médico;

VIII – receber alta do Programa.

9

Art.9º – O beneficiário receberá alta do Programa após ser submetido ao protocolo de atendimento estabelecido pela Equipe Técnica.

CAPÍTULO VIII

Custeio

Art.10 – As coberturas previstas neste Regulamento serão custeadas, integralmente, por recurso específico destinado para Programas de Prevenção, conforme previsto no Artigo 35, do Capítulo VI do Regulamento do PSI.



CAPÍTULO IX

Disposições transitórias

Art. 11 – Será elegível o beneficiário que resida na área de abrangência do Programa.

Parágrafo único – A área de abrangência poderá ser alterada de acordo com o estudo epidemiológico e a oferta de profissional na região da prestadora de serviços.



Última versão aprovada na 95ª Reunião do
Conselho Deliberativo de 29.09.2017.

Av. Barbacena, 472 • 5º andar • Barro Preto
CEP: 30190-130 • Belo Horizonte • MG
Tel: 0800 0309009 • (31) 3429-5200 (para ligações
originadas de telefone celular)
Portal corporativo: www.cemigsaude.org.br



A gente cuida, a vida acontece.