

Os impactos da CGPAR 23 nos Planos de Saúde das Estatais – Sistema Petrobrás AMS – Assistência Multidisciplinar de Saúde

BRASÍLIA, 28/06/2018

Roteiro da Apresentação

1 – Programa da AMS

- ✓ Breve Histórico
- ✓ Base Regulamentar
- ✓ Custo e Custeio do Programa

2 – Impactos da CGPAR 23

3 – Ações para barrar a Resolução

1 – PROGRAMA DA AMS

Breve Histórico

1976 – Atendimento ambulatorial nas Unidades operacionais e administrativas da Petrobrás somente para os trabalhadores da ativa

1977 – Início das operações com cobertura somente para os trabalhadores da ativa

1984 – Inclusão dos aposentados no Programa (ACT 1984/1985)

1986 – Inclusão das pensionistas no Programa (ACT 1986/1987)

1995 – Greve de 32 dias com julgamento do TST, multas e demissões

1997 – Inclusão do pré-pagamento no custeio do Programa; exclusão de novos beneficiários do Programa (pai ou padrasto, mãe ou madrasta); exclusão de novos beneficiários dos aposentados e pensionistas (conjugue ou companheira(o), filho(a), enteado(a)); inclusão de custeio diferenciado no Programa, entre ativos e aposentados/pensionistas (coparticipação e pré-pagamento)

1999 – Implantação da Comissão da AMS

2001 – Unificação das tabelas de custeio (Grande e Pequeno Risco) entre ativos e aposentados/pensionistas

Breve Histórico

- 2004 - Reinclusão de novos dependentes dos aposentados e pensionistas no Programa (conjugue ou companheira(o), filho(a), enteado(a));
- 2005 – Inclusão de novos procedimentos na modalidade do Grande Risco (quimioterapia, radioterapia e hemodiálise)
- 2006 – Inclusão de novos procedimentos na modalidade de Grande Risco (cirurgia de miopia)
- 2007 – Inclusão de novos procedimentos na modalidade Grande Risco (cirurgia bariátrica)
- 2008 – Enquadramento do Programa na nova legislação passando a ser classificado como Plano de Auto Gestão
- 2009 – Inclusão do Plano 28 no Programa
- 2010 – Inclusão de novos procedimentos na modalidade do Pequeno Risco (implantodontia e próteses)

Breve Histórico

2011 – Inclusão do Benefício Farmácia na modalidade do Pequeno Risco e contratação de operadora do benefício

2013 – Ampliação da lista de medicamentos subsidiados no Benefício Farmácia

2014 – Mudança no modelo do Benefício Farmácia, ampliando a lista de medicamentos subsidiados, contratando nova operadora e alterando o seu custeio para o Grande Risco

2015 – Mudança da Operadora do Benefício Farmácia e implantação do Contrato de Gestão do Programa com a empresa CRC

2016 – Crise e nova mudança de Operadora no Benefício Farmácia e denuncia no TCU

2017 – Mudança do modelo do Benefício Farmácia, cancelamento do contrato com a operadora e implantação de sistema informatizado para pagamento de reembolsos do benefício; publicação da Resolução CGPAR 23

2018 – Mudança do modelo do Benefício Farmácia, reduzindo a cobertura dos medicamentos subsidiados, alterando a modalidade de custeio para o Pequeno Risco e mantendo o sistema informatizado para pagamento de reembolsos;

Base Regulamentar

Definição: Benefício de assistência à saúde oferecido e administrado pela Petrobras,

Objetivo: Promoção, prevenção e recuperação da saúde

Regulação: Normas internas da AMS e Acordos Coletivos de Trabalho

Registro: ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, Código nº36687-1, Sistema de Cadastro de Planos Antigos

Classificação: Plano de Autogestão de Saúde

Conceituação: Plano privado de assistência à saúde, na modalidade coletivo empresarial adaptado à Lei 9.656/98.

População: delimitada e vinculada à pessoa jurídica – PETROBRAS e suas Subsidiárias (Transpetro, BR Distribuidora, TBG, PBIO, etc), por relação empregatícia e seus dependentes

Administração: Recursos Humanos da Petrobras - Rio de Janeiro – RJ.

Base Regulamentar

Serviços: Ambulatorial, Hospitalar com obstetrícia, Odontológico, incluindo Ortodontia, Implantodontia e Prótese Dentária, Clínico e Consultório, Laboratorial e Imagem, PAD (Home Care), PAE, Benefício Farmácia, Auxílio Cuidador, Plano 28, etc.

Cobertura: De acordo com o Regulamento na Classificação Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados com a Saúde Versão 6 – fevereiro/2018 (CID-10), da Organização Mundial de Saúde (OMS), restrito aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, da ANS, definido pela legislação vigente à época da sua demanda e outros procedimentos, de acordo com as recomendações da Associação Médica Brasileira (AMB), e na sua ausência, o mais elevado nível de evidência e grau de recomendação científica, sempre a cargo da área técnica da AMS.

Abrangência: Nacional

Padrão de Internação: Acomodação do tipo individual

Inscrição e permanência: Automática, após o início do contrato de trabalho

Base Regulamentar

Carência: Não há cumprimento de qualquer carência

Cancelamento da Inscrição: mediante preenchimento e assinatura do termo de responsabilidade específico.

Vedações:

- Beneficiário Titular não pode, ao mesmo tempo, ser dependente de outro beneficiário titular
- Beneficiário Dependente não pode, ao mesmo tempo, ser dependente de dois Beneficiários Titulares da AMS
- Beneficiário Titular Pensionista não pode incluir Beneficiários Dependentes

Base Regulamentar

Beneficiários:

- Empregados da Petrobras e Subsidiárias: desde que esteja recebendo remuneração da Petrobras
- Aposentados da Petrobras e Subsidiárias: desde que tenham contribuído para a AMS pelo período mínimo de 10 (dez) anos, excetuando os que já eram aposentados da Petrobrás, até 31 de agosto de 2010
- Pensionistas, reconhecidos e mantidos pelo INSS, desde que tenham sido inscritos na AMS pelo empregado ou aposentado em vida e estejam inscritos e com validade na AMS na data do óbito do titular
- Dependentes: conjuge ou companheiro(a), filho(a), enteado(a), legalmente dependente, menor sob guarda, em processo de adoção, desde que inscritos até a idade de 18 anos, agregados, exclusivamente para empregados em missão no exterior e temporários (recém-nascidos até 30 dias)

Base Regulamentar

Beneficiários (continuação):

- Órfãos, mediante apresentação do respectivo tutor legal
- Anistiados, ex-empregados do Sistema Petrobras, com base na Lei 10.559/2002 e desde que recebam seus proventos através do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MPOG) e pela Lei 8.878/1994.
- Pai ou padrasto, mãe ou madrasta, sem renda, ou com renda limitada a dois salários mínimos, inscritos até 31 de julho de 1997
- Empregado demitido: sem justa causa, com custeio diferenciado (coparticipação de 50% e pré-pagamento em tabela específica), pelo prazo de 1/3 (um terço) do seu período contributivo, mas, com período mínimo de 6 (seis) meses e máximo de 2 (dois) anos (RN 279/11 da ANS),

Base Regulamentar

Elegibilidade:

- Beneficiários Dependente filho(a) ou enteado(a): até 21 anos, ou 24 anos, se estiver cursando nível superior, ou até 28 anos, 11 meses e 29 dias, se estiver inscrito no Plano 28, ou até 33 anos, 11 meses e 29 dias, por opção do Beneficiário Titular.
- Beneficiário Dependente Inválido Filho(a) ou Enteado(a): sem limite de idade, desde que a Invalidez Permanente para o Trabalho ocorra até a idade de 21 anos, e que o dependente não seja emancipado.
- Beneficiários Dependente no Plano PAE: até 24 anos, quando universitário, desde que a Invalidez Permanente para o Trabalho tenha ocorrido até a idade de 21 anos, que o dependente não seja emancipado, que a invalidez seja comprovada por perícia médica da Petrobras, enquanto o Beneficiário Titular estiver vivo, excetuando quando o Beneficiário Dependente for curatelado.
- Filho(a) de Beneficiários Dependentes da AMS: até os trinta (30) primeiros dias de vida.
- Beneficiário Titular Aposentado: sem limite de idade, desde que não tenha sido dispensado por justa causa ou por conveniência da Petrobras ou suas Subsidiárias, desde que não haja descontinuidade maior que 90 (noventa) dias, entre a data do seu desligamento da Petrobras e a data da Concessão do seu Benefício do INSS e desde que a empresa empregadora seja patrocinadora da Petros.

Base Regulamentar

Procedimentos sem cobertura:

- Fora do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS;
- Tratamento de rejuvenescimento ou de emagrecimento com finalidade estética, spas, clínicas de repouso e “estâncias hidrominerais”;
- Odontológicos com finalidade estética e/ou utilização de ligas preciosas, inclusive em trabalhos protéticos;
- Reversão de cirurgia esterilizadora prévia (reversão de laqueadura tubária e reversão de vasectomia);
- Tratamento para infertilidade, reprodução assistida
- Qualquer tratamento esclerosante de varizes
- Internação em estabelecimentos para acolhimento de idosos e internações que não necessitem de cuidados médicos em ambiente hospitalar
- Manutenção da Internação em ambiente hospitalar após a alta médica hospitalar ou após a estabilidade clínica de pacientes portadores de doenças crônicas-degenerativas, passíveis de tratamento ambulatorial/domiciliar
- Diárias hospitalares de parturientes em condições de alta, quando da impossibilidade de alta hospitalar do recém nascido;
- Investigação de paternidade, qualquer técnica, inclusive o exame de DNA

Base Regulamentar

Procedimentos sem cobertura (continuação):

- Procedimentos clínicos ou cirúrgicos para fins estéticos, bem como órteses e próteses para o mesmo fim
- Fornecimento de órteses: óculos/lentes de contato, aparelhos auditivos, muletas, bengalas, talas, colchões d'água e assemelhados, coletes ortopédicos/splint, botas, tênis, sapatos ortopédicos, tutores não cirúrgicos, meias compressivas; cadeiras de rodas e aparelhos auditivos externos
- Remoção por meio de transporte aquático ou aéreo, inclusive UTI aérea;
- Atendimento fora do território nacional, desde que o beneficiário não esteja em missão ou seja expatriado
- Tratamento clínico ou cirúrgico considerado experimental pelo Conselho Federal de Medicina – CFM ou pelo Conselho Federal de Odontologia- CFO;
- Emprega medicamentos e produtos para a saúde (próteses ou materiais especiais) que não possuem as indicações descritas na bula/manual registrado na ANVISA (uso “off-label”);
- Tratamentos ilícitos ou antiéticos, ou não reconhecidos pelas autoridades competentes
- Necropsias
- Transplantes realizados por equipes e/ou hospitais não autorizados pelo Ministério da Saúde;
- Fator estimulador de crescimento ósseo;
- Despesas decorrentes de programas de condicionamento físico, tais como: professores de educação física, academias de ginástica e demais práticas desportivas.

Base Regulamentar

Procedimentos sem cobertura (continuação):

- Despesas médicas e odontológicas resultantes de lesões sofridas durante a participação em rebeliões, greves ou insurreições, lutas e/ou crimes, nos quais o empregado ou dependente tenha participado diretamente, comprovada sua culpabilidade;
- Despesas efetuadas durante a internação hospitalar, como: telefonemas, alimentação extra, aluguel de TV e canais de TV fechados, lavagem de roupas
- Ressarcimento de danos ao patrimônio da instituição de internação, materiais de uso pessoal e higiênico
- Exames complementares destinados a exames ocupacionais admissional, periódico e demissional
- Vacinas para prevenção de doenças infecto-contagiosas;
- Reembolso de despesas com aquisição de leites; alimentos para doenças disabsortivas; suplementos alimentares de qualquer natureza e vitaminas
- Fraldas, materiais de higiene pessoal e limpeza doméstica inclusive para beneficiários inscritos no PAD;
- Despesas com enfermagem particular e cuidadores durante a internação hospitalar
- Reembolso de qualquer despesa de procedimentos em saúde realizados em domicílio que não tenham sido autorizados pela auditoria técnica da equipe operacional do PAD
- Próteses penianas infláveis;
- Imunoterapia de qualquer natureza.

Base Regulamentar

Modalidades de atendimento: Escolha Dirigida e Livre Escolha.

- **Escolha Dirigida:** Beneficiários utilizam os serviços de profissionais e instituições credenciados pela Petrobras. Nesta modalidade, não é necessário realizar qualquer desembolso no ato do atendimento.
- **Livre Escolha:** Beneficiários utilizam os serviços de profissionais ou instituições não credenciados da AMS, “*de acordo com a sua preferência*” ou devido a falta de credenciados no município de demanda do procedimento em saúde, sendo que o reembolso será de acordo com tabelas de valores definidas em Regulamento.
- **Observações:** I. Não há reembolso quando o atendimento for feito por credenciado; II. No PAD não há a modalidade da Livre Escolha

Base Regulamentar

Modalidades de Custeio: Grande Risco e Pequeno Risco

- **Grande Risco (pré-pagamento):** a participação financeira do titular é através de pré-pagamento, cuja tabela é calculada de acordo com a faixa salarial do titular e a idade de cada beneficiário. A receita do Grande Risco destina-se às despesas referentes à cobertura dos eventos e procedimentos assistenciais em saúde, sob regime de internação hospitalar ou domiciliar; além dos medicamentos orais e subcutâneos direcionados para o tratamento de câncer, hepatites virais, insuficiência renal crônica e HIV/AIDS, desde que obedeçam a critérios específicos.

Base Regulamentar

Modalidades de Custeio (continuação):

- **Pequeno Risco (coparticipação):** a participação financeira do titular é através de um percentual de coparticipação financeira sobre os custos de procedimentos assistenciais prestados fora do regime de internação hospitalar e domiciliar, a exemplo de exames, consultas, e todos os procedimentos realizados em ambulatório. Os valores percentuais de coparticipação no Pequeno Risco variam de acordo, somente, com as faixas salariais

Base Regulamentar

Modalidades de Custeio (continuação):

➤ **Pequeno Risco (coparticipação):** As formas de coparticipação financeira adotadas pela AMS são: Pequeno Risco, Plano 28, Psicoterapia, Ortodontia, Internação para tratamento de dependência química, Cirurgia Refrativa, Benefício Farmácia e Beneficiários inscritos por Determinação Judicial.

Base Regulamentar

Modalidades de Custeio (continuação):

Observações: I. No Plano 28 a coparticipação do Pequeno Risco é fixa, em 50% da tabela vigente da AMS, e independe da classe de renda do Beneficiário Titular e o pré-pagamento é uma contribuição mensal por dependente, fixada pela Companhia e validado pelos Acordos Coletivos de Trabalho, que também independe da classe de renda do Beneficiário Titular e da idade do Beneficiário Dependente. II. Ambas são cobradas do Beneficiário Titular e independente da margem de desconto da AMS, através de desconto no contracheque ou, em casos específicos, mediante emissão de boleto bancário; III. As dúvidas quanto a classificação da modalidade de custeio são resolvidas através do “Call Center” ou Posto de Atendimento da AMS

Base Regulamentar

Regulação: A verificação da pertinência de cobertura de procedimentos solicitados pelos beneficiários é feita através de Autorização Prévia (AP); Perícia; Junta Profissional (3ª Opinião) e Auditorias Médicas e Odontológicas (inicial e final), excetuando os procedimentos de urgência e emergência.

Reajuste: Aplicado na tabela de Grande Risco na época da revisão do Acordo Coletivo de Trabalho (ACT) da Petrobras, historicamente no mês de setembro. O índice financeiro aplicado para fins de reajuste será aquele obtido após as negociações de ACT, de forma a manter o equilíbrio financeiro do benefício.

Base Regulamentar

Faixas etárias: São definidas na RN 63/2003 da ANS, para cobrança dos valores do pré-pagamento. São cobrados para cada Beneficiário, somente é aplicada quando o Beneficiário completa a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao seu aniversário. São dez faixas etárias: (0 (zero) a 18 (dezoito) anos; 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos; 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos; 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos; 34 (trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos; 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos; 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos; 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos; 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos; 59 (cinquenta e nove) anos ou mais).

Relação de Custeio Total: O percentual máximo das empresas é 70 % e dos Beneficiários é 30%. O ajuste é feito na Comissão da AMS, geralmente na Tabela do Grande Risco. Os procedimentos classificados como Grande Risco representam, em média, 65% do custo total do Programa

Custo e Custeio do Programa

Faixas etárias:

2 — Impactos da CGPAR 23

Impactos da CGPAR 23

- Publicada no Diário Oficial da União de 18 e 26 de janeiro
- O governo golpista pretende mudar radicalmente os planos de saúde das empresas públicas e estatais.
- Mais uma medida de destruição de direitos sociais, dentre inúmeras outras, somente possível graças ao Golpe de Estado de 16.
- "Resolução" não é lei, nem decreto. É a expressão pública da vontade do acionista majoritário, a declarar suas metas administrativas
- 20 anos atrás, o governo neoliberal de FHC também publicou uma série de resoluções alterando direitos dos empregados das estatais
- Na Petrobrás, algumas restringiram direitos por anos, e outras foram derrotadas pela mobilização dos trabalhadores e nunca saíram do papel.
- A 1ª lição histórica para este novo confronto é que as resoluções podem ser vencidas via mobilização e negociação coletiva. Não se trata de uma determinação inevitável.

Impactos da CGPAR 23

- O Art. 3º, dispõe sobre o limite de contribuição patronal para o plano em, no máximo, 50% do custeio geral, enquanto a Petrobrás arca com 70%.
- O artigo 4º veda a autogestão do plano por RH, tornando obrigatória a interposição de empresa contratada: caminho aberto à corrupção, sacramentando a entrega do benefício para os planos ou seguradoras privados.
- O Art. 8º dispõe que o plano de saúde passará a ser limitado apenas aos empregados da ativa! Como a norma afirma respeitar o Direito Adquirido, os já aposentados, ou aposentáveis, teriam a AMS garantida. Porém, aqui abre-se o conflito.
- Com o ACT 2017-19 os direitos dos beneficiários estariam garantidos. O direito de aposentados e pensionistas à AMS está previsto na Cláusula 30, não há como a empresa mudar essa situação até 31 de agosto de 2019. A própria Res. 23 reconhece isso no seu Art. 15.
- Isso valeria para todos os demais retrocessos, tais como, a cobrança da participação do empregado por faixas etárias, e a financeirização do plano (estas, e outras, no Art. 9º).

Impactos da CGPAR 23

- Entretanto, há que se fazer uma discussão sobre o conceito do "direito adquirido".
- Nesse sentido, há alguns pontos a serem levantados que são relevantes para essa discussão:
 - I. Nos Editais do concurso para empregado da Petrobras e Subsidiárias constava a oferta de plano de saúde, agora cita apenas benefícios estabelecidos em Acordo Coletivo
 - II. Nos Editais de Concurso nunca constou a oferta do plano na fase de inatividade, somente no Acordo Coletivo
 - III. No contrato de trabalho do empregado da Petrobras consta a garantia da oferta de plano de saúde, mas não inclui a fase de inatividade
 - IV. O direito adquirido seria para aqueles que já possuem atualmente o plano de saúde, mesmo que ainda na ativa, sendo que, a garantia do plano de saúde para a fase de inatividade está previsto somente no Acordo Coletivo

Impactos da CGPAR 23

- V. O direito adquirido seria apenas para aqueles aposentados e pensionistas quando da promulgação da Resolução?
 - VI. O artigo 10 da Resolução dá margem a interpretação de que todos os que estão contemplados no Plano de Saúde têm o tal "direito adquirido", já que esse artigo determina que *“as empresas que concedem benefícios de assistência à saúde, na modalidade autogestão, que não se enquadrem nas condições estabelecidas no art. 9º deverão fechar seus planos para adesão de empregados admitidos após a entrada em vigor desta Resolução;”* e ainda que *“somente estarão autorizadas a oferecer para seus novos empregados benefício de assistência à saúde na modalidade de reembolso.”*
 - VII. Se as empresas que não se enquadram nas regras estabelecidas, para terem planos de autogestão, deverão fechar os planos para os admitidos, após a Resolução, podemos concluir que, quem estava admitido, até aquele momento, teria direito adquirido
- Com a palavra, os nossos ADVOGADOS.....

Impactos da CGPAR 23

- O artigo 11 determina que os editais de processos seletivos para admissão de empregados das empresas estatais federais não deverão prever o oferecimento de benefícios de assistência à saúde. Haverá uma clara discriminação entre empregados pré e pós Resolução.
- A Resolução também enfraquece a posição dos sindicatos no momento do acordo coletivo, pois determina que *"as empresas estatais federais que possuam o benefício de assistência à saúde previsto em Acordos Coletivos de Trabalho - ACT deverão tomar as providências necessárias para que, nas futuras negociações, a previsão constante no ACT se limite à garantia do benefício de assistência à saúde, sem previsão de qualquer detalhamento do mesmo"*.
- A Resolução volta a falar no "direito adquirido" em seu art. 17: *"respeitado o direito adquirido, as empresas estatais federais deverão adequar seus normativos internos, de forma a deixá-los em conformidade com esta Resolução"*. Mais uma vez, fica patente a importância do entendimento jurídico quanto ao direito adquirido.
- A Resolução dá 48 meses para que as estatais se adequem às suas regras.
- Portanto, o conflito da próxima negociação coletiva já está anunciado. E a correlação de forças será, como sempre, o verdadeiro determinante.
- Talvez um novo governo traga alguma esperança.

3 – Ações para barrar a Resolução

Ações para barrar a Resolução

➤ **Jurídicas:**

- I. Contratação de Pareceres jurídicos de juristas renomados
- II. Organização e realização do Encontro Nacional do Jurídico das Entidades
- III. Estabelecimento das estratégias e ações jurídicas no Encontro Nacional do Jurídico das Entidades

➤ **Institucionais:**

- I. Realização de Audiências Públicas em todos as Instâncias do Legislativo, Judiciário e Ministério Público, estaduais e federais
- II. Atos públicos nacionais e estaduais em frente aos Ministérios do Planejamento e da Fazenda, STF, ANS, Câmara dos Deputados e Palácio do Planalto
- III. Campanha de mídia e nas redes sociais

Ações para barrar a Resolução

➤ Políticas

- I. Realizar paralisações nas empresas estatais em datas unificadas
- II. Realizar Assembleias e Seminários com os trabalhadores para formar consciência crítica
- III. Deliberar nas Assembleias a construção de uma greve nacional unificada

➤ Administrativas e Financeiras:

- I. Fortalecimento do Fórum das Estatais e Empresas Públicas
- II. Rateio Nacional das despesas definido no Fórum das Estatais
- III. Reunião ordinária mensal do Fórum, na primeira quarta do mês, para definir, acompanhar, cobrar e executar das atividades deliberadas
- IV. Organização, convocação e realização do Encontro Nacional do Jurídico das Entidades conforme a necessidade
- V. Organização, convocação e realização das Audiências Públicas, Atos públicos conforme a demanda e campanha de mídia e redes sociais
- VI. Avaliação das paralisações, Assembleias, Seminários realizados
- VII. Organização do Comando de Greve Nacional