

CE DA-0082/2014

Florianópolis, 18 de dezembro de 2014

À Senhora
Rosilene Gomes Viana
Intersindical dos Eletricitários do Sul do Brasil - INTERSUL
Rua João Pio Duarte Silva, 404 – Bloco Cardeal – Ap. 107 - Córrego Grande
88037-000 - Florianópolis - SC

Ref.: Sua Correspondência INTERSUL 064/2014, de 21/11/2014 - Plano de Saúde.

Prezada Secretária,

Com nossas cordiais saudações, reportamo-nos aos questionamentos apontados na Correspondência em destaque, para esclarecer o que segue:

Item "1 - Cobrança de coparticipação sob a forma de percentual nos casos de internação hospitalar:

1.1. A cobrança de coparticipação nesses casos também ocorre sob os mesmos percentuais?"

Manifestação: Sim, na rede credenciada o percentual é 80% para Empresa e 20% para o beneficiário, excetuando os casos em que o beneficiário esteja enquadrado no tratamento de Alto Custo, onde a coparticipação na internação hospitalar será de 5% para o beneficiário e 95% para a Empresa.

Item "1.2. Nos casos de internação hospitalar, a cobrança de coparticipação sob a forma de percentual não está em desacordo com a legislação citada?"

Manifestação: O Plano de Saúde Eletrosul foi implantado antes da publicação da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar - CONSU Nº 08, de 03 de novembro de 1998, razão pela qual, entendemos que não está sujeito aos efeitos da referida Resolução. Entretanto, considerando a adoção de prática em empresas do Sistema Eletrobras, com mudanças na coparticipação de alguns procedimentos para dar suporte a aplicabilidade de redução na coparticipação na internação hospitalar, a Eletrosul, visando a unificação de práticas, iniciará estudos sobre o assunto no primeiro semestre de 2015.

Item "2 - Cobrança de coparticipação diferenciada em função do grau de parentesco. Conforme a NG 18, dependentes ascendentes não fazem jus aos tratamentos de alto custo.

2.2. Este ponto não viola a resolução mencionada no art. 2º, inciso IV?"

PW -

Manifestação: Ratificamos o entendimento empresarial expresso no item anterior, ressaltando que inexistente diferenciação de cobrança de coparticipação aos ascendentes. Aos ascendentes são oferecidas as coberturas de atendimento às doenças consideradas de alta gravidade. O Programa de Tratamento de Alto Custo, com o custeio diferenciado pela Empresa, foi concedido somente aos empregados e seus dependentes diretos, desde sua criação.

Item "3 - Utilização do SUS pelos beneficiários do plano de saúde Eletrosul.

3.1. Com base em qual legislação ou jurisprudência a diretoria, através de comunicado enviado à todos os funcionários, proíbe a utilização do SUS e avisa sobre a possibilidade de desconto integral ou parcial dos custos de atendimento daqueles que assim o fizerem?"

Manifestação: O art. 32 da Lei 9656/98 estabelece que "Serão ressarcidos pelas operadoras dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, de acordo com normas a serem definidas pela ANS, os serviços de atendimento à saúde previstos nos respectivos contratos, prestados a seus consumidores e respectivos dependentes, em instituições públicas ou privadas, conveniadas ou contratadas, integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS".

Dessa forma, a Empresa orientou os empregados para evitar a utilização do SUS visto que os atendimentos realizados são cobrados de forma majorada, em 50% acima dos valores praticados na rede credenciada do Plano de Saúde Eletrosul.

A cobrança da coparticipação, até então, no entendimento da Empresa, era devida da mesma forma de quando o atendimento fosse realizado em um credenciado, já que havia o pagamento do atendimento para o SUS.

A Empresa já encaminhou consulta à Agência Nacional de Saúde - ANS quanto a aplicabilidade do art. 32 da Lei 9656/98, no Plano de Saúde Eletrosul, um plano na modalidade de autogestão, sem mensalidade, apenas coparticipação quando da utilização, e consulta a respeito da cobrança de coparticipação dos beneficiários nos atendimentos realizados nos Sistema Único de Saúde. Estamos aguardando as respostas da ANS para tomar as providências cabíveis.

Item "4 - Alteração da NORMA DE BENEFÍCIOS sem anuência ou mesmo contato com as entidades sindicais.

4.1. Quais foram as alterações e o que as motivou, já que algumas das alterações já constatadas por essas entidades trazem claro prejuízo aos trabalhadores? Como exemplo citamos o aumento de 50 para 65 anos de idade a condição para compra de vitaminas sem a autorização prévia da empresa."

Manifestação: Os normativos internos são constantemente revisados adequando-se as práticas administrativas internas, atualizando-se alterações decorrentes de Acordos Coletivos de Trabalho e ajustando redações da unificação de práticas de administração de pessoal nas empresas da Eletrobras.

As alterações da NG-018 - Benefícios Legais e Assistenciais, estão apresentadas no documento anexo:



Anexo da CE DA.docx

Item "5 - Negativa de autorização para implantes dentários. Chegam às entidades sindicais denúncias de que estaria sendo imposto limite de oito dentes para implantes através do plano de saúde Eletrosul.

PKJ

5.1. A informação é verdadeira?

Manifestação: Na Norma de Gestão Empresarial NG 018 não há limites para implantes dentários, porém a Norma estabelece que no item 5.5.7.10.1 que "*As despesas odontológicas são cobertas mediante análise e aprovação prévia da Guia de Tratamento Odontológico (formulário Mod. ELETROSUL EVT-2769).*"

Desde o ano de 2010, a Empresa está percebendo um aumento no número de solicitações de tratamento dentário com implantes.

Em Agosto de 2010, a pedido dos dentistas credenciados, foi criado um código específico para implantes de elementos com grande perda óssea, 87111946. Tal código remunera melhor que o código que vinha sendo utilizado até então, 87010909 - Implante Dentário - Por Elemento.

Fazendo uma análise histórica de 2009 até 2013 e somando os dois códigos de implantes dentários, a Empresa teve um crescimento de mais de 90% no valor desse tratamento dentário.

Dessa forma, analisando o grande número de pedidos de implantes dentários, percebendo a prática de o abuso de alguns Odontologistas, a Empresa passou a ser mais criteriosa aumentar o grau de avaliação de critérios na aprovação desses tratamentos.

Item "5.2. Quais parâmetros são utilizados para que se limite em oito o número de implantes?"

Manifestação: Atualmente, pela Norma de Gestão Empresarial NG-018, não há limites para implantes dentários, porém a norma estabelece que no item 5.5.7.10.1 que "*As despesas odontológicas são cobertas mediante análise e aprovação prévia da Guia de Tratamento Odontológico (formulário Mod. ELETROSUL EVT-2769).*"

2. Aproveitamos a oportunidade para lembrar que continuamos à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,



Paulo Afonso Evangelista Vieira
Diretor Administrativo

Missão: Atuar nos mercados de energia de forma integrada, rentável e sustentável.

Anexo da CE DA-0082/2014, de 18/12/2014

Apresentamos, a seguir, as alterações aprovadas na Diretoria Executiva, na NG-18 - Benefícios Legais e Assistenciais, após reuniões de consenso envolvendo a área gestora e as áreas de auditoria, jurídico e gabinetes das Diretorias:

- exclusão de item sobre o auxílio-creche concedido pela Portaria 3.296, de 03/09/06, do Ministério do Trabalho e Emprego, que se refere reembolso integral das despesas até o dependente completar 6 meses de idade, sendo a referida legislação citada somente no capítulo específico. A Empresa adotou a licença-maternidade estendida (60 dias), oferecendo 180 dias de licença para as empregadas, de acordo com a lei 11.770/08. Desta forma, a Empresa fica desobrigada de atender a Portaria 3.296 do MTE, uma vez que a mesma refere-se ao reembolso integral das despesas até 6 meses de idade do dependente quando a empregada retorna ao trabalho antes deste período;
- alteração dos limites de reembolso por idade no auxílio-creche - item 5.1.1;
- inclusão da alimentação e do material didático no rol de despesas consideradas com educação - item 5.1.4, acompanhando a unificação de procedimentos entre as empresas Eletrobras;
- alteração do critério de definição do valor teto mensal do benefício auxílio-creche passando a ser definido pela Diretoria Executiva ou Acordo Coletivo de Trabalho - item 5.1.8, adequando a prática entre as empresas do Grupo Eletrobras;
- inclusão de critérios quanto ao recebimento do benefício auxílio-creche no momento da admissão ou rescisão do contrato de trabalho do empregado - itens 5.1.9 e 5.1.10, estabelecendo critério de data definida que é o dia 15 de cada mês, ou seja, o empregado admitido antes do dia 15 faz jus ao benefício e se a rescisão ocorrer após o dia 15, também faz jus ao benefício daquele mês;
- previsão de concessão de auxílio-babá e seus critérios - item 5.1.11 e desdobramentos, em conformidade com ACT 2011/2012;
- inclusão das regras referentes ao autodesenvolvimento, anteriormente previstas na NG-014 - item 5.2 e desdobramentos, esta concessão era considerada atividade de treinamento e com a unificação das práticas de treinamento pela UNISE, adequou-se a forma de concessão pela natureza de benefício, sendo incluído o assunto na NG-018;
- previsão da definição do reajuste do valor facial do auxílio-alimentação e da quantidade mensal, por Acordo Coletivo - item 5.3.7;
- inclusão de prazo para o pagamento pela Empresa do auxílio-alimentação - item 5.3.8, conforme definido em Acordo Coletivo;
- alteração da quantidade de vales-transporte concedidos de 46 para o número de dias úteis no mês - item 5.4.2.2, decorrente de adequação à Lei 7.418/85, que define que a concessão desse benefício pelo número de dias úteis de trabalho;

- inclusão de critérios quanto ao recebimento do benefício vale-transporte assistencial no momento da admissão ou rescisão do contrato de trabalho do empregado - itens 5.4.2.3 e 5.4.2.4, e em períodos de afastamento do trabalho - item 5.4.2.5, adequação à Lei 7.418/85, que define que a concessão desse benefício pelo número de dias úteis trabalhados;
- definição das tabelas de serviços do Plano de Saúde adotadas pela Empresa, sendo a Tabela de Credenciamento conforme a Tabela Unificada de Serviços de Saúde (TUSS), adotada pela Agência Nacional de Saúde (ANS), e a Tabela de Reembolso conforme definição da Empresa - itens 5.5.3.5 e 5.5.3.6;
- inclusão de critérios para emissão e utilização da carteira de identificação do Plano de Saúde, inclusive quanto a concessão do cartão Unimed nas localidades autorizadas - item 5.5.4 e desdobramentos, adequação de prática administrativa;
- inclusão de exigência de experiência mínima no exercício da profissão no credenciamento de profissionais na condição de pessoa jurídica - item 5.5.5.1.1, com justificativa na qualificação dos prestadores de serviços em saúde, com prática;
- inclusão de regra sobre consultas - item 5.5.7.1, inclusão de orientação sobre a marcação de consultas e as responsabilidades do cancelamento, com a possibilidade de desconto por parte do credenciado, se não cancelada antecipadamente. Adequação de prática de mercado dos Planos de Saúde;
- inclusão de regras sobre internação hospitalar - item 5.5.7.2 e desdobramentos, como orientação administrativa;
- inclusão de regra sobre material cirúrgico - item 5.5.7.3, não havia orientação sobre este procedimento, de forma específica;
- exclusão de previsão de reembolso de despesas com materiais necessários à manutenção e conservação de lentes de contato quando acompanhadas de receita médica. A Empresa reembolsa medicamentos e, sendo o produto de manutenção e conservação de lentes de contato um produto de limpeza, entendeu-se que a Empresa não deve reembolsar tal produto;
- definição da quantidade de lentes de contato descartáveis reembolsadas, conforme sua durabilidade - item 5.5.7.6.1.2, não havia regra para este tipo de lentes descartáveis;
- definição de limite máximo para concessão de financiamento de óculos, conforme o tipo de lente - item 5.5.7.6.1.7, com base no mercado identificou-se a média de valores para lentes especiais e multifocais e uma média no valor das armações, que não devem exceder o maior valor no benefício ofertado pela Empresa e sim as lentes para a correção visual;
- inclusão de previsão de reembolso de aparelho de apnéia do sono e carência - item 5.5.7.6.2.2, benefício não concedido anteriormente e incluído devido a demanda de necessidade do tratamento de apnéia, principalmente pela idade média dos beneficiários do Plano de Saúde;

PM

- retirada da cirurgia ortopédica enquanto tratamento de alto custo, visto que a grande maioria dessas intervenções não são enquadradas como tal - item 5.5.7.7.1. Os casos excepcionais desse tipo de cirurgia que se enquadrarem como Tratamento de Alto Custo serão analisados pela auditoria médica;
- alteração da referência para o limite da participação financeira da Empresa nos tratamentos de alto custo de R\$ 10.000,00 para os tetos das Tabelas de Serviços - item 5.5.7.7.6, excluindo-se a regra do custeio a partir somente de dez mil reais, para a partir da caracterização da doença;
- inclusão da hidroterapia no rol de tratamentos custeados pela Empresa - item 5.5.7.9.1, o reconhecimento deste tratamento como procedimento de Fisioterapia;
- aumento do limite do número de sessões de Reeducação Postural Global (RPG) custeadas pela Empresa de 48 para 50 - item 5.5.7.9.2, adequação de procedimento facilitando conclusão do tratamento;
- atualização das regras de cobertura da assistência odontológica - item 5.5.7.10 e desdobramentos, não aceitando mais o "Termo de Responsabilidade" assinado pelo empregado, assumindo todos os riscos de sua decisão, dá-se pelo fato da grande oferta de profissionais no mercado com essas especializações. A intenção maior é minimizar os riscos para os pacientes em fazer tais procedimentos com profissionais não habilitados;
- inclusão de regras sobre medicamentos de uso contínuo - item 5.5.7.11 e desdobramentos, os medicamentos estão constantemente modificando e novos produtos surgem que não são medicamentos e precisam ser esclarecidos aos empregados e as farmácias, quais são cobertos pelo adequação a Lei 7.418/85, que define que a concessão desse benefício pelo número de dias úteis de trabalho;ano de Saúde;
- revisão da relação de serviços e produtos não reembolsados e dos reembolsados mediante autorização, e inclusão de itens anteriormente previstos nos procedimentos - itens 5.5.8 e 5.5.9 e desdobramentos. A revisão ocorreu por solicitação das médicas auditoras, que ao longo do tempo identificaram um número crescente de solicitações de autorizações de produtos e serviços das mais variadas espécies sem nenhuma comprovação médica de sua eficácia;
- previsão de reembolso integral de despesas com transporte, hospedagem e refeição de acompanhante de empregado em tratamento de saúde decorrido de acidente de trabalho - itens 5.5.11.1.1 e 5.5.11.1.2, com o objetivo de reunir itens específicos sobre o assunto;
- detalhamento dos benefícios de assistência aos inscritos nos programas PAPD, PRAD e Cuidador Social - itens 5.6, 5.7 e 5.8 e seus desdobramentos, com o objetivo de reunir itens específicos sobre o assunto;
- inclusão do benefício de Auxílio de Previdência Complementar na Fundação ELOS - item 5.11 e desdobramento, não havia item específico sobre este benefício;



- exclusão do conteúdo referente ao atendimento do Serviço Social, por se referir ao exercício da profissão do Assistente Social, e não ser vinculado a Norma de Benefícios;

- retirada de limite de prazo de 180 dias, no caso de utilização por ex-empregado aposentado pela Fundação ELOS e dependentes aceitos pela Empresa da rede credenciada para assistência médico-hospitalar, odontológica, psicológica, fonoaudiológica, fisioterápica, nutricional, farmácia e a realização de exames complementares, mediante o pagamento do preço da tabela acordada com a Empresa - item 7.5, a concessão do direito ao pagamento no ato, para os empregados que se desligarem da Empresa e não aderirem ao Plano Elosaúde. Esta condição não tem mais ocorrido;

- limitação do atendimento de ex-empregado inscrito no ELOSAÚDE, bem como seus dependentes aceitos pela Empresa, pelo Sistema de Credenciamento da Empresa até o cumprimento das carências do Plano Odontológico - item 7.9.

Em atenção ao mencionado quanto a alteração da cobertura pelo Plano de Saúde, no tratamento complementar vitamínico, de 50 para 65 anos, esclarecemos que a alteração na NG-018, em seu item 5.5.9.1, dispensa a autorização para aquisição de complexos vitamínicos para beneficiários na idade entre 0 e 12 anos e acima de **60 anos**, esta definição decorre da análise dos médicos auditores do Plano, que a complementação vitamínica é devida ao ser humano na fase infantil e na fase de senilidade, para tanto, aderimos ao conceito estabelecido no Estatuto do Idoso que estabelece 60 anos para reconhecimento da condição de idoso. No entanto, conforme o estabelecido no item da Norma citado, anteriormente, o complemento vitamínico fora desse intervalo de idade, necessitará de laudo médico para análise da perícia médica, para sua concessão ou não.

