

OPINIÃO

SAÚDE CAIXA

Emerson Martins Garcia
Consultor AEAMG

A AEAMG traz aos seus associados, uma proposta para reflexão na forma de informações retrospectivas e atuais, importantes características do Saúde Caixa, plano de saúde da CAIXA disponível para seus empregados, aposentados, pensionistas e seus respectivos dependentes legais.

A abordagem não tem qualquer pretensão de defender lados específicos no processo, mas sim de trazer informações que permitam reflexões por todos, visando a construção de alternativas possíveis e sustentáveis.

O Saúde CAIXA foi criado em um formato muito diferente ao então Programa de Assistência Médica Supletiva - PAMS que existia para atender os empregados, aposentados/pensionistas e respectivos dependentes.

O Saúde Caixa, por força de Acordo Coletivo de Trabalho - ACT,

em importante trabalho das representações sindicais e sensibilidade da estrutura administrativa da CAIXA, foi criado no ano de 2003, sofrendo ajustes importantes em 2004, também por ACT, mantendo-se perene na sua estrutura básica e de custeio até o fim da década passada.

Em 2003 as contribuições dos titulares para o custeio assistencial do plano, por grupo familiar, eram de R\$38,26 e 20% de coparticipação (limitado a R\$400,00 anuais), e a CAIXA participava com um mínimo de 3,5% sobre o total das despesas com pessoal, inclusos os encargos sociais (e responsável por 100% das despesas com custos não assistenciais), além da constituição de reserva de contingência de 5% dos valores das contribuições dos participantes e da CAIXA.

Em 2004 as contribuições dos titulares por grupo familiar pas-

saram a ser de 2% sobre a Remuneração Base, 20% de coparticipação (limitado a R\$763,00 anuais), com a participação dos empregados correspondendo a 30% do total das despesas de custeio assistencial, cabendo a CAIXA arcar com 70% das despesas (e responsável por 100% das despesas com custos não assistenciais) sendo no mínimo 3,5% sobre o total das despesas com pessoal, inclusos os encargos sociais, mantida a regra da constituição/manutenção de reserva de contingência de 5% dos valores das contribuições dos participantes e da CAIXA.

No ano de 2012 tivemos duas importantes ocorrências afetas ao plano de saúde: a exclusão do limite mínimo de 3,5% sobre as despesas com pessoal para o custeio do plano como responsabilidade da CAIXA, mantida a participação de 70% sobre as despesas assistenciais (e 100% sobre as despesas não assistenciais), e a entrada em vigor do Termo de Aprovação do Pronunciamento Técnico CPC 33 (R1) - Benefícios a Empregados. CPC significa Comitê de Pronunciamento Contábil, assunto a ser abordado mais adiante.

Em 2023 (em um movimento iniciado a partir de 2020), consequência de negociações com Entidades Representativas e registrado em ACT, os participantes contribuem com um percentual de 3,5% so-

bre a remuneração básica - RB, (aposentados e pensionistas contribuem sobre os proventos FUNCEF e INSS), mais 0,4% por dependente, limitado a 4,3% da RB, com coparticipação de 30%, limitado ao valor de R\$ 3.600,00 por ano, incluída a 13ª mensalidade.

Apesar da modelagem do custeio ainda prever que empregados/aposentados e pensionistas participem com 30% do total do custeio e a Caixa com 70%, a partir de janeiro de 2017 foi fixado em Estatuto como limite de participação da CAIXA o percentual de 6,5% sobre a folha de pagamento dos empregados e proventos FUNCEF, e neste limite estão inclusas as despesas não assistenciais, despesas essas que eram assumidas integralmente pela CAIXA.

Ao longo dos anos, de forma dinâmica e sempre após negociações referendadas por ACT, diversos ajustes e melhoramentos (além do enfrentamento de novos problemas) foram aplicados/identificados ao processo, porém, sem alterações na estrutura de custeio do plano.

Uma das grandes alterações no processo que envolve o Saúde CAIXA nas questões econômicas e financeiras que demandam avaliações para alteração no formato de custeio do plano (em especial a partir de 2012), foi a

aprovação da CPC 33 (R1), já mencionada acima.

Os termos do CPC 33 foram criados em setembro de 2009, revisados, alterados e passando a vigorar em dezembro de 2012 como CPC 33 (R1).

De uma forma muito resumida, o CPC 33 (R1), aprovado/validado pela Comissão de Valores Imobiliários - CVM e tornado obrigatório pelo Banco Central do Brasil para adoção por todas as Instituições Financeiras - IF - no Brasil (independentemente se têm papéis negociados em Bolsa de Valores), gera uma obrigação contábil com reflexos financeiros diretos na estrutura de capital das Instituições Financeiras (provisionamento), para “atuar” como garantia (conforme estrutura de custos e participação da IF na oferta/manutenção do benefício) da continuidade do benefício ao empregado que se aposenta, extensivo aos dependentes, conforme as regras existentes na concessão/manutenção do benefício. Importante registrar que esta obrigação não existia quando da criação do Saúde CAIXA.

De forma paralela e constante (e anterior ao ano de 2012), toda a estrutura de assistência à

saúde curativa no país passou (e passa) por mudanças significativas de forma contínua, e é inevitável que alcancem os planos de saúde, independentemente das suas características. O Saúde CAIXA é um plano de Autogestão por Recursos Humanos - RH.

As principais “pressões” na área da saúde têm origem na estrutura de custos dos prestadores de serviços: inflação médica superior aos índices oficiais de inflação/correção de preços/poder de compra do dinheiro (exceto entre JUN/20 e ABR/21), afetando os preços cobrados pelos profissionais de saúde, clínicas, laboratórios, hospitais; custo dos insumos ligados ao atendimento ao paciente/usuário, como medicamentos de alto custo, procedimentos com tecnologias de ponta; órteses, próteses e materiais especiais - OPME; regras/procedimentos e alteração no ROL de serviços/procedimentos médico/hospitalares via regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, inclusive sobre o funcionamento, deveres e obrigações dos planos; na continua judicialização das questões afetas ao sistema e longevidade da população assistida.

Outras causas são: documentação obrigatória de todo ente (PF ou PJ) para se formalizar um credenciamento, e na CAIXA, na condição de empresa pública, o rol é maior, tornando o processo mais difícil e oneroso.

Outra fonte de dificuldade é a formação, crescimento e nível de profissionalização de estruturas de cooperativas médicas e/ou semelhantes, levando as negociações com credenciados a níveis que podem tornar insustentável economicamente a relação de prestação de serviços frente ao nível de receitas necessárias/possíveis/disponíveis. Muitas das causas geram consequências que se tornam causas de outras demandas/necessidades, exigindo novos ajustes na cadeia, gerando mais alocação de recursos, por mais eficiente e eficaz que seja o gerenciamento do processo em todas as suas fases.

Planos de saúde possuem um índice determinante para sua gestão/controle. É chamado de Índice de Sinalalidade.

Grosso modo, este índice reflete a relação entre os custos com as despesas assistenciais do plano (sem a incidência de custos administrativos, tributários/

fiscais) e suas receitas, e este índice nos planos de mercado oscilava em média entre 75% e 80% em períodos passados. No segundo trimestre de 2023 foi de 87,9% ¹, informação semelhante também disponível em outros formatos no site da ANS ². Este índice é um dos fatores que pressionam o índice de reajuste dos planos (sempre sobre observação e limites autorizados/definidos pela ANS, cujas regras não se aplicam ao Saúde CAIXA dada à sua condição de um plano de Autogestão por RH). Os reajustes “correntes” do Saúde CAIXA ocorrem nos mesmos índices dos reajustes salariais - % sobre a remuneração.

Fatores específicos atuam de forma a reduzir a totalidade das receitas na linha do tempo, como a redução do número de empregados CAIXA (e é uma tendência a continuidade da redução), impactando diretamente na receita total, mais a redução natural (na maioria dos casos) da renda final do empregado quando ele se aposenta, momento que, também por condição natural, aumenta-se o consumo de assistência à saúde curativa.

Como ponto de agravamento na redução da receita quando da aposentadoria, temos que:

¹ fonte: <https://wellbe.co/2023/09/13/analise-tecnica-dos-planos-de-saude-em-2023/#:~:text=Cada%20vez%20mais%20usu%C3%A1rios%20nos%20planos%20de%20sa%C3%BAde%20em%202023&text=Em%20julho%20de%202023%2C%20o,que%20em%20junho%20de%202023>

² https://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/sala-de-situacao.html

os empregados participantes da FUNCEF têm a opção de saque sobre as reservas que constituíram enquanto na ativa (10% no caso do REG/REPLAN e até 100% do Novo Plano).

O direito ao saque, e quando exercido, afeta diretamente a renda mensal do aposentado, implicando que a sua contribuição mensal para o plano seja menor.

Pelas características do Saúde CAIXA, onde não existe a busca de lucros, o Índice de Sinistralidade é e deve ser sempre próximo de 100%, ou seja, as receitas do plano, conforme modelagem de custeio atual, devem cobrir integralmente as despesas assistenciais.

Quando este índice se apresenta inferior a 100%, gera superávit corrente, quando se apresenta superior a 100%, gera déficit corrente, observando que as receitas para o plano são “previsíveis”, com alto grau de confiança, originadas na forma de custeio definida, diferentemente do nível das despesas assistenciais, cuja previsibilidade não tem o mesmo grau de confiança.

Sempre foi previsto nos ACT firmados o tratamento para as duas ocorrências. Tendo superávit, acumula-se como reserva técnica e/ou de contingência. Na ocorrência de déficit, as partes devem contribuir (no exercício seguinte) para o equilíbrio financeiro, podendo ou não,

conforme regramento em ACT ou negociações específicas, fazer uso das reservas.

O sistema de saúde complementar do Brasil enfrenta enormes dificuldades. O Sistema Único de Saúde – SUS, apesar de toda a sua abrangência, qualidades (e problemas) não é capaz de atender a demanda por saúde assistencial curativa da população.

O Saúde CAIXA não é exceção, e nós enquanto usuários, precisamos entender a necessidade e importância de alcançarmos uma forma de equilíbrio entre as partes que gere tranquilidade e perenidade para o plano com qualidade e sustentabilidade.

É determinante que exista transparência da CAIXA em relação aos números e valores do plano, igualmente em relação às Entidades Representativas dos Empregados (e aposentados) na divulgação das informações que recebem, tratam e aplicam durante os processos negociais.

Não só os números e valores são importantes para divulgação, mas a forma, periodicidade e qualidade da comunicação de toda e qualquer informação é condição essencial para a geração de segurança diante do que é tratado.

A participação dos empregados é determinante para que o processo em todas as suas variações se desenvolva de forma sustentável.

É preciso reivindicar, reivindicar, reivindicar, persistir, movimentar-se para que a CAIXA invista maciçamente em saúde preventiva, para empregados da ativa e aposentados.

Os “custos” com prevenção não são despesas, são investimentos, com reflexos extremamente benéficos no médio e longo prazo para todas as partes, reduzindo significativamente os custos assistenciais, e por consequência lógica, trazendo relações superavitárias entre receitas e despesas. (“Custos” com prevenção contra adoecimentos-que são investimentos-para os empregados ativos podem ser originados de orçamento/recursos alocados em saúde ocupacional, sem impacto nas despesas do plano de saúde.)

Da mesma forma, em ação conjunta entre CAIXA e Entidades Representativas, é preciso investir, aplicar e acompanhar processos de educação do usuário do Saúde CAIXA diante de seus direitos, obrigações, formas de uso e fiscalização do funcionamento do plano de saúde, alcançando toda (e todos) a cadeia do processo.

É papel indelegável do usuário do plano reivindicar informações consistentes sobre o funcionamento e estrutura administrativa, econômica e financeira do Saúde CAIXA, sempre e diante da CAIXA

e de quem deve nos representar diante dela.

Atualmente o assunto Saúde CAIXA (em ACT) tem período de validade “descasado” das demais questões trabalhistas. Esta condição é ímpar e rica para que os aposentados e pensionistas reivindicuem e persistam com determinação junto à CAIXA para que passem a ter assento permanente, com direito a voto em todos os fóruns de discussão e decisão afetos aos Saúde CAIXA, em especial e determinante nos ACT.

Os aposentados representam hoje, conforme números apresentados pela CAIXA no Simpósio FENACEF 2023 na cidade Gramado, RS em outubro/23, 34,51% dos titulares do plano.

Isto significa que os aposentados e pensionistas representam mais de 1/3 do total de contribuintes na composição das receitas do plano no que cabe aos usuários, e não temos, enquanto aposentados e pensionistas que somos, representação (reconhecida administrativamente) nas negociações com direito a voto, ou, com voz ativa na construção das alternativas que atendam todos os usuários, defendendo os nossos interesses que são específicos, e que serão alcançados por todos os empregados que se aposentem na CAIXA. As Entidades Representativas dos Empregados representam os

empregados ativos. A FENACEF, apesar de ter indicado representantes no Conselho de Usuários do plano e de se sentar nas Mesas de Negociação formais quando de definição do teor dos ACT, não possui Voto nas decisões tomadas e afetas ao Saúde CAIXA.

Os Acordos Coletivos de Trabalho - ACT, são essencialmente para "regramento legal" das relações trabalhistas, e por óbvio, não alcançam em essência quem não trabalha mais na empresa.

O Saúde CAIXA é a única relação continuada entre aqueles que se aposentam na CAIXA e a CAIXA, e isto, por si só é motivo suficiente para que os aposentados tenham voz ativa no planejamento e acompanhamento da execução das políticas e diretrizes do plano de saúde.

Persistindo o limite de contribuição da CAIXA para o custeio do plano (inclusas as despesas não assistenciais) de 6,5% sobre as despesas com folha de pagamento e proventos FUNCEF (sem INSS), se ainda não ocorreu, ocorrerá em breve que a participação dos empregados e aposentados/pensionistas será maior que 50% das receitas para o plano, com tendência a ser crescente.

Esta situação/condição é mais que suficiente para que de forma urgente seja encontrado um equilíbrio das relações financeiras, além da voz ativa de empregados e pensionistas na

gestão do plano.

Enquanto isto não acontece, é preciso ter consciência que o Conselho de Usuários do Saúde CAIXA não possui poderes que possam promover mudanças no plano.

Os aposentados e pensionistas precisam ter participação ativa e com poder de voto nas decisões que envolvem o plano de saúde, da mesma forma que acesso e garantia que as informações divulgadas e/ou tratadas nos fóruns de negociação representem o que realmente acontece. Respeito e dignidade.

Os aposentados e pensionistas precisam ser respeitados diante das informações divulgadas, e da forma como são divulgadas.

Os aposentados e pensionistas, como um público que não tem acesso direto aos meios de comunicação formal da CAIXA, têm como fonte de informação o que é divulgado pelas Entidades Representativas, sejam elas Entidades Sindicais ou Associações/Federações.

É preciso desenvolver formas para que a divulgação das informações tenha uma linguagem clara, que contenham a máxima transparência diante do que é discutido nos fóruns legítimos, que de fato alcancem o público diferenciado que são os aposentados e pensionistas.

É preciso investir na comunicação, tanto

no lado do emissor da mensagem quanto na capacitação de quem as recebe, permitindo mais discernimento para análises e consequentes manifestações (que devem ser decisões) dos aposentados e pensionistas, evitando-se a internalização de "notícias fakes", a interpretação forçada sobre informações tendenciosas ou que tenham omissões que mereçam elucidação para conhecimento do todo e das partes diante dos interesses coletivos e/ou específicos.

Muito se combate (ao menos na informação ofertada) pela manutenção do mutualismo, da solidariedade e do pacto intergeracional que devem sustentar o plano. Sabemos todos ou a maioria dos aposentados e pensionistas o que isso significa? Quais são os reais impactos na vida de todos por essas condições? O que e como tais características garantirão sustentabilidade para o plano em níveis que possam ser suportados pelos usuários no curto, médio e longo prazo, em especial os aposentados e pensionistas?

Lembrando, a participação no Saúde CAIXA é por adesão. Se o plano ficar "caro" para quem não demanda de forma natural assistência à saúde e/ou não possui dependentes, conforme a faixa etária que se estiver, é possível que encontre bons planos de saúde no mercado com valores mensais

menores.

Menos participantes que pouco demandam de assistência à saúde implica em menos receita para cobrir o alto nível de despesas, que implicará em posições deficitárias ao fim de cada exercício, levando a necessidade de aumento da contribuição por todos que participarem do plano.

Como observado anteriormente, as propostas apresentadas e em discussão foram amplamente apresentadas a todos? As análises, impressões, impactos sobre o que se discute já foram trazidos a público?

Desejamos muito que as negociações do Saúde CAIXA em curso (que certamente deverão estar finalizadas quando da publicação deste texto, elaborado para informar e propiciar reflexões, conforme foi a proposta de fazê-lo), tenham sido mais que satisfatórias trazido tranquilidade aos aposentados e pensionistas, contudo, mesmo que isto tenha sido alcançado, a VOZ dos aposentados e pensionistas precisa ser ouvida constantemente, com representação formal nas discussões e decisões sobre o Saúde CAIXA.

A AEAMG se mantém à disposição de seus associados, aposentados e pensionistas, para outras informações e debates sobre o Saúde CAIXA e nosso futuro enquanto usuários e contribuintes financeiros do plano.