



APCEF



FENAE





Saúde Caixa:

conhecer para defender



Apresentação	4
Primeiro passo da caminhada	5
Pré e pós 1998	6
Pams Caixa	6
Entidades barram na justiça a implantação do novo plano	7
Novo Saúde Caixa: modelo de custeio	9
2004 a 2010: Conselho de Usuários, contingência e reajustes	9
Entendendo o superávit	11
É bom que haja superávit?	12
CPC 33	12
Defesa do Saúde Caixa	14
Conselho de Usuários do Saúde Caixa	15

EXPEDIENTE

APCEF/SP - Diretor-presidente: Kardec de Jesus Bezerra.
Diretora de Imprensa: Claudia Fumiko Tome. Jornalistas
(textos e revisão): Luana Arrais (Mtb 007108-4), Raíssa
Torres (Mtb 74.111), Raquel Benini (Mtb 39.593) e Tania
Volpato (Mtb 24.688). Projeto gráfico e diagramação: Clau-
dia Bertholo Tieri. Sede: Rua 24 de Maio, 208, 10º andar,
República, capital.

Julho de 2017

APRESENTAÇÃO

O governo Temer aprovou duas legislações que retiram direitos da classe trabalhadora: a Lei da Terceirização (Lei nº 13.429), sancionada em março, e a contrarreforma da CLT (Lei nº 13.467/17), aprovada em julho, ambas em 2017. Pretende aprovar também o desmonte da Previdência Social (PEC 287), possivelmente no segundo semestre de deste ano. Tenta ludibriar o povo brasileiro com publicidades mentirosas e apoio da mídia hegemônica, afirmando que as mudanças são fundamentais e serão benéficas aos trabalhadores. Serão mesmo?

Da mesma forma, a direção da Caixa quer convencer os empregados de que o Saúde Caixa está em situação insustentável e, por isso, necessita de mudanças. Será mesmo?

Os questionamentos são necessários para que possamos ter clareza de onde vem as propostas e quais interesses têm os formuladores das mudanças.

Por isso, diante da intransigência da direção da Caixa e da intenção de transferir aos usuários os custos do plano de saúde, é momento de todos, empregados da ativa e aposentados, informarem-se e prepararem-se para os próximos desafios.

A Fenaé e a APCEF/SP produzem esta cartilha para que possamos conhecer a trajetória do nosso plano e analisarmos o que queremos para o Saúde Caixa, já que é uma das mais importantes conquistas e um dos melhores planos de saúde na modalidade autogestão.



CONHECER PARA DEFENDER



PRIMEIRO PASSO DA CAMINHADA



Desde a década de 1960, os empregados da Caixa têm assistência médica suplementar, custeada pela empregadora na época, por meio do Serviço de Assistência e Seguro Social dos Economiários (Sasse), órgão destinado à prestação de serviços assistenciais e previdenciários.

Já no final da década de 1970, com a extinção do Sasse, a Caixa criou o Programa de Assistência Médica Supletiva (Pams), administrado pela Funcef, com contribuição do banco, que destinava anualmente 3% da folha de pagamento como dotação orçamentária. Os empregados participavam com 10%, 15% ou 20% dos custos assistenciais - de acordo com as faixas salariais -, quando utilizavam os serviços. À época, a Caixa contava com cerca de 58 mil empregados.

Em 1989, o Pams passou a ser administrado pela Caixa e a dotação de 3% da folha tornou-se insuficiente para fazer frente às despesas, por isso, o valor foi elevado para 3,5%, incluídos os encargos trabalhistas.

Já naquela época, as despesas com saúde aumentavam acima dos índices inflacionários. Como a contribuição da empresa era baseada em percentual da folha de pagamento, esse índice deveria aumentar periodicamente para acompanhar o aumento dos custos assistenciais.

Nos anos 1990, a situação foi sensivelmente agravada pela política de reajuste salarial zero adotada no governo Fernando Henrique Cardoso, impactando diretamente a qualidade dos serviços e da rede de credenciados.

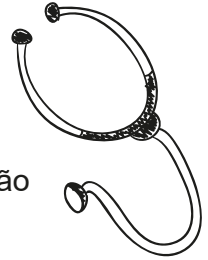
Em 1995, no 11º Congresso Nacional dos Empregados da Caixa (Concef) foi aprovada a reivindicação de abertura de diálogo com a empresa para a construção de um novo modelo de custeio para assistência à saúde que fosse sustentável.

A ideia era que os participantes contribuíssem com mensalidade proporcional à faixa salarial e, em contrapartida, participariam da gestão por

meio de um conselho eleito. A reivindicação, no entanto, não foi aceita pela direção da Caixa, o formato do Pams não foi alterado e os problemas continuaram.

PRÉ E PÓS 1998

Com o ingresso de novos empregados a partir de 1998, cujas regras do concurso público reduziam uma série de direitos, a questão tomou proporção maior. Os recém-contratados pagavam coparticipação de 50% na utilização dos serviços assistenciais.



A Caixa então, com a desculpa de criar um plano que oferecesse melhores condições a todos, apresentou proposta que, além de não resolver as deficiências do Pams, ainda, no curto prazo, transferiria a maior parte dos custos para os empregados.

No final daquela década e início dos anos 2000, os canais de interlocução com os representantes dos empregados estavam bloqueados e a empresa negava-se a negociar.

A direção da Caixa encontrou na Contec - entidade que representava apenas 10% da categoria bancária e, no entendimento da Justiça do Trabalho, era a representante legal dos bancários - uma forma de fazer passar o novo modelo do plano, prejudicial a todos os empregados.

PAMS CAIXA

O novo plano, denominado Pams Caixa, embora pudesse parecer atraente, principalmente aos recém-contratados, na verdade era uma armadilha, com o objetivo de desonerar a empresa a cada ano e transferir os custos aos empregados, até tornar o plano inviável.

O modelo foi constituído com mensalidade no valor linear de R\$ 38,26, coparticipação unificada em 20%, para todos, com teto anual

de R\$ 400,00 para os usuários com menos de 59 anos e de R\$ 600,00 para os que tinham 59 anos ou mais.

Os valores dos itens de custeio eram baixos, deixando claro tratar-se de uma cilada para os empregados, pois, com o passar do tempo, os valores passariam a ser cada vez maiores.

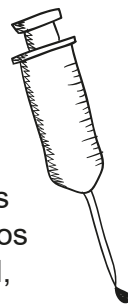
A intenção da Caixa era nítida: livrar-se do compromisso com a assistência à saúde de seus empregados, mantendo sua participação fixa em 3,5% da folha de pagamento - que só encolhia, pois além de não haver reajustes salariais, estava em curso um processo de demissão dos empregados antigos.

Para não restar qualquer dúvida de que este modelo trazia prejuízos aos empregados, a cláusula acordada com a Contec dava plenos poderes à Caixa para reajustar os itens de custeio relativos à parte dos empregados.

A herança maldita do governo Fernando Henrique Cardoso deixou marcas nos empregados da Caixa que experimentaram indigestos anos sem reajuste salarial e demissões imotivadas.

ENTIDADES BARRAM NA JUSTIÇA A IMPLANTAÇÃO DO NOVO PLANO

Após vários adiamentos, a Caixa tentou implantar o novo modelo em setembro de 2001, porém, houve resistência das entidades comprometidas com os interesses dos empregados e, por meio de liminares em ações judiciais por todo o Brasil, inviabilizou-se a pretensão da empresa.



As liminares, contudo, em sua maioria, foram revogadas e, em fevereiro de 2002, a Caixa implantou seu modelo de plano.

A proposta encaminhada pelas entidades representativas dos empregados (que a direção do banco se recusou a negociar) - APCEF/SP, Fenae, outras Apcefs, CNB/CUT (atual Contraf /CUT) e seus sindicatos filiados -, foi mais uma vez referendada no 18º Conecef, em 2002.

A ideia consistia em um modelo de custeio de participação da Caixa **não vinculado à folha de pagamento**, a partir da projeção atuarial do exercício a se iniciar, fosse feito o rateio - com base em percentuais a serem definidos para cada uma das partes -, sendo o maior para a Caixa e o restante pago pelos empregados.

A contribuição dos empregados não seria valor nominal, fixado de forma linear, mas proporcional à sua remuneração, garantindo maior subsídio para os que recebiam salários menores.

“Reduzir direitos dos empregados tornaria a empresa mais atrativa para o mercado, facilitando sua privatização”.

Com o fim do governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso e a troca da direção da Caixa, foi possível restabelecer o diálogo entre a empresa e seus empregados. Neste período teve início o processo de negociação permanente, foram formados grupos de trabalho com representantes dos empregados e da Caixa para discutir temas como: fim do RH 008, Plano de Cargos e Salários (PCS), segurança bancária, Processo Seletivo Interno (PSI), entre outros.

Também foi criado grupo de trabalho para discutir um novo modelo de plano de saúde, que depois de profundo debate, elaborou a formulação que deu origem ao atual Saúde Caixa.

Com a negociação, o modelo anterior entrou em processo de extinção, não sofrendo reajuste nos valores correspondentes à parte dos empregados, portanto a cobertura relativa ao aumento dos custos foi assumida integralmente pela Caixa. Caso não tivesse ocorrido a negociação do

novo plano, e o modelo imposto houvesse prevalecido, os valores projetados para vigorar a partir de janeiro de 2004 sofreriam reajuste da ordem de 150%. Para os recém-contratados, por exemplo, ficaria assim:

EMPREGADOS RECÉM-CONTRATADOS	MODELO IMPOSTO PELA CAIXA	MODELO PROPOSTO PELOS EMPREGADOS
MENSALIDADE	De R\$ 38 para R\$ 100, corresponderia a 10,5% do salário	R\$ 19,12 correspondia a 2% do salário
TETO DE PARTICIPAÇÃO	De R\$ 400 para R\$ 960	R\$ 763

NOVO SAÚDE CAIXA: MODELO DE CUSTEIO

O novo Saúde Caixa foi finalmente implantado em 1º de julho de 2004, contemplando as preocupações dos empregados. Foi estabelecida como participação da Caixa, 70% do valor total das despesas com assistência durante o exercício. Os 30% restantes cabem aos usuários, composto da seguinte forma:

mensalidade correspondente a 2% da remuneração base	coparticipação de 20% quando da utilização dos serviços pelos usuários	teto de coparticipação a ser debatido a cada ano pelo Conselho de Usuários (valor atual de R\$ 2.400,00, congelado desde 2008)	mensalidade individual para dependentes indiretos (filhos estudantes maiores de 21 anos até 24 anos* e pais sem renda), cujo valor atual é de R\$ 110, mantido desde 2009
---	--	--	---

* Atualmente o limite de idade para filhos vai até 27 anos, não sendo obrigatório ser estudante.

2004 A 2010: CONSELHO DE USUÁRIOS, CONTINGÊNCIA E REAJUSTES

Além do novo formato de custeio, foi também criado o Conselho de Usuários, composto por cinco representantes eleitos pelos usuários e cinco representantes indicados pela Caixa, e seus respectivos suplentes, com a principal atribuição de acompanhar a gestão



do plano, analisando os demonstrativos financeiros mensais e anual e, o relatório atuarial apresentado pela Caixa ao final de cada exercício, para avaliação da necessidade de ajustes nos itens de custeio para o próximo período de 12 meses.

O Conselho, cujo caráter é consultivo, no entanto, sempre teve dificuldades para realização de suas atividades, entre outros motivos, em razão da chamada “contingência”, período entre 2005 e 2007 no qual o plano ficou sem processamento por problemas com o contrato entre a prestadora de serviços e a Caixa.

Sem os dados, a Caixa passou a aplicar reajustes nos itens de custeio “no escuro” e com a discordância dos conselheiros eleitos quanto aos índices propostos. De 2004 para 2007, o valor do teto anual de coparticipação saltou de R\$ 763,00 para R\$ 2.400,00. A mensalidade do dependente indireto - entre 2004 e 2008 - quadruplicou, passando de R\$ 27,55 para R\$ 110,00. Os índices relativos à mensalidade e à coparticipação não foram alterados, permanecendo em 2% da remuneração-base e 20% do valor do serviço utilizado, respectivamente.

2005/2006

TETO DE COPARTICIPAÇÃO	DE R\$ 763,00 PARA R\$ 1.200,00
MENSALIDADE DE DEPENDENTE INDIRETO	DE R\$ 27,55 PARA R\$ 43,32

2006/2007

TETO DE COPARTICIPAÇÃO	DE R\$ 1.200,00 PARA R\$ 1.780,00
MENSALIDADE DE DEPENDENTE INDIRETO	DE R\$ 43,32 PARA R\$ 70,00

2007/2008

TETO DE COPARTICIPAÇÃO	DE R\$ 1.780,00 PARA R\$ 2.400,00
MENSALIDADE DE DEPENDENTE INDIRETO	DE R\$ 70,00 PARA R\$ 100,00

2008/2009

TETO DE COPARTICIPAÇÃO	MANTIDO EM R\$ 2.400,00
MENSALIDADE DE DEPENDENTE INDIRETO	DE R\$ 100,00 PARA R\$ 110,00

A contingência começou a ser resolvida em 2007. Em 2008, a Caixa reconheceu que o plano estava superavitário, isso indica que os reajustes feitos anteriormente, “às escuras” e sem os relatórios, foram exagerados. Em 2010, a empresa finalmente forneceu, como defendiam os representantes eleitos do Conselho de Usuários, os relatórios financeiros desde a implantação do plano, que confirmavam a existência de expressivos superávits a cada ano.

Em razão disso, de 2008 a 2016, não ocorreram novos reajustes no teto de coparticipação, apenas a mensalidade do dependente indireto foi elevada em 10% (em 2008), assim permanecendo até hoje.

ENTENDENDO O SUPERÁVIT



Em 2015, na mesa permanente de negociação, a Caixa reconheceu o valor dos superávits anuais acumulados em R\$ 570 milhões até o fechamento do exercício anterior (2014).

O que fazer com este recurso?

É preciso compreender que não deve ser usado para aumento de coberturas e melhorias perenes, afinal, em curto ou médio prazo, o valor se esgotaria. E para manter o plano sustentável seria necessária a aplicação de reajustes acima dos índices inflacionários.

Em decorrência deste fato, os representantes dos empregados, na mesa de negociação, insistiram na proposta de que os valores a serem considerados deveriam ser aqueles do ano corrente, desta forma, os superávits seriam reduzidos a níveis aceitáveis ao final de cada exercício.

Mesmo a Caixa fornecendo dados insuficientes para a assessoria técnica contratada pela FenaE analisar as possibilidades de uso destes recursos, foi possível elaborar propostas a partir da observação dos relatórios financeiros e o comportamento dos consumidores de plano de saúde no mercado.

Os representantes dos empregados sugeriram então:



redução da coparticipação de 20% para 15%



inclusão de cobertura de remoção domiciliar por ambulância e



extensão dos programas de qualidade de vida da Caixa aos dependentes e aposentados.

As propostas foram aceitas em mesa de negociação, mas a Caixa não implantou alegando que o Conselho Diretor não as aprovou.

É BOM QUE HAJA SUPERÁVIT?

O Saúde Caixa não tem como objetivo gerar lucro, apenas fazer frente às necessidades de assistência à saúde dos empregados, aposentados e seus dependentes. Por isso, superávits tão elevados não são desejáveis, uma vez que expressa um desequilíbrio técnico com valores de custeio acima das necessidades.

Essa situação deve ser corrigida o quanto antes e os recursos dos superávits anuais usados para melhorias de assistências e coberturas, baseado em estudos preliminares, de modo a consumir essas sobras durante o próprio exercício.

CPC 33

A norma 33 do Comitê de Pronunciamento Contábeis (CPC) foi adotada a partir de parâmetros internacionais.

Esta norma serve para padronizar os cálculos dos chamados benefícios pós-emprego - custos atribuídos a uma empresa em razão da manutenção de pagamento de direitos a ex-empregados e passivos trabalhistas de demitidos. Aposentados desligados da Caixa enquadram-se nessa situação em razão do pagamento do plano de saúde e do fundo de pensão.



Assim, o valor das empresas é calculado com base em parâmetros idênticos quando do lançamento de ações na Bolsa de Valores. Para a preci-

ficação, são consideradas variáveis atuariais (estimativa de gastos futuros), obrigando-as a provisionarem valor correspondente ao longo do tempo até o pagamento do último benefício de cada empregado aposentado e/ou seus dependentes.

Este montante, trazido a valor presente, deve ser provisionado (reserva contábil) no grupo patrimônio líquido do balanço patrimonial. Essa contabilização não afeta o lucro líquido, mas reduz o capital disponível para cálculo da margem de risco de uso para operação de crédito (Basileia 3).

Em 2008, mesmo não sendo obrigada por não ser S/A, a Caixa adotou a norma (CPC 33) e provisionou R\$ 4,5 bilhões relativos ao benefício pós-emprego.

Em 2015, o Banco Central editou a Resolução nº 4.424 tornando a norma obrigatória para as instituições financeiras públicas e privadas. Em 2016, o valor de provisionamento da Caixa - correspondente ao Saúde Caixa - foi de R\$ 13,5 bilhões. Pesa significativamente para este valor a inflação médica, que é a elevação generalizada dos procedimentos médicos acima dos índices de inflação, uma das principais premissas para a elaboração do cálculo atuarial.

Ao contrário do que diz a Caixa, a norma CPC 33 não obriga alterar o modelo de custeio do Saúde Caixa.

E não tem nada a ver com a sustentabilidade do plano. O que a Caixa quer é fazer crer que este é o problema. Na verdade trata-se de uma determinação do Banco Central, que não faz o menor sentido para a Caixa, já que é 100% pública (não tem ações na Bolsa de Valores) e reduz sensivelmente sua capacidade de operar no mercado.

Mas, a Caixa não negocia com o governo e nem com o Banco Central. Ao contrário, a empresa quer impor aos empregados o estabelecimento de um teto (% da folha de pagamento) para limitar sua contribuição.

É correto afirmar, no entanto, que a criação de um teto reduziria o valor da projeção atuarial. Contudo, a estipulação de um teto alteraria a lógica do modelo de custeio hoje existente (*ver modelo de custeio na página 9*), pois quando fosse atingido, haveria a transferência paulatina dos custos aos usuários. Com o tempo, isso inviabilizaria o plano.

Qual seria a alternativa então?

Uma das soluções definitivas para a limitação das operações de crédito seria a injeção de capital por parte de seu controlador, no caso, a União, o que fortalece a Caixa.

Na primeira década dos anos 2000, quando os resultados da empresa foram altamente satisfatórios, os lucros foram repassados ao Tesouro Nacional na forma de dividendos em patamares muito superiores aos exigidos em lei, para cumprir a meta de superávit primário, em detrimento do fortalecimento da empresa.

Isso sem contar o inestimável papel social cumprido pelo banco público nas áreas de saneamento, infraestrutura de estados e municípios, habitação popular, além de operar vários programas de governo. Porém, o governo Temer, demonstrando mais uma vez seu total desprezo pelas políticas sociais, tem afirmado que não irá capitalizar a Caixa.

Outra medida, que não exclui a anterior, seria isentar a Caixa do cumprimento da regra da CPC 33, uma vez que essa norma tem como único objetivo estabelecer o preço das ações a serem comercializadas em Bolsas de Valores. Ou seja, é uma medida que só tem sentido se a intenção for abrir o capital da Caixa para sua privatização.

DEFESA DO SAÚDE CAIXA

O modelo atual do Saúde Caixa está vigente desde 2004 e vem se mantendo superavitário ao longo dos anos preservando o acesso dos usuários a uma assistência médica e odontológica de qualidade.



No último Acordo Coletivo, firmado em setembro de 2016, ficou estabelecida a manutenção do modelo. Portanto, a direção da empresa não pode fazer modificações durante a vigência do acordo, ou seja, até 31 de agosto de 2018.

A empresa busca subverter a realidade dos fatos, fazendo parecer que, se os empregados abrirem mão de um direito fundamental, conquistado com muita luta, a Caixa estará salva.

Por isso, no 33º Conecef, realizado em julho de 2017, os delegados e as delegadas aprovaram mais uma vez a resolução:

“MANUTENÇÃO DO MODELO DE CUSTEIO DO SAÚDE CAIXA, SEM A INCLUSÃO DE TETO DE CONTRIBUIÇÃO DA CAIXA”

CONSELHO DE USUÁRIOS DO SAÚDE CAIXA

MOVIMENTO PELA SAÚDE - 2017 A 2020



Ivanilde Moreira
de Miranda



Eliane Streicher
Chatah



Maria Izabel
Menegatti



Edmar Martins
André



Zuleida Martins
Rosa



Helenilda Ribeiro
Cândido



Márcia Boiczuk
Krämbeck



Lilian Minchin



Vera Lucia Leão



Paulo Moretti

O Conselho de Usuários do Saúde Caixa é autônomo, mas não possui poder deliberativo.

COMPOSIÇÃO

Ele é composto de forma paritária por cinco membros titulares eleitos pelos participantes e por cinco indicados pela Caixa, além de seus respectivos suplentes. O mandato é de 36 meses.

ATRIBUIÇÕES

Entre suas atribuições estão: analisar o desempenho financeiro do plano; propor alterações para o aperfeiçoamento; discutir e propor soluções para os problemas vivenciados pelos usuários e sugerir políticas e programas de saúde, observados os recursos disponíveis.