

1. FORMATO DE CUSTEIO DO SAÚDE CAIXA

1. O que é “formato de custeio”?

Formato de custeio é a forma como as despesas (assistências e administrativas) do plano de saúde são distribuídas entre as partes responsáveis por seu custeio. Normalmente, em planos de saúde de autogestão, as partes responsáveis pelo custeio, são: a empresa mantenedora/patrocinadora e os beneficiários.

2. Como é o formato de custeio do Saúde CAIXA?

A negociação coletiva de 2020, implantou um formato de custeio **transitório** para o Saúde CAIXA, vigente a partir de 01/01/2021 até 31/12/2021, quando deverá ser implementado um novo modelo definitivo. O modelo transitório segue a proporção contributiva abaixo:

A CAIXA se compromete com até 6,5% da Folha de Pagamento e Proventos.

Os beneficiários são responsáveis por 30% das despesas totais do plano.

Para isso, os beneficiários contribuem, durante o ano de 2021, com os seguintes valores:

Mensalidade*:

- Titular: 3,5% sobre a Remuneração Base.
- Dependentes Diretos e Indiretos: (0,4% por dependente) sobre a remuneração base do titular.
- Teto de mensalidade: 4,3% por grupo familiar, as mensalidades dos dependentes indiretos não entram no alcance do teto
- Coparticipação: 30% sobre cada procedimento realizado, limitado a R\$ 3.600,00 ao ano por grupo familiar isso somado as coparticipações dos dependentes indiretos, levando em consideração que tratamentos oncológicos e internações não é cobrada a coparticipação.

*Empregados de LIP/LED, cessão e mandato eletivo, bem como seus dependentes, contribuem com a parte do empregado e do empregadora, o que representa o custeio integral do plano de saúde. A partir de janeiro/2021, a participação da CAIXA no custeio dos benefícios de assistência à saúde – Saúde CAIXA, PAMS – está limitada a 6,5% das Folhas de Pagamento e Proventos, conforme determina o Estatuto Social, o ACT 2020/2022 e o Manual Normativo RH 222.

3. Permanece existindo a previsão de casal CAIXA no custeio do plano, ou seja, quando ambos são empregados e um está na condição de dependente do outro?

Sim. O ACT 2020/2022 prevê, no Parágrafo Nono da Cláusula 32 que “Nos grupos familiares onde existirem dois ou mais beneficiários elegíveis à titularidade do plano, deverá ser o titular o beneficiário de maior renda, sendo os demais considerados seus

dependentes, inclusive para incidência dos percentuais de mensalidade sobre a remuneração base citada no Parágrafo Sexto”. Assim, quando ambos os cônjuges/companheiros são empregados CAIXA, será considerada a renda do titular de maior renda.

4. O que mudou no formato de custeio do Saúde CAIXA, no dia 08/01/2021?

	Como era (vigente até 31/12/2020)	Como ficou (modelo transitório)
Mensalidade do Titular	2%	3,5%
Mensalidade do Dependente Direto		0,4%/dependente
Mensalidade do Dependente Indireto	R\$ 110/dependente	0,4%/dependente
Teto de Mensalidade para o Grupo familiar (exceto para dependentes indiretos)	Não havia	4,3%
Valor de coparticipação (exceto para tratamentos oncológicos, internação e Pronto Atendimento/Pronto Socorro)	20%	30%
Valor de coparticipação para tratamentos oncológicos	20%	Isento de coparticipação
Valor de coparticipação para internação	20%	Isento de coparticipação
Valor de coparticipação para Pronto Atendimento/Pronto Socorro	20%	R\$ 75,00
Teto anual de coparticipação por grupo familiar	R\$ 2.400	R\$ 3.600

5. Desde quando é adotado o mesmo formato de custeio para o Saúde CAIXA?

Desde 2004, o Saúde CAIXA mantém a estrutura de formato de custeio, passando por reajustes no teto de coparticipação e na mensalidade de dependentes indiretos nos anos de 2006 a 2009. Sendo alterado para o modelo transitório em 2021, em atendimento ao ACT 2020/2022.

6. Desde a implantação do Saúde CAIXA, houve reajuste no formato de custeio?

Sim. Houve reajuste no teto de coparticipação, nos anos de 2006 a 2008, e na mensalidade de dependentes indiretos, nos anos de 2006 a 2009.

7. A partir de 2021, seria possível manter o atual formato de custeio, aplicando o reajuste necessário para manter o Saúde CAIXA em equilíbrio, considerando a implantação do teto de participação da CAIXA?

Não. A empresa de consultoria atuarial responsável pelos estudos do Saúde CAIXA apontou que em 2021, caso não fosse efetuada nenhuma alteração no formato de custeio do plano, ou seja, se não fosse implantado o modelo transitório, a mensalidade do Saúde CAIXA iria de 2% por grupo familiar para 8,1%. Além disso, a mensalidade de dependentes indiretos iria de R\$ 110 para R\$ 275 e o teto anual de coparticipação iria de R\$ 2.400 para R\$ 4.800.

Para que o formato de custeio apontado pela empresa de consultoria mantivesse o plano em equilíbrio financeiro, seria necessário que a maioria dos beneficiários permanecesse no Saúde CAIXA, independentemente do valor pago.

Para analisar este cenário, a CAIXA realizou a análise de sensibilidade para comparar o valor que seria pago por cada beneficiário no Saúde CAIXA, bem como em uma seleção de planos de mercado e constatou que para um expressivo número de pessoas o benefício se tornaria financeiramente menos atrativo, causando uma possível migração dessa massa para planos de saúde do mercado e colocando o mutualismo do plano em risco em médio prazo, o que não é interesse da CAIXA e dos beneficiários.

8. A partir de 2022, é possível manter o atual formato de custeio, aplicando um reajuste mais severo na coparticipação e mais suave na mensalidade, mantendo o equilíbrio financeiro do Saúde CAIXA?

Não. Em 2020, apenas 13% dos grupos familiares atingiram o teto anual de coparticipação de R\$ 2.400,00, não sendo possível considerar essa a principal fonte de receita dos beneficiários. Aumentar o teto de coparticipação de forma severa, além de não atender à necessidade de receita do plano, é uma medida contrária ao mutualismo, já que, ao invés do compartilhamento dos custos entre os beneficiários, há o endividamento dos beneficiários no momento de maior consumo. Além disso, a coparticipação é uma receita imprevisível, já que depende não apenas do nível de utilização dos beneficiários, mas da distribuição do custo entre as famílias.

Ressalta-se que o papel principal da coparticipação não é a geração de receita, mas fomentar o uso consciente do plano de saúde, mantendo sob controle os custos assistenciais.

9. Quais são as variáveis para o formato de custeio?

É possível estabelecer formatos de custeio baseados na idade, na renda ou na idade e renda dos beneficiários. Entre essas variáveis, é possível obter uma infinidade de possibilidades de custeio.

10. Será necessário alterar novamente o formato de custeio do Saúde CAIXA até 2022?

Sim. O formato de custeio que foi implementado em 2021 é um modelo transitório que possibilita que a contribuição dos beneficiários possa atingir 30% das despesas do plano. Todavia, este modelo não é capaz de gerar a receita necessária para fazer frente às despesas do plano em 2022, considerando a participação da CAIXA limitada em 6,5% das Folhas de Pagamento e Proventos, conforme estabelecido no Estatuto Social e no ACT 2020/2022.

Assim, o ACT 2020/2022 instituiu um Grupo de Trabalho paritário, com representantes da CAIXA e dos empregados, para apresentar uma solução de longo prazo até 31/08/2021.

11. Há interesse da CAIXA em determinado formato de custeio?

Não. Para a CAIXA, os pontos relevantes são:

i. Manter a qualidade e a sustentabilidade do Saúde CAIXA, implantando um formato de custeio que mantenha o plano mais atrativo que os planos de mercado para o maior número de beneficiários; e

ii. Manter a sustentabilidade da empresa, implantando um formato de custeio que faça frente à responsabilidade dos beneficiários no custeio do plano.

12. Por que foi possível aplicar, para 2021, o modelo transitório aprovado no ACT 2020/2022?

Na negociação coletiva de 2020, após profundo debate realizado com as entidades sindicais, a CAIXA entendeu que não era o momento de realizar um aumento significativo de arrecadação dos beneficiários para o plano de saúde, em razão do momento atual de pandemia. Dessa forma, foi negociado um aporte extraordinário de recursos no Saúde CAIXA, capaz de manter o equilíbrio financeiro do plano.

A partir de 2021 passou a vigorar o limite de participação da empresa no custeio dos benefícios de assistência à saúde de 6,5% das Folhas de Pagamento e Proventos, em 2022, faz-se necessário definir um formato de custeio que faça frente ao limite de contribuição da empresa.

Assim, foi necessário que o Grupo de Trabalho previsto no ACT 2020/2022 reavaliasse as 6 propostas realizadas pela CAIXA e construísse outras propostas, para apresentar um modelo definitivo que garanta a sustentabilidade da CAIXA e do Saúde CAIXA para vigorar a partir de 2022.

13. A alteração do formato de custeio exige a individualização da cobrança?

Não. Porém, caso a cobrança não fosse individualizada, o Saúde CAIXA não poderia ser reaberto para novas adesões, deixando os empregados contratados após 01/09/2018 sem esse importante benefício e passando o plano de saúde para a condição de “em extinção”. Nesta condição, a carteira de beneficiários do Saúde CAIXA ficaria cada vez mais envelhecida, podendo, em médio e longo prazo, se tornar insustentável.

14. A individualização do Saúde CAIXA é prejudicial para os beneficiários?

Não. Conforme apresentado no Relatório de Administração 2020 do Saúde CAIXA, o plano possui, em média, 2,29 beneficiários por grupo familiar e mais de 60% das famílias são formadas por 1 ou 2 beneficiários. Neste sentido, uma cobrança individualizada é financeiramente mais atrativa para 62% das famílias formadas por até 2 pessoas, enquanto uma cobrança por grupo familiar é financeiramente mais atrativa para 37% das famílias formadas por 3 ou mais beneficiários.

Contudo, mesmo entre os titulares com 2 ou mais dependentes, existem aqueles que concordam com a individualização da cobrança, por compreender que é uma prática mais justa de cobrança.

15. A alteração do formato de custeio exige que seja implantada a cobrança por faixa etária?

Não. Existem diferentes possibilidades para definição do formato de custeio do Saúde CAIXA, sendo a mensalidade por faixa etária uma das variáveis. Além dessa variável, ainda é possível estabelecer as mensalidades com base na renda ou na composição de idade e renda. Todavia, para definir o formato de custeio que preserve a sustentabilidade do benefício, deve-se avaliar a análise de sensibilidade das possibilidades levantadas, para que a definição seja baseada em caráter técnico e objetivo.

16. O que acontece se não for considerada a faixa etária na definição do novo formato de custeio?

Apesar da idade não ser o único fator de risco sob a ótica de um plano de saúde, é o único operacionalmente passível de mensuração em tempo real. Sabe-se que, quanto maior a idade do beneficiário, maior a probabilidade de utilização do plano de saúde. Esse fato se reflete na curva de custos médicos por faixa etária apresentada no Relatório de Administração 2020, onde as maiores faixas etárias apresentam o maior custo médio. Essa realidade não ocorre apenas no Saúde CAIXA, mas em todos os planos de saúde. Por esse motivo, não apenas os planos comerciais, mas também a maioria dos planos de autogestão consideram a faixa etária como o único ou um dos principais fatores para a definição da mensalidade dos beneficiários.

17. O que é o mutualismo no formato de custeio?

Mutualismo é o compartilhamento de risco entre os beneficiários com mesmo perfil de risco. Em outras palavras, significa que todos os beneficiários com um mesmo perfil de riscos pagam mensalidades semelhantes, mas apenas parte desses beneficiários utilizam o plano ao mesmo tempo.

18. O que é a solidariedade no formato de custeio?

Solidariedade é uma política assistencial para o custeio do benefício para beneficiários de baixa renda. Sob esse conceito, beneficiários com maiores rendas contribuem com montantes maiores de mensalidade para que beneficiários de baixa renda contribuam com montantes menores de mensalidade, sem perder o equilíbrio financeiro do plano. Esse conceito está presente em formatos de custeio que consideram a renda como o único ou como um dos fatores que determinam a mensalidade dos beneficiários.

19. O que é o pacto intergeracional no formato de custeio?

Pacto intergeracional é uma política assistencial para o custeio do benefício para beneficiários de maior idade. Sob esse conceito, beneficiários mais jovens contribuem com montantes maiores de mensalidade do que seria necessário para seu perfil de risco para que beneficiários de maior idade contribuam com montantes menores de mensalidade do que seria necessário para seu perfil de risco, sem perder o equilíbrio financeiro do plano. Esse conceito está presente em todos os formatos de custeio, em maior ou menor grau, mesmo aqueles que se baseiam exclusivamente na idade, visto que a legislação brasileira impõe limites de variação entre as faixas etárias.

20. O que é o pacto interfamiliar no formato de custeio?

Pacto interfamiliar é uma política assistencial para o custeio do benefício para grupos familiares com mais beneficiários. Sob esse conceito, grupos familiares com menos beneficiários que a quantidade média do plano contribuem com montantes maiores de mensalidade do que seria necessário para seu perfil de risco para que grupos familiares com mais beneficiários que a quantidade média do plano contribuam com montantes menores de mensalidade do que seria necessário para seu perfil de risco, sem perder o equilíbrio financeiro do plano. Esse conceito está presente em formatos de custeio em que a mensalidade é única por grupo familiar.

21. Quais os riscos que o formato de custeio pode impor à sustentabilidade do Saúde CAIXA?

Caso o formato de custeio seja definido sem observar as análises de sensibilidade, poderá comprometer a sustentabilidade do Saúde CAIXA pela migração de parte dos beneficiários para planos de saúde do mercado, financeiramente mais atrativos.

22. O que está sendo feito para a contenção do crescimento das despesas assistenciais?

Para conter o crescimento das despesas assistenciais, o Saúde CAIXA está atuando em diferentes frentes, das quais citamos como exemplo:

1 – Negociação com grandes redes médicas/hospitalares de abrangência nacional, que concentram um elevado número de atendimentos aos nossos beneficiários e de faturamento anual, conduzida pela Matriz, visando aplicar apenas os reajustes necessários para manutenção dos atendimentos aos beneficiários, sem perda de qualidade na prestação dos serviços de saúde;

2 – Negociação e regulação de grandes hospitais, redes médicas regionais e todos os demais prestadores realizada pela Centralizadora Nacional Saúde CAIXA - CESAD, visando aplicar apenas os reajustes necessários para manutenção dos atendimentos aos beneficiários, sem perda de qualidade dos serviços de saúde;

3 – Dimensionamento da rede credenciada e substituição de prestadores, quando necessário, para melhor atendimento do público e redução de custos;

4 – Controle e acompanhamento de indicadores de desempenho da Centralizadora Nacional Saúde CAIXA - CESAD;

5 – Controle e acompanhamento dos indicadores das empresas de auditoria médica e odontológica, contratadas pela CAIXA para gestão das contas médicas; e

6 – Utilização de tecnologias para análise, controle, acompanhamento e gestão, dos procedimentos de maior custo e de prestadores com maior demanda, por quantidade e valor, buscando a contínua profissionalização do plano de saúde.

2. Novas adesões ao Saúde CAIXA

1. Atualmente o Saúde CAIXA está fechado para novas adesões?

Não. O Saúde CAIXA foi reaberto em 08/01/2021, conforme previsto no ACT 2020/2022, possibilitando a adesão dos empregados admitidos após 31/08/18.

2. Por que o Saúde CAIXA esteve fechado temporariamente para novas adesões?

A suspensão para novas adesões só foi realizada após acordo com as entidades sindicais na negociação coletiva de 2018, em cumprimento a Resolução CGPAR nº 23/2018, que determinava o fechamento dos planos de saúde das empresas estatais que não estivessem adaptados às regulamentações previstas em seu Art. 9º. Durante a suspensão, a assistência à saúde foi disponibilizada na modalidade de reembolso.

3. Os editais dos concursos públicos anteriores a 01/09/2018 previam a inclusão no Saúde CAIXA?

Não. Os editais dos concursos públicos anteriores a 01/09/2018 previam a “possibilidade de assistência à saúde”, que pode se dar por diversas formas, inclusive por meio do Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso.

4. O fechamento do plano para novas adesões constou em Acordo Coletivo de Trabalho?

Sim. Na negociação coletiva de 2018, após diversas discussões sobre o tema, o Saúde CAIXA foi fechado para novas adesões e a CAIXA passou a prever o Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso para os empregados contratados após 01/09/2018. Esta medida está prevista no ACT 2018/2020.

5. Os empregados contratados após 01/09/2018 ficaram sem cobertura de benefício de assistência à saúde?

Não. Estavam cobertos pelo Benefício de Assistência à Saúde na Modalidade de Reembolso. A partir de 08/01/2021, conforme previsto no ACT 2020/2022, o Saúde CAIXA foi reaberto possibilitando a adesão dos empregados admitidos após 31/08/18, seguindo o previsto no Manual Normativo RH 221.

A reabertura do plano, viabilizada em 2020, possibilitou o ingresso de mais de 10.000 beneficiários ao Saúde CAIXA.

3. Resoluções CGPAR

1. O que é a CGPAR?

É a Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração De Participações Societárias da União, criada pelo Decreto nº 6.021/2007. Entre as competências da CGPAR, está a de “I - Aprovar diretrizes e estratégias relacionadas à participação acionária da União nas empresas estatais federais, com vistas à:

- a) defesa dos interesses da União, como acionista;
- b) promoção da eficiência na gestão, inclusive quanto à adoção das melhores práticas de governança corporativa;”.

2. Por que a CAIXA precisa seguir as resoluções da CGPAR?

Na condição de Empresa Pública Federal, a CAIXA está submetida às determinações da Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União – CGPAR, conforme preconiza o Decreto nº 6.021/2007.

3. O que a Resolução CGPAR nº 22/2018 determina?

Em síntese, a Resolução CGPAR nº 22/2018 determina a elaboração e apresentação periódica de relatório de gestão dos benefícios de assistência à saúde das empresas estatais federais aos Órgãos deliberativos das respectivas organizações. O relatório deve contemplar plano de metas para aumentar a eficiência na gestão do benefício.

4. A Resolução CGPAR nº 22/2018 é prejudicial para os beneficiários do Saúde CAIXA?

Não. A Resolução CGPAR nº 22/2018 aumenta a governança e ferramentas de controle sobre o plano de saúde e, conseqüentemente, fortalece a cobrança por uma gestão mais eficiente do benefício.

5. A Resolução CGPAR nº 22/2018 visa extinguir os planos de autogestão?

Não. A Resolução CGPAR nº 22/2018 visa aumentar o controle e a eficiência na gestão do plano de saúde.

6. A Resolução CGPAR nº 22/2018 já está implantada na CAIXA?

Sim. Desde 2018, é produzido e disponibilizado aos Órgãos Deliberativos da CAIXA o Relatório de Governança, em atendimento à Resolução CGPAR nº 22/2018.

7. O que a Resolução CGPAR nº 23/2018 determina?

A Resolução CGPAR nº 23/2018 determina uma série de diretrizes e parâmetros para o custeio das empresas estatais federais sobre benefícios de assistência à saúde aos empregados. Entre as diretrizes constantes na Resolução, as mais impactantes sobre o Saúde CAIXA, são:

- i. O teto de participação no custeio do benefício, previsto no art. 3º;
- ii. A paridade contributiva, prevista no art. 3º; e
- iii. Cobrança de mensalidade por beneficiário, prevista no art. 9º; e

Sobre essas três diretrizes, cabe salientar que:

- i. A CAIXA já possui um teto de participação no custeio dos benefícios de assistência à saúde, cabendo a avaliação, até 2022, se haverá a necessidade de adaptação, visto que o parâmetro estabelecido pela resolução é diferente do parâmetro estabelecido no Estatuto Social;
- ii. De acordo com as projeções realizadas por empresa de consultoria atuarial contratada pela CAIXA, a paridade contributiva, ou seja, a CAIXA pagar até 50% das despesas totais do plano, será atingida até 2022, conforme determina a resolução, pela implantação do teto de participação de 6,5% das Folhas de Pagamento e Proventos;
- iii. A individualização da cobrança de mensalidades do Saúde CAIXA já foi negociada no ACT 2020/2022 e passou a vigorar em 2021.

8. A Resolução CGPAR nº 23/2018 é prejudicial para os beneficiários do Saúde CAIXA?

Não. Apesar de possuir regras que alteram a participação dos beneficiários no custeio do benefício e limita os dependentes que podem permanecer nos planos de saúde, essas regras buscam garantir a sustentabilidade das empresas estatais, visto que, sem elas resta inviabilizado a continuidade dos planos de saúde à elas vinculados.

Garantir a sustentabilidade da empresa viabiliza a manutenção e solvência do plano de saúde, já que sem a contribuição da CAIXA, não é possível manter o Saúde CAIXA. Cabe ressaltar que, no caso do Saúde CAIXA, o aumento da contribuição dos beneficiários já ocorrerá independentemente da referida Resolução, já que o teto previsto em Estatuto Social, no ACT e no Manual Normativo RH 222 não tem relação com a norma.

9. A Resolução CGPAR nº 23/2018 visa extinguir os planos de autogestão?

Não. A Resolução CGPAR nº 23/2018 busca aplicar diretrizes e parâmetros para o custeio dos benefícios de assistência à saúde das empresas estatais federais. No caso do Saúde CAIXA, mesmo com a aplicação de todas as diretrizes, o plano permanecerá sendo mais atrativo que os planos de saúde de mercado e financeiramente viável para a maioria os beneficiários, desde que o formato de custeio seja definido seguindo parâmetros técnicos.

10. As diretrizes previstas na Resolução CGPAR nº 23/2018 já estão implantadas na CAIXA?

Parte das diretrizes previstas na Resolução CGPAR nº 23/2018 já estavam implantadas na CAIXA mesmo antes da publicação da referida norma, como é o caso da utilização de mecanismos financeiros de regulação, que no caso do Saúde CAIXA é a coparticipação. Outras alterações ocorreram após a publicação da referida norma, sempre precedidas de negociação coletiva com as entidades sindicais, como é o caso da limitação da idade de dependentes indiretos até 24 anos e, mais recentemente, a individualização da cobrança de mensalidades.

Ressalta-se que toda alteração promovida no Saúde CAIXA é sempre precedida de amplo estudo técnico pela CAIXA, análise de impactos e de negociação coletiva com as entidades sindicais.

11. O que consta na Resolução CGPAR nº 23/2018, que ainda não foi implantado?

A paridade contributiva, prevista no art. 3º.

4. Fundo contábil do Saúde CAIXA

1. O que é o fundo contábil do Saúde CAIXA?

É um fundo disponível para o Saúde CAIXA, formado pelas Reservas Técnica e de Contingência previstas historicamente nos Acordos Coletivos de Trabalho.

2. O que é a Reserva técnica do Saúde CAIXA?

É a reserva formada pelos resultados anuais superavitários do plano.

3. O que é a Reserva de Contingência do Saúde CAIXA?

É uma reserva obrigatória constituída e mantida no patamar de 5% das contribuições da CAIXA e pelos beneficiários.

4. O que significa termos um plano deficitário ou superavitário?

O modelo de custeio definido para o Saúde CAIXA estipula um percentual de participação dos beneficiários, atualmente em 30% das despesas, e para fazer frente a essas despesas assistenciais, conforme previsão regulatória, os beneficiários contribuem com mensalidades e coparticipações, que contabilizadas ao final do exercício podem representar mais ou menos que o percentual definido.

Caso, ao final do exercício, a participação dos beneficiários, consideradas as mensalidades e coparticipações, representem o percentual definido, atualmente 30%, das despesas, considera-se que o plano está em equilíbrio financeiro; se representarem mais do esse percentual, constata-se um superávit no plano; e se representarem menos do o percentual, constata-se um déficit.

6. Como chegou-se ao valor da Reserva Técnica do Saúde CAIXA, em 31/12/2019?

Para apuração do valor da Reserva Técnica foram avaliados os resultados do Saúde CAIXA de 2004 a 2020, auferindo-se uma posição superavitária, atualizada pela SELIC do período.

Nota-se que, seguindo a regra prevista nos Acordos Coletivos de Trabalho desde 2004, a Reserva Técnica é formada pelas contribuições dos beneficiários e pela remuneração empregada pela CAIXA. Não há que se falar em contribuição da CAIXA para a Reserva Técnica, além da remuneração devida, visto que a participação da empresa no custeio do plano está vinculada à despesa e não à contribuição dos beneficiários, não sendo possível gerar resultados superavitários ou deficitários.

Contudo, em 2019 a atual gestão atendeu uma reivindicação antiga dos beneficiários e realizou aporte de R\$ 533 milhões para constituição da reserva técnica, decorrentes dos superávits, e da reserva de contingência.

7. Como chegou-se ao valor da Reserva de Contingência do Saúde CAIXA, em 31/12/2020?

Os Acordos Coletivos de Trabalho desde 2004 preveem que a Reserva de Contingência deve ser constituída e mantida em 5% (cinco por cento) dos valores de contribuições da CAIXA e dos participantes, na proporção estabelecida para as partes. Neste sentido, a CAIXA e os participantes constituem uma única vez a reserva e, anualmente, se necessário realizam novo aporte na Reserva para mantê-la no patamar de 5% das contribuições. Nota-se que não é uma reserva cumulativa, com o objetivo de gerar um excessivo montante superavitário, mas uma margem de segurança para fazer frente a cenários imprevisíveis e desafiadores, como o atual momento de pandemia.

Dessa forma, para atender a regulamentação do plano a CAIXA constituiu, em 2020, com a posição 31/12/2019, a Reserva de Contingência, no patamar de 5% das contribuições referentes a 2019, com aporte de R\$ 97 milhões.

Contudo, em 2019 a atual gestão atendeu uma reivindicação antiga dos beneficiários e realizou aporte de R\$ 533 milhões para constituição da reserva técnica, decorrentes dos superávits, e da reserva de contingência.

Durante o exercício de 2020, a CAIXA empregou mensalmente a remuneração pela SELIC na Reserva de Contingência e, ao final do exercício, em 31/12/2020, avaliou se o montante remunerado da Reserva de Contingência havia permanecido no patamar de 5% ou ultrapassado este limite, já que nestes dois casos não seria necessário que os beneficiários e a empresa fizessem aporte complementar na Reserva.

Ainda em 2020, a CAIXA autorizou um aporte adicional de R\$ 122 milhões para fazer frente as despesas totais do Saúde CAIXA para o exercício de 2021, totalizando mais de R\$ 655 milhões em aportes extraordinários realizados pela atual gestão.

8. Como chegou-se ao valor do Fundo Contábil do Saúde CAIXA, em 31/12/2020?

O Fundo Contábil do Saúde CAIXA é formado pela composição das Reservas Técnica e de Contingência. Assim, o saldo final do Fundo Contábil, em 31/12/2020, era de R\$ 410 milhões.

9. Como ficará a utilização das Reservas Técnica e de Contingência em 2021, com a assinatura do ACT 2020/2022?

Em 2021, conforme estabelecido pelo ACT, a parcela de 30% das despesas de responsabilidade dos beneficiários deverá ser coberta pelas contribuições reajustadas dos beneficiários, não sendo utilizado o saldo das Reservas.

10. Atualmente o Saúde CAIXA está apresentando resultados anuais superavitários?

Não. Apesar de o plano ainda possuir um saldo acumulado superavitário, resultado de todo o período desde 2004, o plano passou a apresentar, desde 2016, resultados deficitários consecutivos, em montantes expressivos, em virtude da defasagem das mensalidades e do teto de coparticipação alinhada ao elevado crescimento dos custos assistenciais.

11. Já que o Saúde CAIXA apresenta resultados anuais deficitários desde 2016, por que não foi aplicado um reajuste nas mensalidades e coparticipações?

A CAIXA comunicou, em 26/01/2017, por meio da CI DEPES/SURBE 001/17 #10, o reajuste nas mensalidades e no teto de coparticipação do Saúde CAIXA, com o objetivo de evitar novos resultados deficitários, conforme havia sido constatado em 2016. Porém, uma liminar concedida pela justiça a uma ação movida pelas entidades sindicais, no dia 31/01/2017, suspendeu o reajuste.

Em 2021, conforme determina o ACT 2020/2022, foi implantado um modelo transitório de formato de custeio que possibilita que a contribuição dos beneficiários possa atingir 30% das despesas do plano. Todavia, este modelo não é capaz de gerar a receita necessária para fazer frente às despesas projetadas para o plano em 2022, considerando a participação da CAIXA limitada em 6,5% das Folhas de Pagamento e Proventos, conforme estabelecido no Estatuto Social e no ACT 2020/2022.

Assim, o ACT 2020/2022 instituiu um Grupo de Trabalho paritário, com representantes da CAIXA e dos empregados, para apresentar uma solução de longo prazo até 31/08/2021.

12. Qual o impacto gerado pela existência de um saldo superavitário para a existência e manutenção do benefício?

Conforme determina o ACT, o saldo acumulado superavitário é utilizado em benefícios para o plano e para o formato de custeio. Neste sentido, caso o plano estivesse em situação de equilíbrio financeiro, o saldo poderia ser utilizado para inclusão de novas coberturas ou melhorias nas atuais ou, ainda, para redução temporária na contribuição dos beneficiários.

Considerando o cenário de desequilíbrio financeiro atual, o saldo é determinante para manutenção do atual formato de custeio momentaneamente, possibilitando que seja estudado e discutido, entre todas as partes, o melhor formato de custeio para distribuição das despesas do plano entre os beneficiários.