

Perguntas e respostas sobre o Saúde Caixa

1. Haverá algum reajuste para empregado(a) que não tem dependente?

Não. Para quem não tem dependente o valor da mensalidade continuará sendo o referente a 3,5% da remuneração básica.

2. Por quanto tempo este acordo terá validade?

O acordo terá vigência por dois anos. Mas se houver alguma alteração que remova o teto de custeio da Caixa, limitado a 6,5% da folha de pagamentos, há previsão de negociação para revisão do custeio pelos trabalhadores.

3. Não podemos deixar como está ao invés de aprovar um acordo que aumentará os valores a serem pagos pelos trabalhadores?

Não. Pelas atuais previsões, teremos um déficit de mais de R\$ 400 milhões em 2023, e (considerando nossas atuais contribuições) de R\$ 660 milhões em 2024.

Como as cláusulas do acordo vigente preveem cobranças extraordinárias no ano seguinte, caso haja déficit no exercício corrente (parágrafo 13º), e, cumulativamente, reajuste nas mensalidades a partir de janeiro, com a identificação da necessidade através das projeções atuariais para o ano seguinte (parágrafo 14º), haverá aumento em 2024. Com os compromissos assumidos pela Caixa na negociação, o déficit de 2023 será coberto sem a necessidade de contribuições extras e o aumento projetado para 2024 será menor que o inicialmente previsto, caso a proposta seja aprovada.

4. Por que será cobrado um valor maior dos dependes?

Com a necessidade de aumentarmos a arrecadação dos usuários, buscou-se equilibrar a proporção entre contribuições e utilização do plano. Atualmente, os titulares respondem por 88% das contribuições, e com 59% da utilização, enquanto os dependentes, por 12% e 41%, respectivamente.

5. Por que os dependentes indiretos, inclusive filhos entre 21 e 24 anos, ficam de fora do limite de comprometimento da renda do trabalhador?

Desde quando passou a ser prevista a inscrição de dependente indireto, ficou estabelecido que sua mensalidade é calculada além do grupo familiar. Em 2009, este valor era de R\$ 110,00. Corrigida pela Variação do Custo Médico Hospitalar (VCMH), atualmente corresponderia a R\$ 740,00. Se aprovado o acordo, esse valor será de R\$ 480.

6. O valor que pagaremos pelo Saúde Caixa será maior do que o cobrado por planos de saúde do mercado?

Ainda que se compare o Saúde Caixa com os planos de mercado (o que não seria adequado, tendo em vista sua natureza distinta e o maior número de coberturas), os levantamentos realizados mostram que o custo médio do Saúde Caixa é menor que dos planos de mercado.

7. A rede de especialidade credenciada no Saúde Caixa é muito precária na minha região. Por que continuar com o Saúde Caixa?

As diferenças de rede credenciada entre as regiões devem-se a fatores internos e externos ao Saúde Caixa. Entre os fatores internos, o mais significativo foi a centralização plano, com fim das GIPES e dos Comitês Regionais de Credenciamento e Descredenciamento. A proposta prevê o retorno destas estruturas, com reflexos positivos para a qualidade do plano.

8. Porque, ao invés de aprovar esta proposta, não lutamos para a derrubada do teto de 6,5% da folha de pagamentos para custeio da Caixa com a saúde dos trabalhadores?

A luta pela revogação e alteração de medidas que restringem nossos direitos ao plano sempre foi e continuará sendo travada pelas entidades. Em 2004, o Saúde Caixa foi criado, vencendo a CCE 09/1996. Em 2021, conseguimos revogar a CGPAR 23. O teto de 6,5% está previsto no estatuto do banco, alterado pelo Conselho de Administração (CA) da Caixa em 2017. Para sua derrubada, é necessário alterar o estatuto da instituição, tema que extrapola a mesa de negociação com o banco, uma vez que a alteração do estatuto é debatida no âmbito do CA, e precisa ser autorizada pela SEST. A mobilização pela alteração vai continuar e, havendo alterações no estatuto, a proposta prevê que o debate do custeio para o Saúde Caixa será retomado.

9. Os usuários que não têm dependentes não terão aumento. Isso não é prejudicial para aqueles que têm dependentes?

Não. O aumento sobre a contribuição dos dependentes visa equilibrar a proporção entre contribuições e utilização. Além disso, ao estabelecer o limite de 7% da RB para a soma de todas as mensalidades, preserva-se a solidariedade e o pacto intergeracional no plano.

10. O Saúde Caixa é um direito adquirido, a Caixa não pode fazer o que quiser!

O direito é com relação à oferta de um plano aos empregados, não em relação às suas condições de custeio, que podem variar ao longo dos anos. Na Caixa, por exemplo já houve o PAMS (em que a Caixa limitava suas contribuições em 3,5%) com e sem mensalidades, e o Saúde Caixa, com a divisão do custeio nos 70/30. As decisões judiciais recentes, tanto em ações referentes ao Saúde

Caixa quanto em outras categorias, mostram que o entendimento consolidado na Justiça do Trabalho é que as condições dos planos podem variar.

11. Se eu sair do Saúde Caixa, posso voltar depois?

Depende da condição do empregado: se estiver na ativa, o reingresso só é permitido após um período de exclusão (pela proposta, de no mínimo dois anos). Para os aposentados, não é permitido o reingresso como titular do plano.

12. Como será definido o valor da mensalidade de quem resgatar a reserva matemática da Funcef?

A Remuneração Base (RB) utilizada como referência para o cálculo da contribuição das mensalidades para o Saúde Caixa de quem optar pelo resgate na FUNCEF passará a considerar a soma do benefício do INSS com o benefício que o participante receberia caso não realizasse o resgate. Estes valores seriam atualizados anualmente, pelos mesmos índices de correção do INSS e da FUNCEF. Caso o empregado não informe à Caixa estes valores, o cálculo será realizado sobre sua última RB na ativa, até que a informação seja prestada.

13. Por que seria necessário realizar mudança na base de cálculo da mensalidade do empregado que realizar resgate na FUNCEF?

Quando o formato inicial de cobrança de mensalidade em percentual de renda passou a ser aplicado desde 2004, não havia a possibilidade de resgates, e a remuneração total do aposentado correspondia à média dos 12 últimos salários da ativa. Com o saldamento e a criação do Novo Plano, passou a existir a possibilidade de resgates, e, com o passar do tempo, a parcela do Novo Plano passou a ser cada vez mais representativa. Caso o número de resgates siga no nível dos últimos anos (desde 2017, houve mais 13 mil resgates) e com a prevalência cada vez maior do Novo Plano, a manutenção da situação prejudica a sustentabilidade do plano.

14. Esta mudança na base de cálculo será aplicada a todos que já realizaram os resgates da FUNCEF?

Não. A previsão é que esta mudança será aplicada apenas às situações ocorridas após o início da vigência do novo acordo, caso a proposta seja aprovada.

15. Sou caixa executivo, minha remuneração bruta é de R\$ 6.710,00. Sou casado e tenho dois filhos menores. Quanto vou pagar para manter o plano?

O valor total, contando titular e dependentes (mulher e dois filhos), será de R\$ 469,70, uma vez que a proposta prevê o limite de 7% de comprometimento da renda do trabalhador (ver [simulador no site da Contraf](#)).

16. Ouvi dizer que o Senado e a Câmara também utilizam o Saúde Caixa. Para eles também haverá aumento?

A utilização da rede credenciada do Saúde Caixa por servidores da Câmara e do Senado ocorre por meio dos chamados Convênios de Reciprocidade. O Saúde Caixa também possui convênios com o TST, STF, TRF1 e TRT15. São convênios firmados com os órgãos públicos que possibilitam a estes a utilização da rede credenciada do Saúde Caixa, preservando a cobertura de cada convênio. As despesas assistenciais decorrentes da utilização da rede credenciada são ressarcidas integralmente à Caixa, acrescidas das despesas administrativas apuradas. Os convênios de reciprocidade têm como premissa a independência administrativa e financeira das partes. Atualmente, a Caixa possui termos de convênios de reciprocidade com 6 (seis) Órgãos Públicos, que somaram 68.841 vidas, sendo faturados mais de R\$ 598 milhões, ressarcidos integralmente à Caixa, sem ônus ao plano ou transferência de custos aos usuários do Saúde Caixa.

As regras de custeio destes planos são definidas por cada um dos órgãos. No caso da Câmara e do Senado, por exemplo, a mensalidade é calculada conforme a faixa etária de cada um dos beneficiários inscritos.

17. Como ocorrerá o acompanhamento do plano pelos usuários?

Será clausulado, em Acordo Coletivo de Trabalho, o repasse das informações necessárias para o acompanhamento financeiro e a elaboração de relatórios e projeções atuariais, com os dados disponibilizados trimestralmente aos representantes dos empregados na mesa de negociação.

18. Como fica a coparticipação?

Os percentuais e limites de coparticipação não mudam: permanecem em 30% sobre os procedimentos, com a cobrança anual limitada a R\$ 3.600,00 por grupo familiar. Para internações e oncologia não há cobrança de coparticipação, e para atendimentos em Pronto-Socorro ou Pronto-Atendimento, o valor é fixo (R\$ 75,00).

19. Por que não podemos abrir um CNPJ para o Saúde Caixa, como a Cassi do BB

O fato do Saúde Caixa ser uma autogestão em RH desobriga o plano do cumprimento de diversas exigências que nos trariam mais ônus, impactando ainda mais nossas contribuições - como a constituição da PEONA, PESL e outras provisões. Além disso, o comprometimento da Caixa com o plano mantido no formato de autogestão por RH é maior, pelo fato da Caixa ser mantenedora e não patrocinadora do plano. Ressaltamos que a proposta não prevê a criação de CNPJ, e, caso aprovada, o formato de autogestão por RH será mantido.

20. Por que é importante que as condições do plano estejam previstas no ACT?

Ter as condições do plano previstas em Acordo obriga que a Caixa cumpra os itens previstos no ACT e impede alterações unilaterais durante sua vigência.