

Uma análise crítica da Resolução nº 23 da CGPAR

Esta é uma análise feita a partir da leitura da Resolução nº 23 da CGPAR, da análise encomendada pela FENAE (Federação Nacional das Associações do Pessoal da Caixa Econômica Federal) e das notícias a respeito do tema em diversos veículos de informação. O objetivo é discutir em maiores detalhes todas as mudanças introduzidas pela resolução nos benefícios de assistência à saúde oferecidos pelas empresas estatais federais, bem como demonstrar como essas mudanças levarão à destruição dos benefícios autogeridos – criados seguindo uma lógica que privilegia a coletividade e a solidariedade – e à transferência de vultosos recursos estatais para os mercados de saúde privada. A análise também visa demonstrar como a resolução ataca a autonomia e capacidade de empresas e trabalhadores de chegarem a acordos que seriam mutuamente mais vantajosos - e adequados para a realidade de cada estatal - pela via da negociação sindical. Embora apresente os trechos que considere mais relevantes, recomendo a leitura da resolução na íntegra.

O que é a CGPAR?

A Comissão Interministerial de Governança Corporativa e de Administração de Participações Societárias da União é um órgão instituído pelo Decreto 6021 em janeiro de 2007. É composta pelos Ministros de Estado do Planejamento, da Fazenda e da Casa Civil. Tem como atribuição a definição de diretrizes e estratégias, elaboração de critérios para avaliação das empresas e para designação de cargos, entre outras matérias relacionadas com a governança corporativa nas empresas estatais federais e da administração de participações societárias da União.

Em 18 de janeiro de 2018, a CGPAR estabeleceu novas diretrizes e parâmetros para o custeio das empresas estatais federais sobre benefício de assistência à saúde aos seus empregados, conhecida como “Resolução 23”. Em princípio, vale destacar alguns dos conceitos utilizados por esta resolução, descritos em seu **artigo 2º**:

*“II - **autogestão por operadora**: modalidade de oferta do benefício de assistência à saúde em que a empresa estatal federal patrocina, por meio de pessoa jurídica de direito privado de fins não econômicos, plano privado e fechado de assistência à saúde;*

*III - **autogestão por recursos humanos - RH**: modalidade de oferta do benefício de assistência à saúde em que a empresa estatal federal opera, por intermédio de seu departamento de recursos humanos ou órgão assemelhado, plano privado e fechado de assistência à saúde;*

*IV - **autogestão**: engloba a autogestão por operadora e a autogestão por RH;*

*VI - **reembolso**: modalidade de oferta do benefício de assistência à saúde em que a empresa estatal federal ressarcir ao empregado, mediante comprovação, parcela do valor correspondente a plano de saúde suplementar adquirido pelo empregado no mercado;*

*VII - **custeio de benefícios de assistência à saúde**: valores gastos pela empresa estatal pública federal e pelos empregados para custear o benefício de assistência à saúde dos empregados e seus beneficiários, incluídos os custos administrativos e tributários;*

*VIII - **folha de pagamento**: corresponde à soma das verbas salariais pagas no ano pela empresa estatal federal aos seus empregados, incluídos o salário-condição e os encargos sociais e excluídos os valores pagos a título de diárias, de conversão em espécie de direitos, de indenização, de reembolsos, de auxílios e demais verbas de caráter não salarial e o salário in natura;*

*IX - **folha de proventos**: corresponde à soma dos valores recebidos pelos aposentados e pensionistas a título de renda anual de aposentadoria ou pensão, pagos por instituição oficial*

de previdência social e o valor pago a título de previdência complementar que decorreu do contrato de trabalho com a empresa estatal;”

Os **artigos 3º, 12º e 13º** tratam do principal objetivo da resolução, definindo o valor máximo que as empresas estatais poderão praticar com benefício de assistência à saúde, seja na modalidade de autogestão, seja por reembolso ou plano de saúde contratado no mercado:

“Art. 3º A participação das empresas estatais federais no custeio do benefício de assistência à saúde, na modalidade autogestão, será limitada ao menor dos dois percentuais apurados sobre a folha de pagamento, conforme a seguir:

I - percentual correspondente à razão entre o valor despendido pela empresa para o custeio do benefício de assistência à saúde e o valor da folha de pagamento apurados em 2017, acrescido de até 10% (dez por cento) do resultado dessa razão; e

II - 8% (oito por cento).

§ 1º Caso a empresa estatal conceda o benefício de assistência à saúde no pós-emprego, deverá levar em consideração, no cálculo estabelecido nos incisos I e II e no § 3º, os gastos com o custeio da assistência à saúde dos aposentados e pensionistas e o valor de sua respectiva folha de proventos.

§ 2º No valor despendido pela empresa para o custeio do benefício de assistência à saúde, não serão considerados os gastos decorrentes:

I - da aplicação das normas de segurança e saúde do trabalho;

II - de programas de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças, quando restritos aos empregados ativos; e

III - da concessão deste benefício, como incentivo temporário, em Planos de Demissão Voluntária aprovados pela Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais Federais.

§ 3º A contribuição da empresa estatal federal para o custeio do benefício de assistência à saúde não poderá exceder a contribuição dos empregados.”

“Art. 12. Respeitados os incisos I e II do art. 3º, a participação da empresa no custeio do benefício de assistência à saúde, na modalidade reembolso, não poderá exceder a participação de cada empregado, nem exceder a valor máximo individual a ser autorizado pela Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais Federais, nos termos de sua competência.

§ 1º Para empregados com menor nível salarial, é permitido reembolso de valor mensal mínimo a ser autorizado pela Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais Federais, nos termos de sua competência, mesmo que neste caso o custeio por parte da empresa seja superior ao do empregado.

§ 2º O menor nível salarial referido no parágrafo anterior será fixado anualmente pela Secretaria de Coordenação e Governança das Empresas Estatais Federais.”

“Art. 13. Respeitados os incisos I e II do art. 3º, a participação da empresa no custeio do benefício de assistência à saúde, na modalidade plano de saúde contratado no mercado, não poderá exceder ao somatório das parcelas de custeio dos empregados.”

Assim, fica claro que todas estas restrições apontam no sentido de adotar a paridade no custeio, ou seja, metade do custeio para a empresa, metade para os trabalhadores. No caso da AMS da Petrobrás, a companhia arca com 70% do custeio e os beneficiários, com 30%. Entre todas as estatais federais, em média, os trabalhadores custeiam 23%, enquanto as empresas arcam com 77%, o que significa que, em alguns casos, o aumento de contribuição imposto aos trabalhadores poderá ser

maior que 100%. Além disso, impõe um limite à modalidade de autogestão que pode pressionar a maioria das estatais a abandoná-la, o que poderá favorecer exclusivamente os planos de saúde privados.

O **artigo 4º** proíbe as estatais de criarem benefício de assistência à saúde geridos pelo próprio RH. Como a resolução também proíbe que as estatais sejam mantenedoras da operadora de benefício (Art. 5º), este artigo sacramenta a entrega do benefício para os planos ou seguradoras privados no futuro:

“Art. 4º Fica vedada às empresas estatais federais a instituição ou criação de benefício de assistência à saúde na modalidade autogestão por RH.”

O **artigo 9º** traz mais restrições aos benefícios de assistência à saúde na modalidade autogestão. Basicamente, obriga a cobrança de mensalidade por beneficiário e limita os tipos de dependentes que o empregado pode inscrever, excluindo mãe, pai e idosos sob curatela, mesmo que sejam dependentes econômicos:

“Art. 9º A oferta de benefício de assistência à saúde, na modalidade autogestão, será permitida, desde que as seguintes condições sejam implementadas:

I - cobrança de mensalidade por beneficiário, de acordo com faixa etária e/ou renda;

II - utilização de mecanismos financeiros de regulação, nos termos autorizados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS;

III - fixação de prazo de carência, de acordo com os normativos da ANS, para os empregados cuja adesão ocorra após noventa dias do início do contrato de trabalho; e

IV - limitação da inscrição, como beneficiários dependentes de seus empregados, exclusivamente aos seguintes:

a) cônjuge ou companheiro(a) de união estável, inclusive os do mesmo sexo;

b) filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros menores de vinte e um anos de idade;

c) filhos, incluídos os adotivos, ou enteados solteiros a partir de vinte e um anos de idade e menores de vinte e quatro anos de idade, cursando o 3º grau ou equivalente;

d) filhos ou enteados solteiros maiores de vinte e um anos incapacitados permanentemente para o trabalho; e

e) os menores sob tutela ou curatela.

Parágrafo único. Respeitado o direito adquirido, as empresas deverão ajustar seu benefício de assistência à saúde, de modo a se enquadrar no disposto neste artigo, observado o prazo estabelecido no art. 17.”

Os **artigos 8º, 10º e 11º** revelam a real intenção do governo ao editar a resolução. Enquanto a modalidade de autogestão vai sendo estrangulada pelas restrições impostas nos demais artigos, aos novos trabalhadores ela não será sequer oferecida, algo que já se verifica em recente edital de concurso do Banco do Brasil (07/03/18). Aos novos aposentados também não será oferecido qualquer tipo de benefício, quebrando o laço de solidariedade e pertencimento entre ativos e aposentados das várias categorias estatais.

A autorização apenas para a modalidade de reembolso é a mão estendida pelo governo federal, através das estatais, para financiar os planos de saúde privados. Destrói a lógica do benefício de assistência à saúde coletivo e solidário - que inspirou a criação de todos os planos autogeridos das estatais - e reforça o individualismo entre os trabalhadores. O ganho de escala e pela associação de beneficiários se perde, o que pode levar ao encarecimento do benefício. Ao mesmo tempo em que o gasto das empresas pode crescer, não há nenhuma garantia quanto à manutenção ou aumento da

qualidade desse gasto, uma vez que a relação de prestação do serviço se dá individualmente entre o empregado e o plano que este contratar.

No caso dos aposentados, a situação se torna mais dramática, pois os custos com assistência em saúde são crescentes com a idade, e o atendimento dos planos privados é muito mais frio e distante do beneficiário, negligenciando limitações físicas e tecnológicas que este pode apresentar em idades mais avançadas:

“Art. 8º Respeitado o direito adquirido, o benefício de assistência à saúde, com custeio pela empresa, somente será concedido aos empregados das empresas estatais federais durante a vigência do contrato de trabalho.”

*“Art. 10. As empresas que concedem benefícios de assistência à saúde, na modalidade autogestão, que não se enquadrem nas condições estabelecidas no art. 9º:
I - deverão fechar seus planos para adesão de empregados admitidos após a entrada em vigor desta Resolução; e
II - somente estarão autorizadas a oferecer para seus novos empregados benefício de assistência à saúde na modalidade de reembolso.”*

“Art. 11. Os editais de processos seletivos para admissão de empregados das empresas estatais federais não deverão prever o oferecimento de benefícios de assistência à saúde.”

O **artigo 15º** significa retirar dos trabalhadores e dos sindicatos qualquer forma de incidir sobre a organização do benefício de assistência à saúde. As próprias empresas que, dadas as suas especificidades, poderiam negociar termos mais adequados ou vantajosos para sua situação, não terão mais essa possibilidade. É notável a contradição do governo quando impõe uma lógica do “legislado” sobre o “negociado” às estatais e seus trabalhadores, enquanto promove uma reforma trabalhista que privilegia os acordos coletivos. No entanto, o objetivo é consoante com o da reforma, a diminuição de direitos e de despesas com a qualidade de vida dos trabalhadores. Os benefícios se tornarão verdadeiras "caixas pretas" de transferência de recursos para os mercados de saúde privada.

“Art. 15. As empresas estatais federais que possuam o benefício de assistência à saúde previsto em Acordos Coletivos de Trabalho - ACT deverão tomar as providências necessárias para que, nas futuras negociações, a previsão constante no ACT se limite à garantia do benefício de assistência à saúde, sem previsão de qualquer detalhamento do mesmo.”

O prazo para a extinção da assistência à saúde nas estatais como a conhecemos é janeiro de 2020. Até lá, as estatais deverão adotar as regras expressas nessa resolução, às custas da diminuição na qualidade do benefício oferecido e do aumento de contribuição para os trabalhadores ativos e aposentados, bem como da supressão da possibilidade de empresas e trabalhadores, através de negociação e diálogo, chegarem a acordos mais satisfatórios para cada caso.

“Art. 17. As empresas que estiverem operando seus benefícios de assistência à saúde em desacordo com o previsto nesta Resolução deverão se adequar em até quarenta e oito meses, a contar da data da vigência desta Resolução.”

Assim, percebem-se mudanças drásticas neste tipo de benefício, conquistado com muita luta pelos trabalhadores e pelo movimento sindical. Esta resolução cria enorme diferença entre os trabalhadores (mantendo parte do benefício para os atuais trabalhadores e retirando dos novos),

prejudica os aposentados em sua fase de maior necessidade de assistência e, sem dúvida, entrega aos mercadores de saúde privada a oferta e gestão destes planos.

Cabe ressaltar que resolução não é lei, nem decreto. É a expressão pública da vontade do acionista majoritário, a declarar suas metas administrativas. A 20 anos atrás, sob FHC, o governo neoliberal também publicou uma série de resoluções alterando direitos dos empregados das estatais. Algumas restringiram direitos por anos e outras foram derrotadas pela mobilização dos trabalhadores e nunca saíram do papel.

Fica aqui a 1ª lição histórica para esse novo confronto: as resoluções podem ser vencidas via mobilização e negociação coletiva. Não se trata de uma determinação inevitável.

Referências:

RESOLUÇÃO Nº 23, DE 18 DE JANEIRO DE 2018

<http://www.planejamento.gov.br/assuntos/empresas-estatais/legislacao/resolucao-no-23-de-18-de-janeiro-de-2018-diario-oficial-da-uniao-imprensa-nacional.pdf>

Nota Técnica da FENAE

<https://bancariosbh.org.br/wp-content/uploads/2018/02/Nota-T%C3%A9cnica-Resolu%C3%A7%C3%B5es-CGPAR.pdf>

DECRETO Nº 6.021, DE 22 DE JANEIRO DE 2007.

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2007/decreto/d6021.htm

Notícia na página da FENAE

<http://www.fenae.org.br/portal/fenae-portal/noticias/mais-um-duro-golpe-governo-oficializa-cortes-no-saude-caixa.htm>

Notícia na página do G1

<https://g1.globo.com/economia/noticia/estatais-federais-e-servidores-terao-que-dividir-custos-com-plano-de-saude.ghtml>

Notícia na página da FUP

<http://www.fup.org.br/component/k2/item/22141-o-golpe-na-ams>

Elaboração: Arthur Bob Ragusa, diretor do Sindipetro Unificado de São Paulo e da FUP, com comentários e sugestões de Cloviomar Cararine, técnico do DIEESE da Subseção da FUP.