

PARECER Nº , DE 2012

Da COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E CIDADANIA, sobre o Projeto de Resolução do Senado nº 55, de 2011, que dispõe sobre o Regulamento do Sistema Integrado de Saúde (SIS).

RELATORA: Senadora **MARTA SUPPLY**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Resolução do Senado nº 55, de 2011, de autoria da Comissão Diretora, tem por objetivo instituir novo regulamento para o Sistema Integrado de Saúde (SIS), que presta assistência médica aos servidores do Senado e seus dependentes.

De acordo com a justificação do projeto, o texto em análise resultou de trabalho de uma subcomissão criada no âmbito do Conselho de Supervisão do SIS, aprovado por unanimidade pelos membros do referido Conselho, e posteriormente aprovado pela Comissão Diretora.

O novo regulamento tem por objetivo modernizar as regras de funcionamento do SIS, com vistas a manter tanto a cobertura satisfatória no atendimento quanto preservar o equilíbrio financeiro do plano de assistência à saúde.

O atual regulamento do SIS está contido na Resolução do Senado nº 86, de 1991, e está defasado em diversos aspectos, como por exemplo, no que diz respeito ao rol de procedimentos e eventos em saúde que a Agência Nacional de Saúde (ANS) estipula como cobertura básica dos planos privados de assistência. Ademais, o regulamento atual foi alterado diversas vezes, por atos da Comissão Diretora, do Presidente do Senado, do Conselho de Supervisão e do Diretor Geral. Merece, portanto, um trabalho de consolidação que torne as regras mais transparentes para os usuários e gestores do SIS. Há, ainda, que considerar as inovações do Código Civil Brasileiro (Lei nº 10.406,

de 2002) que estipulou novas relações de dependência familiar que precisam ser consideradas para fins de definição de titulares e dependentes de planos de saúde.

O Projeto também leva em conta a necessidade de lidar com os custos crescentes da assistência médica, cada vez mais baseada em novas tecnologias e novos medicamentos de alto custo. Em paralelo ocorre a elevação da idade média dos beneficiários do SIS, o que se traduz em maior demanda por serviços médicos. Tudo isso se traduz na importância de o SIS dispor de sistemas informatizados de controle e análise das receitas e despesas, para bem gerir as pressões de custos.

Utilizaram-se como fonte de pesquisa para a elaboração do novo regulamento a Lei nº 9.656, de 1998, que regula os planos privados de saúde, a Resolução Normativa nº 167 da ANS, que atualiza o rol de procedimentos e eventos em saúde, os regulamentos de planos de autogestão similares ao SIS, com destaque para os planos do STF, do TST, do TJDFT e do MPU.

O regulamento está composto por 73 artigos, distribuídos em 4 Títulos, que contêm 10 capítulos. No Título I, que trata das disposições preliminares, são definidas a natureza e finalidade do SIS: proporcionar aos servidores assistência à saúde, mediante modelo associativo fechado, de caráter social, sem fins lucrativos, sob modalidade de autogestão. Em seguida define-se quem são os beneficiários do plano, as regras de inscrição, os prazos de carência, desligamento e reinscrição dos beneficiários.

Os beneficiários são classificados em duas espécies: os titulares e os dependentes. Somente poderão ser inscritos no SIS como beneficiários titulares servidores regularmente cadastrados na Secretaria de Recursos Humanos do Senado na qualidade de servidores ativos, inativos e pensionistas titulares de pensões por morte. A integração cadastral entre o SIS e a SRH é um importante instrumento de controle e de redução na burocracia existente na relação entre o SIS e os beneficiários, evitando a solicitação de informações em duplicidade. Além de facilitar o desconto em folha dos débitos dos beneficiários para com o SIS.

Para a definição do conjunto de pessoas que podem ser inscritas como dependentes, o regulamento lança mão de dois critérios: o critério moral e o critério de verificabilidade. Pelo critério moral consideram-se dependentes as pessoas que não possam trabalhar e não tenham renda própria: crianças, jovens, inválidos, idosos ou estudantes universitários até 21 anos. Pelo critério

de verificabilidade, estipula-se que para ser dependente do beneficiário-titular no SIS a pessoa tem que ser, também, dependente para fins de Imposto de Renda. Obviamente o cônjuge ou companheiro não se inclui nas regras acima. Todavia, se o cônjuge ou companheiro for servidor do Senado, não poderá ser inscrito como dependente, devendo, se desejar, inscrever-se como beneficiário-titular, pagando a respectiva contribuição. Os arts. 3º a 6º listam, exaustivamente, as condições e graus de parentesco que permitem a inscrição de beneficiários titulares e suplentes.

Os prazos de carência a que estão sujeitos os beneficiários estão descritos no art. 13 e seguem o padrão das normas da ANS.

O Título II trata da assistência provida pelo SIS, sendo dividido nos seguintes Capítulos: I – Do Credenciamento, da Tabela de Procedimentos e do Descredenciamento dos Prestadores de Serviço; II – Do Plano de Assistência à Saúde: atendimentos ambulatorial, hospitalar e em “home care”; III – Das exclusões do plano de assistência à saúde; IV – Do ressarcimento de despesas nos atendimentos de livre escolha; V – dos atendimentos de psiquiatria, psicologia, fonoaudiologia e terapia ocupacional.

Cabe destacar, nesta parte do Projeto, que as modalidades de assistência à saúde oferecidas são: (a) serviços prestados diretamente pela Secretaria de Assistência Médica do Senado (SAMS), sem ônus para o servidor; (b) serviços prestados por instituições públicas e privadas credenciadas pelo SIS; (c) serviços prestados por profissionais liberais e instituições públicas ou privadas de livre escolha dos beneficiários, não credenciadas pelo SIS, caso em que o beneficiário receberá reembolso no limite dos valores das tabelas de pagamento aos credenciados; (d) serviço de internação domiciliar.

A exceção do atendimento diretamente na SAMS, todas as outras modalidades implicam pagamento de parcela da despesa pelo beneficiário, em percentuais a serem definidos pelo Conselho de Supervisão.

O plano de assistência à saúde adotará tabelas, aprovadas pelo Conselho de Supervisão, contendo a discriminação de todos os procedimentos e serviços cobertos pelo SIS, com os respectivos preços.

Poderão ser adotadas tabelas especiais para os procedimentos e serviços prestados por instituições reconhecidas pela perícia médica do SIS como de notória especialização.

É vedado à Secretaria do SIS credenciar instituição que tenha servidor do Senado ou prestador de serviço contratado pelo Senado como proprietário, acionista ou sócio.

Os tipos de atendimento considerados pelo regulamento são o ambulatorial (consultas, exames, fisioterapia, fonoaudiologia, etc.), o hospitalar (internação clínica ou cirúrgica, aprovada pela perícia) e a internação domiciliar (a ser disciplinada pelo Conselho de Supervisão, visando os casos em que a internação hospitalar mostre-se pouco efetiva e de custo superior ao tratamento domiciliar).

As próteses e órteses necessárias ao ato cirúrgico, em geral de alto custo, serão previamente autorizadas pela perícia médica do SIS. Nas internações em instituições de notória especialização, o beneficiário pagará os honorários médicos diretamente a esses profissionais, tendo direito a ressarcimento parcial, de acordo com os valores das tabelas do SIS.

Não serão cobertos pelo plano de saúde: tratamentos ilícitos ou antiéticos, tratamentos experimentais, procedimentos com finalidade estética, *spas*, procedimentos não incluídos nas tabelas utilizadas pelo SIS, mamoplastia (exceto aquelas definidas em Instrução Normativa do Conselho de Supervisão), cirurgias para mudança de sexo, recanalização do canal deferente ou das trompas de falópio, internação em asilo para idosos, tratamentos fora do país, entre outros procedimentos listados exaustivamente no art. 38.

É facultado ao beneficiário do SIS utilizar serviços prestados por profissionais liberais e instituições de sua livre escolha, não credenciados pelo SIS, sendo assegurado ao beneficiário-titular o reembolso parcial da despesa, nos valores das tabelas adotadas pelo SIS.

O tratamento de caráter continuado, realizado na modalidade de livre escolha, será previamente autorizado pela perícia médica do SIS, que se manifestará sobre a adequação dos procedimentos, o valor a ser ressarcido pelo SIS e as datas de reavaliação pela perícia.

O Título III ocupa-se do financiamento e da administração do SIS e da administração do Fundo de Reserva, formado a partir das contribuições dos participantes. Ali estão estabelecidas as fontes de financiamento do SIS e a estrutura de administração do Plano, formada pelo

Conselho de Supervisão, pela Secretaria do SIS, pela Secretaria de Assistência Médica (SAMS) e pelo Conselho Fiscal do Fundo de Reserva.

O plano de assistência à saúde será financiado por contribuição dos beneficiários ao Fundo de Reserva e por recursos da União, devendo o Senado destinar, anualmente, a essa finalidade o equivalente a pelo menos 3,5% da despesa com pessoal e encargos sociais.

Os recursos do Fundo de Reserva serão aplicados exclusivamente na Caixa Econômica Federal ou no Banco do Brasil, restringida sua aplicação a: certificados de depósitos bancários, caderneta de poupança, cotas de fundos de investimento de renda fixa lastreados unicamente em títulos do Tesouro Nacional.

A contribuição financeira devida por todos os beneficiários será composta de: (a) contribuição mensal, independente do uso dos serviços do SIS e (b) participação percentual nas despesas realizadas em seu benefício (coparticipação).

A administração do SIS e a fiscalização do Fundo de Reserva serão exercidas pelos seguintes órgãos: (a) Conselho de Supervisão, que será o órgão superior de deliberação, com poder normativo; (b) Secretaria do SIS, que será o braço executivo do plano; (c) Conselho Fiscal do Fundo de Reserva.

O regulamento define, ainda, o relacionamento entre o SIS e a Secretaria de Assistência Médica (SAMS). Cabe à SAMS prestar assessoria técnica à Secretaria do SIS, bem como prover atendimento ambulatorial aos beneficiários do SIS. Além disso, a SAMS instituirá programa de avaliação anual do estado de saúde dos servidores do Senado e programa de vacinação ocupacional, conforme diretrizes do Ministério da Saúde.

O Título IV contém as disposições finais e transitórias. Compõe, ainda, o regulamento, um anexo com glossário de termos utilizados no texto principal.

Não foram apresentadas emendas no prazo regimental.

II – ANÁLISE

Cabe a esta Comissão, nos termos do art. 101 do Regimento Interno do Senado Federal, opinar sobre a constitucionalidade, juridicidade e regimentalidade da matéria, bem como, ressalvadas as competências das demais comissões, pronunciar-se acerca do mérito.

O Projeto está em consonância com o art. 52, inciso XIII, da Constituição, que estabelece como competência privativa do Senado dispor sobre sua organização e seu funcionamento.

Em conformidade com o art. 213, inciso III, do Regimento Interno da Casa, matérias de competência privativa do Senado devem ser tratadas por meio de projetos de resolução, de modo que a proposição em exame está de acordo com a regra vigente.

A Comissão Diretora tem respaldo para apresentar esse tipo de proposição, com base no art. 98, inciso III, do Regimento Interno, que estipula entre as competências da referida Comissão propor ao Senado projeto de resolução dispondo sobre sua organização e funcionamento.

O projeto está redigido em conformidade com os ditames da Lei Complementar nº 95, de 1998.

No que tange ao mérito, considero este projeto como um bem-sucedido esforço do Conselho de Supervisão do SIS, o qual tenho a honra de presidir, no sentido de atualizar as regras de funcionamento e prover condições para a estabilidade financeira e a manutenção da qualidade do serviço prestado.

Medidas importantes já foram tomadas em antecipação à aprovação deste regulamento. Refiro-me ao Ato da Comissão Diretora nº 16, de 2011, que modificou o sistema de contribuição e restringiu o universo de beneficiários dependentes. Antes deste Ato, as contribuições eram feitas por unidade familiar, não importando quantas pessoas havia em cada família. Assim, contribuintes com poucos dependentes acabavam subsidiando aqueles com muitos dependentes. Além disso, as contribuições não guardavam correspondência com a faixa etária dos beneficiários, de modo que os mais novos (que tendem a demandar menos serviços médicos) acabavam por subsidiar os mais velhos.

Com o novo Ato, as contribuições passaram a ser individualizadas por beneficiário, conforme a respectiva idade. Também houve recuperação no valor real das contribuições, que estava defasado e muito abaixo dos valores cobrados por planos similares.

Além disso, o Ato da Comissão Diretora nº 16, de 2011, cuidou de excluir do Plano os dependentes que não encontram correspondência na regra de dependência válida para o Imposto de Renda, em consonância com o que está sendo proposto no regulamento ora em exame. Vale dizer, foram excluídos os filhos e enteados, não estudantes, com idade superior a 21 anos. A manutenção de tais dependentes não apenas era questionável do ponto de vista legal, pouco justificável pelo critério moral, como também representava ônus financeiro ao sistema.

Não obstante esses avanços na busca de equidade e equilíbrio financeiro no SIS, é preciso avançar na modernização das regras e da gestão do Plano.

O SIS tem aproximadamente 15 mil beneficiários, que são servidores efetivos e comissionados, e seus dependentes. É financiado por recursos do orçamento da Casa e por contribuição dos beneficiários. É administrado por autogestão, a forma de organização da quase totalidade dos sistemas de saúde de servidores do setor público federal no Poder Judiciário, no Ministério Público e no Poder Executivo (inclusive Forças Armadas e empresas estatais).

O SIS tem-se defrontado com um crescimento das despesas que decorre dos custos crescentes dos procedimentos médicos, cada vez mais associados a novas tecnologias e novos medicamentos, de alto custo. Também tem sofrido com o aumento da idade média dos beneficiários.

O novo regulamento pode melhorar a eficiência e a equidade do SIS uma vez que:

- define quem pode ser considerado beneficiário dependente com base em critérios de moralidade e verificabilidade;
- obriga o pagamento de contribuição mensal e de coparticipação nas despesas de todos os beneficiários, de modo que quem usar mais o sistema pagará mais;

- enumera e define claramente os procedimentos que são cobertos e os que não estão amparados pelo Plano, evitando decisões *ad hoc* mediante solicitações individuais ao Conselho de Supervisão, ao mesmo tempo em que outorga ao Conselho de Supervisão autoridade para definir, em regulamento, de forma genérica e impessoal, os detalhes das coberturas do plano;
- aperfeiçoa a estrutura administrativa do SIS, conferindo mais transparência e controle, com destaque para a criação do Conselho Fiscal do Fundo de Reserva, que terá autoridade para fiscalizar, em detalhes, o uso dos recursos.

Certamente o novo regulamento não conseguirá, sozinho, promover a modernização e eficiência do SIS. Mas constitui condição necessária para que a administração da Casa possa tomar iniciativas administrativas que venham a aperfeiçoar o Sistema, em linha com os progressos obtidos com o já referido Ato da Comissão Diretora nº 16, de 2011.

III – VOTO

Frente ao exposto, voto pela aprovação do PRS nº 55, de 2011.

, Relatora

, Presidente