

**PROPOSTA DE EMENDA CONSTITUIÇÃO Nº \_\_\_\_\_, DE 2016**



SF/16041.67624-05

Altera o art. 197 da Constituição Federal, para dispor sobre a instituição de Plano de Saúde Público para a cobertura financeira de serviços de saúde prestados por instituições e profissionais da rede privada.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

**Art. 1º** O art. 197 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

“ .....

**Art. 197.** São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público, mediante lei:

I - dispor sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado;

II - instituir plano de saúde para custeio integral de serviços assistenciais de saúde prestados por instituições e profissionais da rede privada, obedecidos os seguintes critérios:

- a) ampla cobertura ambulatorial, nas áreas médica, odontológica e psicológica, aos segurados e dependentes;
- b) adesão voluntária e gratuita das pessoas naturais hipossuficientes ou em situação de desemprego, enquanto permanecerem nessa condição;
- c) adesão voluntária das pessoas naturais, mediante pagamento de anuidade;
- d) portabilidade para plano de saúde privado e deste para o público, aproveitado o período de carência cumprido no sistema de origem;
- e) pagamento de honorários profissionais nunca inferior aos constantes das tabelas atualizadas dos respectivos conselhos federais;
- f) caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão tripartite, com participação dos usuários, dos conselhos de classe dos profissionais de saúde prestadores de serviços e do governo nos órgãos colegiados.

.....” (NR)

### **JUSTIFICATIVA**

A iniciativa faculta à União instituir plano de saúde público, objetivando fortalecer o SUS e tornar efetivo o direito à saúde, constitucionalmente assegurado a todos como dever do Estado e de relevância pública (CF, arts. 196 e 197).

O plano deverá oferecer cobertura ambulatorial ampla, de alcance nacional, nas áreas médica, odontológica e psicológica, com profissionais remunerados de acordo com tabela atualizada expedida pelos respectivos conselhos profissionais. Será mantido com dinheiro público e com a anuidade dos segurados. Os hipossuficientes e desempregados ficarão isentos de pagamento.

A saúde sempre foi um assunto mal resolvido no Brasil. Até o advento da Constituição de 1988, o acesso a serviços médico-hospitalares dependia da renda ou do registro laboral do indivíduo. A rigor, só os abastados e o empregado com carteira assinada tinham assistência médica assegurada. Maior parte da população ficava à margem dela. O constituinte de 1987/1988 tentou mudar o cenário, instituindo o Sistema Único de Saúde (SUS), de inspiração britânica e de caráter híbrido, de caráter público e com complementação privada.

Todavia, o modelo exauriu-se. É notório que tanto o atendimento da rede pública como o dos planos de saúde privados são alvos de constantes e crescentes reclamações. As queixas são rotineiras: ineficiência, dificuldade para agendar consultas e tratamentos. No caso do SUS, outro problema: falta de profissionais e desperdícios de material e medicamentos; no dos planos privados, acrescentem-se à demora o alto preço das mensalidades e os baixíssimos honorários pagos pelas seguradoras.

O próprio Ministério da Saúde já reconheceu publicamente a deficiência do sistema. Com poucos dias no cargo, o atual titular da Pasta anunciou a criação de um plano popular, que teve repercussão negativa na sociedade.



Na concepção ministerial, o plano consumiria, cerca de 30 bilhões de reais por ano, com atendimento mínimo. Além do alto custo, o projeto não resolverá o problema, com a agravante de acentuar a divisão social, com pacientes de primeira e segunda categorias.

Aqui, a ideia seria um plano com cobertura ambulatorial ampla, de modo a permitir a assistência em qualquer lugar do País, sem a necessidade de deslocamento de pacientes para os grandes centros para uma mera consulta, como é hoje.

Além de facilitar a vida dos brasileiros, a iniciativa desafogaria o SUS, restringindo-o às ações coletivas, de combate a endemias e à realização de cirurgias. Outro ponto importante: o pagamento de honorários de acordo com a tabela profissional valorizaria os profissionais conveniados, favorecendo, inclusive, a interiorização da medicina.

É certo que a medida não resolverá os problemas da saúde no Brasil. Mas pode aliviar a vida dos brasileiros, repercutindo positivamente, inclusive, nos planos privados, que além de melhorar a qualidade dos serviços que prestam seriam motivados a melhorar, também, os honorários dos profissionais, atraindo maior número de conveniados, com ganhos para todos.

Os convênios entre empresas e órgãos públicos com planos mantidos por instituições financeiras, como a Caixa Econômica, os bancos Bradesco e Itaú e outros, para assistência a seus empregados e servidores reforçam a viabilidade do projeto, que visa, em última análise, estender a todos os brasileiros os benefícios já assegurados a milhares de trabalhadores públicos e privados.



Outro fato a recomendar a alteração ora proposta, é o de que, ante a crise econômica e o correspondente aumento do desemprego, o mercado de planos de saúde médico-hospitalares perdeu cerca de 766 mil beneficiários, somente em 2015, segundo dados do boletim “Saúde Suplementar em Números”, produzido pelo Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS) a partir da atualização da base de informações da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Em razão desse fato, depois da compra da casa própria, a principal prioridade de consumo da classe C brasileira é ter um plano de saúde, contrariando as expectativas de quem acreditava ser a aquisição do primeiro carro. É o que mostrou pesquisa realizada pelo Datafolha, a pedido do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS).

Segundo pesquisa divulgada no sítio do IESS, atualmente existem 800 operadoras de planos de saúde médico-hospitalares com beneficiários atuando no Brasil.

Esse número denuncia uma retração de 6,4% na comparação entre junho de 2016 e o mesmo mês do ano passado. Nos últimos cinco anos, de 2011 a 2016, deixaram de estar ativas e com beneficiários 237 operadoras desse tipo, uma queda de 22,9%.

Por essas razões e forte na crença de que esta proposição otimizará as ações e os serviços de saúde e, portanto, dará eficácia à garantia constitucional, concitamos aos nobres Pares a colaborarem para a sua rápida aprovação.

Sala das Sessões,



<b>ASSINATURA</b>	<b>NOME</b>



SF/16041.67624-05

<b>ASSINATURA</b>	<b>NOME</b>



SF/16041.67624-05