



SENADO FEDERAL

PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº 20, DE 2017

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.

AUTORIA: Senador Eduardo Lopes (1º signatário), Senadora Ângela Portela, Senadora Gleisi Hoffmann, Senador Alvaro Dias, Senadora Maria do Carmo Alves, Senador Antonio Anastasia, Senador Ataídes Oliveira, Senador Benedito de Lira, Senador Cássio Cunha Lima, Senador Cidinho Santos, Senador Cristovam Buarque, Senador Dalirio Beber, Senador Dário Berger, Senador Davi Alcolumbre, Senador Eduardo Amorim, Senador Fernando Collor, Senador Garibaldi Alves Filho, Senador Humberto Costa, Senador João Capiberibe, Senador José Agripino, Senador José Maranhão, Senador José Medeiros, Senador José Pimentel, Senador Lasier Martins, Senador Paulo Bauer, Senador Paulo Paim, Senador Paulo Rocha, Senador Randolfe Rodrigues, Senador Reguffe, Senador Roberto Rocha, Senador Ronaldo Caiado, Senador Telmário Mota

DESPACHO: À Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania



[Página da matéria](#)

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,

ASSINATURA	NOME



ASSINATURA	NOME



SF/16041.67624-05

ASSINATURA	NOME



SF/16041.67624-05

LEGISLAÇÃO CITADA

- Constituição de 1988 - 1988/88

<http://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:constituicao:1988;1988>

- parágrafo 3º do artigo 60

- artigo 197