|  |
| --- |
| **PARECER JURÍDICO** |

**1. CONSULTA**

O presente parecer tem como escopo analisar o Projeto de Lei Complementar que dispõe sobre o Sistema de Assistência à Saúde e o Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS, visando sua restruturação.

É o relatório, passando, pois, a apreciar a questão.

**2. PARECER**

**2.1. DO PLANO CONTRATUAL**

O art. 2º do projeto dispõe que a constituição do IPE-Saúde passará a ser formada pelo Plano Principal, pelo Plano de Assistência Complementar – PAC, pelo plano de Assistência Suplementar – PAMES e, inovando, com o Plano Contratual, sendo esse último destinado às novas extensões de filiados ao plano, que por sua vez são os contratos com órgãos da administração indireta do estado, incluindo fundações, sociedades de encomia mista, empresas públicas e empresas controladas, **bem como órgãos e poderes de Municípios.**

Assim, os municipários poderão se tornar segurados do IPE-Saúde, beneficiando-se de toda a cobertura médico-hospitalar que os servidores públicos estaduais já possuem.

Importante ressaltar, entretanto, que se aprovado o anteprojeto, os servidores municipais que já estiverem aposentados antes da vigência não terão direito ao ingresso no Plano IPE-Saúde. Portanto, somente será permitida a permanência dos inativos no plano, na condição de optativo, àqueles que ingressaram neste enquanto ativos.

Observa-se ainda que o anteprojeto não prevê um aumento no número de profissionais de saúde e postos de atendimentos naquelas localidades em que houver a contratação do IPE-Saúde para os servidores.

Neste contexto o município que contratar o IPE-Saúde não estará beneficiando os aposentados de seu quadro, bem como aqueles que podem utilizar do serviço, pois não há garantia de aumento na rede de atendimento a ponto de nivelar ao crescimento da demanda.

**2.2. DA FACULTATIVIDADE PARA O INGRESSO E/OU PERMANÊNCIA NO PLANO**

No Plano em vigência, somente é possível desvincular-se do IPE-Saúde após um ano. No projeto, o segurado pode requerer a sua desvinculação já nos 15 (quinze) primeiros dias, fulcro art. 4º, §2º, devendo esperar um ano para solicitar seu desligamento caso não solicite no período supramencionado.

Assim, a adesão ao plano poderá ser facultativa e não mais obrigatória, como ocorre na lei em vigência, possibilitando aos servidores desvincularem-se do plano, desvalorizando-o ainda mais, o que poderá abrir margem para futura privatização do IPE-Saúde.

Assim, com a precariedade do IPE-Saúde, bem como com a baixa adesão ao plano principal, a ideia de privatização do instituto será mais fácil de ser implementada.

O anteprojeto em análise, portanto, fora estruturado com a ideia de que o ingresso/permanência no plano é facultativo. Todavia, conforme já explanado, tornar a adesão um exercício de vontade, enfraquece a entidade, pois quanto menos pessoas participarem do plano, mais caro e desqualificado se torna.

**2.3. DOS DEPENDENTES**

**2.3.1. Dependente por invalidez**

No que concerne ao § 2º do art. 7º do PLC em análise, está disposto que a “condição de invalidez do dependente deverá ser pretérita à maioridade legal”. Tal previsão, entretanto, deve sofrer alteração em seu texto legal, eis que não deve haver limite temporal quanto à origem da incapacidade do indivíduo para que este possa ser considerado dependente, tendo em vista que a condição que torna o indivíduo inválido gera as mesmas consequências (incapacidade de fato para os atos da vida) em qualquer idade.

Aprovado o projeto, sem a alteração do texto legal conforme acima defendida, o indivíduo que for ou se tornar inválido:

* **Antes da maioridade:** poderá ser inscrito como dependente do titular, mantendo-se nesta condição mesmo após atingir a maioridade;
* **Posterior à maioridade:** Não poderá ser inscrito como dependente do titular, pois se tornou incapaz quando já maior de idade.

**2.3.2. Prazo para inscrição no caso de falecimento do segurado principal**

Quanto ao § 7º do art. 7, estipula-se o prazo de 60 (sessenta) dias para que os dependentes elencados nos incisos I a IV do artigo supra requeiram a inscrição no Plano Principal, a contar do falecimento do segurado. Seria interessante aumentar o prazo estipulado para tal fim, pelo menos por mais 30 dias, para que os dependentes possam se organizar para requerer a inscrição.

**2.3.2. Alíquota para inclusão de dependente**

O anteprojeto visa mudança o aumento da alíquota para a utilização dos serviços médicos por dependentes.

Nesta esteira. em que pese o salário contribuição de cada servidor corresponda a uma quantia diversa, o inciso IV do art. 23 do anteprojeto não prevê a incidência da alíquota de 5% sobre o salário de contribuição de cada servidor **para inclusão de cada dependente,** mas define como contribuição mensal a alíquota de 5% do valor fixado para o menor salário contribuição definido no Padrão I da tabela dos Vencimentos do Quadro Geral dos Servidores Públicos Civis do Estado.

A incidência da alíquota recairá na mesma base de cálculo para todos os servidores do Estado, por exemplo:

* Considerando que o menor salário contribuição definido no Padrão I da tabela dos Vencimentos do Quadro Geral dos Servidores Públicos Civis do Estado seja de R$ 1.000,00;
* Supondo que o Delegado de Polícia “A” vá incluir 01 dependente no plano;
* Supondo que a Professora “B” vá incluir 01 dependente no plano;
* Qual será a contribuição mensal de cada um dos servidores acima referidos para a inclusão de seus dependentes no plano?

Será de R$50,00 mensais para ambos, pois a base de cálculo é a mesma, não importando os valores dos respectivos salários de contribuição.

**2.4. DO CONSELHO DELIBERATIVO DO IPERGS**

O Conselho Deliberativo do IPERGS, ante a existência de Resolução, tem, dentre outras, a atribuição de controlar, aprovar, desaprovar contratos. Não obstante, o art. 19 do anteprojeto, ao prever a criação do plano contratual, acabará por retirar estas competências do Conselho Deliberativo e transferirá ao IPERGS a contratação com os poderes e órgãos supramencionados. Isto, pois o anteprojeto, se aprovado, irá tornar-se norma legal que irá se sobrepor, prevalecer sobre a resolução.

**2.4. DO CANCELAMENTO AUTOMÁTICO DO PLANO**

O §2º do art. 28 do projeto em tela dispõe que a falta de pagamento de 03 (três) contribuições ao Sistema de Assistência à Saúde, mesmo que intercaladas, imputável ao servidor responsável pelo vínculo ou ao próprio usuário, quando for o caso, implicará o cancelamento automático do plano. Tal disposição é abusiva, pois não raras vezes, servidores recebem seus contracheques zerados por conta de empréstimos e até por erro do Estado, o que acarretará em cumprimento de carência para retorno ao plano, o que prejudica os servidores públicos estaduais de modo geral, mas, principalmente, aqueles que recebem os menores salários.

**2.4. DA COBERTURA DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

O §4º do artigo supracitado dispõe que o Sistema de Assistência à Saúde terá como princípios basilares a *coparticipação financeira dos usuários* e a *prestação de serviços de assistência médica*, por meio de credenciamento das pessoas jurídicas, bem como profissionais da área da saúde. Contudo, não se verifica previsão legal alguma sobre a cobertura de internação hospitalar, deixando margem para interpretações legais desfavoráveis aos segurados.

Assim, ante ao princípio da legalidade, imperioso que haja previsão expressa de cobertura para internação hospitalar, uma vez que não havendo disposição expressa, abrir-se-á margem para que o associado não venha a ter restituído, pelo IPE-Saúde, valores gastos em razão de internação hospitalar, sob o argumento de que a Administração Pública, direta ou indireta, não poderá adotar condutas que não resguardadas em lei, sob pena de violação ao princípio supracitado.

Outrossim, a cobertura de internação hospitalar é medida que se impõe, eis que ao contribuírem ao Sistema de Assistência à Saúde, os servidores buscam ser contemplados por um complexo de saúde completo e de qualidade, garantindo uma maior segurança aos associados ao planos quando necessitarem de assistência médica, não importando qual a modalidade.

**2.5. CONCLUSÃO**

Ante o exposto, aprovação do Projeto em análise, além não beneficiar os servidores já aposentados do município, irá assoberbar o instituto de usuários enquanto a rede médica não será ampliada de modo a acompanhar o crescimento da demanda, tendo como consequência o ingresso de inúmeras ações judiciais para garantir o acesso do segurado à saúde no seu sentido mais amplo. A aprovação do projeto significa onerar mais os servidores, retirar e diminuir direitos de acesso à saúde.

É o parecer.

Porto Alegre, 01 de julho de 2015

YOUNG DIAS LAUXEN & LIMA

ADVOGADOS ASSOCIADOS