

Gabinete da Presidência

Of. GP nº 60/2015

Porto Alegre, 02 de junho de 2015.

Senhor Conselheiro-Presidente:

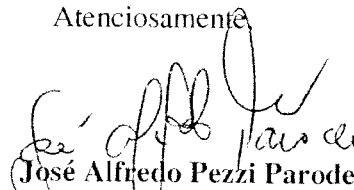
Tendo em vista as prerrogativas deste Conselho, encaminhamos para a devida apreciação e deliberação, com a máxima celeridade possível, a presente minuta de anteprojeto de lei versando acerca da reestruturação do Sistema de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Rio Grande do Sul, denominado IPE-SAÚDE, tendo como gestor o IPERGS.

A proposição em apreço se insere no contexto da ação administrativa na linha da racionalização e da sustentabilidade do plano, bem como a sua qualificação técnica, mediante a adoção de soluções criadas e discutidas de forma conjunta com os segmentos interessados dentro do universo de abrangência do IPE-SAÚDE.

A proposta considera, também, a possibilidade de um novo contrato de prestação de serviços de assistência à saúde de servidores municipais, com escopo na ampliação do número de municípios aderentes, gerando, com isso, economia de escala para o plano.

Outrossim, releva destacar que o encaminhamento da presente proposição legislativa observa diretrizes emanados da ação governamental estabelecida pela gestão recentemente instalada pelo Senhor Governador do Estado José Ivo Sartori.

Atenciosamente


José Alfredo Pezzi Parode
Diretor-Presidente



PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR

Dispõe sobre o Sistema de Assistência à Saúde e o Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS e dá outras providências.

TÍTULO I

Art. 1º - Ficam reestruturados o Sistema de Assistência à Saúde e o Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS.
Parágrafo Único – A normatização do Sistema de Assistência à Saúde e do Fundo de Assistência à Saúde far-se-á pela edição de leis complementares e ordinárias, de resoluções e de regulamentos expedidos pelo Órgão Gestor.

TÍTULO II – DO SISTEMA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I – DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º - O Sistema de Assistência à Saúde, denominado IPE-SAÚDE, tendo como gestor o Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – IPERGS, autarquia criada pelo Decreto nº 4.842, de 8 de agosto de 1931, e reestruturada pela Lei nº 12.395, de 15 de dezembro de 2005, visa disponibilizar aos seus usuários conjunto de ações visando à prevenção de doenças e à promoção, educação e assistência à saúde.
§ 1º - O Sistema de que trata o “caput” é constituído pelo Plano Principal, pelo Plano de Assistência Complementar-PAC, pelo Plano de Assistência Suplementar-PAMES e pelo Plano Contratual, que já existem bem como pelos que venham a ser criados para o aprimoramento, qualificação, maior abrangência e efetividade de cobertura prestada na área da saúde.
§ 2º - O Sistema de que trata o “caput” engloba um conjunto de ações cuja abrangência será definida por normativas institucionais.
§ 3º - As coberturas assistenciais previstas no “caput” serão definidas e especificadas em resolução expedida pelo Órgão Gestor, inclusive quanto à forma de remuneração dos prestadores dos serviços de saúde.
§ 4º - O Sistema de Assistência à Saúde será fundamentado nos princípios da participação financeira dos usuários e da prestação de serviços de assistência médica, mediante credenciamento de profissionais e pessoas jurídicas da área da saúde.
§ 5º - É vedada a utilização da denominação IPE-SAÚDE, com fins comerciais, publicitários e promocionais, sem autorização formal do Órgão Gestor, excetuando-se os prestadores regularmente credenciados junto ao Sistema de Assistência à Saúde.



Art. 3º - O Órgão Gestor do Sistema de Assistência à Saúde Estadual realizará, anualmente, além do estudo atuarial previsto no artigo 22, § 2º, desta Lei Complementar, avaliações de desempenho dos seus planos de saúde e dos serviços da rede de credenciados.

CAPÍTULO II – DO PLANO PRINCIPAL

Art. 4º - O Plano Principal visa disponibilizar aos servidores públicos estaduais, ativos e inativos, seus dependentes e pensionistas um conjunto de ações de assistência à saúde mediante atos de diagnóstico, de tratamento e de prevenção de doenças.

§ 1º - É automática a inscrição do servidor, a partir da data do exercício, e facultativa a sua permanência como segurado do Plano Principal, sendo observadas as seguintes regras para cumprimento de carência, consoante especificações definidas em regulamentação própria:

I – Não haverá submissão a cumprimento de carência para as coberturas assistenciais ao servidor que optar, dentro dos 30(trinta) dias após o exercício, pelo ingresso no plano;

II – Haverá submissão a cumprimento de carência para as coberturas assistenciais ao servidor que optar, a partir do 31º dia após o exercício, pelo ingresso no plano, consoante prazos a serem fixados em Resolução.

§ 2º - Caberá ao servidor, dentro do prazo de 15(quinze) dias a partir do exercício, manifestar-se pela exclusão do quadro de segurados, perante o Órgão Gestor do Sistema IPE-SAÚDE, sob pena de ratificação da inscrição do servidor na condição de segurado do Plano Principal, sendo-lhe, acaso solicitada a exclusão, garantida a devolução de eventuais valores descontados a título de contribuição desde o ingresso no serviço público estadual.

§ 3º - É facultada ao segurado a solicitação de exclusão, a qualquer tempo, desde que observado período de permanência mínima de 12(doze) meses.

Seção I – Da Qualificação dos Usuários

Art. 5º - Os usuários do Plano Principal são classificados em segurados e dependentes.

Art. 6º - São segurados do Plano Principal, independente do regime jurídico de trabalho:

I – os servidores públicos civis, ativos e inativos, vinculados aos Poderes e Órgãos do Estado, da Administração Direta, das Autarquias e das Fundações de Direito Público;

II – os servidores militares estaduais, ativos e inativos;

III – os membros, ativos e inativos, do Poder Judiciário, do Ministério Público estadual e do Tribunal de Contas do Estado;

IV – os ocupantes de cargos em comissão e de cargos temporários;

V – os agentes políticos dos Poderes Executivo e Legislativo que aderirem ao ingresso no Sistema IPE-SAÚDE quando em atividade vinculada ao estado;

VI – os optantes de que trata o artigo 9º, desta Lei Complementar;

VII – os cedidos sem ônus para a origem, ou, quando nessa condição, o cessionário não for integrante da Administração Pública estadual;

VIII – os servidores públicos estaduais, aposentados pelo Regime Geral de Previdência Social que percebam complementação de proventos pelo Estado;

- IX – os ex-combatentes, habilitados na forma da Lei estadual nº 10.081/94;
- X – os ex-servidores que aderiram às disposições da Lei Complementar estadual nº 10.727, de 23 de janeiro de 1996, e os do extinto Departamento Estadual de Portos Rios e Canais – DEPREC, inativados pelo Regime Geral de Previdência Social, que optaram, no prazo fixado pelo artigo 18, da Lei Complementar nº 12.134/04, pela adesão ao Plano Principal, obedecidas as condições previstas no artigo 9º, desta Lei Complementar;
- XI – os servidores ferroviários abrangidos pela Lei nº 2.061, de 18 de abril de 1959, e pela Lei nº 6.182, de 08 de janeiro de 1971;
- XII – os servidores que tenham solicitado exclusão do Sistema de Assistência à Saúde e a ele tenham retornado na condição de reingressantes, conforme tenham atendido os requisitos do artigo 12, desta Lei Complementar;
- XIII – os pensionistas de servidores públicos estaduais, civis e militares, de que tratam os incisos I e II deste artigo, vinculados ao Regime Próprio de Previdência Social;
- XIV – os pensionistas dos servidores ferroviários abrangidos pela nº 2.061, de 18 de abril de 1959, e pela Lei nº 6.182, de 08 de janeiro de 1971.
- § 1º - O ingresso nos planos complementares e suplementares depende de prévio requerimento do segurado.
- § 2º - Os agentes políticos dos Poderes Executivo e Legislativo do Estado que aderirem ao Plano Principal submeter-se-ão ao prazo mínimo de permanência de 12(doze) meses bem como sujeitar-se-ão à contribuição prevista aos servidores públicos civis, prevista no artigo 23, inciso I, desta Lei Complementar, com observância da responsabilidade paritária do respectivo Poder a que estiverem vinculados, prevista no artigo 23, inciso II, desta Lei Complementar.
- § 3º - Quando o órgão cessionário não for integrante da Administração Pública estadual, o servidor poderá manter-se como segurado do Plano Principal, na condição de optante, desde que preenchidos os requisitos estabelecidos no artigo 9º, desta Lei Complementar.

Art. 7º - Para efeitos desta Lei Complementar, o segurado poderá requerer a inscrição no Plano Principal, na condição de dependentes, quando devidamente qualificados, os seguintes usuários:

- I – filho solteiro, desde que:
- a) civilmente menor e não emancipado;
 - b) inválido, quando devidamente habilitado pelo segurado em vida, nessa condição;
 - c) estudante de ensino regular, até o implemento dos 24(vinte e quatro) anos de idade.
- II – o cônjuge, ressalvado quando este detiver vínculo na condição de segurado, nos termos do disposto no parágrafo terceiro deste artigo;
- III – o convivente, independentemente da identidade ou oposição de sexo, que mantenha relação de fato com segurado, caracterizada pela convivência pública, contínua e duradoura por período superior a 02(dois) anos ou por filho em comum, ressalvado quando este detiver vínculo na condição de segurado, nos termos do disposto no parágrafo terceiro deste artigo;
- IV – o ex-cônjuge ou o ex-convivente que perceba pensão alimentícia, ressalvado quando este detiver vínculo na condição de segurado, nos termos do disposto no parágrafo terceiro deste artigo;
- V – o enteado solteiro, nas mesmas condições fixadas no inciso I deste artigo;



VI – o tutelado e o menor sob guarda, nas mesmas condições fixadas no inciso I deste artigo, desde que comprovada, na forma definida em disposições institucionais, dependência econômica ao segurado.

§ 1º - As informações referentes aos dependentes deverão ser comprovadas documentalmente e a inscrição estará condicionada à prova inequívoca da condição pleiteada.

§ 2º - A condição de invalidez do dependente deverá ser pretérita à maioria legal, mediante constatação por junta médica pericial e deverá ser comprovada periodicamente a critério do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – IPERGS, na condição de gestor do Sistema IPE-SAÚDE, consoante requisitos a serem fixados em regulamentação própria.

§ 3º - O servidor público abrangido por esta Lei Complementar, previsto no artigo 6º, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e XII, não poderá ser incluso na condição de dependente de outro servidor público, ainda que na condição de cônjuge ou de convivente, haja vista a observância ao princípio do equilíbrio financeiro-atuarial do Sistema de Assistência à Saúde.

§ 4º - Ao dependente ou ao optante, que adquirir a condição de servidor público estadual, previsto no artigo 6º, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e XII, ou que adquirir a condição de servidor vinculado a órgão oriundo de contratos de prestação de serviços disciplinados no artigo 18, desta Lei Complementar, não será permitida a inscrição ou a manutenção de inscrição perante o Plano de Assistência Complementar – PAC.

§ 5º - Aos pensionistas e aos dependentes não será permitida a inscrição de dependentes no Plano Principal.

§ 6º - A expedição de carteira ou de cartão de identificação do usuário será disciplinada por resolução, sendo que o recém-nascido legalmente habilitável será atendido, até 90 (noventa) dias de vida, sem a necessidade de apresentação dessa forma de identificação.

§ 7º - Após o falecimento do segurado, os dependentes descritos nos incisos I a IV deste artigo, inscritos ou não, terão o prazo de 60 (sessenta) dias para atender o disposto no “caput” deste artigo, ficando garantidas, nesse período, as coberturas do Plano Principal.

§ 8º - Após o falecimento do segurado, os dependentes descritos nos incisos V e VI deste artigo, devidamente inscritos, terão 30 (trinta) dias para solicitar a inscrição na condição de dependente optante, ficando garantidas, nesse período, as coberturas do Plano Principal.

Art. 8º - A perda da qualidade de dependente do Plano Principal, ocorrerá:

I – para o cônjuge:

a) pela separação judicial, ou extrajudicial, ou pela separação de fato, há mais de 02 (dois) anos, ou pelo divórcio, sem fixação de pensão alimentícia;

b) pela nulidade ou anulação do casamento;

II – para o convivente, pela cessação da união estável ou da relação de fato, sem fixação judicial, ou extrajudicial, de alimentos;

III – para os filhos, os enteados, os tutelados e os menores sob guarda, salvo os inválidos que atendam os requisitos fixados na alínea b, inciso I, do artigo 7º e no parágrafo segundo, do artigo 7º, desta Lei Complementar:

a) ao implementarem a maioria civil, ou, na hipótese do artigo 7º, inciso I, alínea c, desta Lei Complementar, ao implementarem a idade limite de 21 (vinte e quatro) anos;



- b) pela aquisição da capacidade civil;
 - IV – para os dependentes em geral:
 - a) pela cessação da invalidez;
 - b) pela morte;
 - c) pela perda da qualidade de segurado daquele de quem dependa;
 - d) pelo casamento, pela união estável ou relação de fato, ou pela perda da pensão alimentícia.
- Parágrafo único – O ingresso perante o serviço público estadual, civil ou militar, consoante previsão no artigo 6º, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e XII, impõe a perda da qualidade de dependente, haja vista a observância ao princípio do equilíbrio financeiro-atuarial do Sistema IPE-SAÚDE.

Seção II – Das alterações na situação funcional dos segurados

Art. 9º - O segurado que, por qualquer motivo previsto em lei, perder sua condição de servidor público estadual ou perder sua condição de servidor público efetivo ativo perante os Poderes ou órgãos contratantes, conforme previsão no artigo 19, desta Lei Complementar, poderá optar pela permanência no Plano Principal, observados os seguintes requisitos:

- I – solicitação por escrito, formulada no prazo máximo de 30(trinta) dias a contar da data de publicação do ato de desligamento;
- II – permanência no plano como segurado-optante pelo período mínimo de 12(doze) meses;
- III – pagamento de contribuição fixada na forma prevista no artigo 23, III, §§ 2º e 6º, desta Lei Complementar.

Parágrafo único - No caso previsto no "caput" deste artigo, enquanto não restabelecida a condição de segurado, haverá suspensão das coberturas dos serviços de assistência à saúde.

Art. 10 - O segurado que, por qualquer motivo previsto em lei, sem perda da sua condição de servidor público, interromper o exercício de suas atividades funcionais, sem direito à remuneração, poderá manter-se vinculado ao Plano Principal, desde que manifeste sua intenção por escrito no prazo de até 30(trinta) dias a contar da data de publicação do ato de afastamento, passando a contribuir na condição de optante, conforme previsto no artigo 23, III e §§ 2º e 6º, observado o disposto no artigo 27, § 3º, ambos desta Lei Complementar.

§ 1º - Havendo cedência sem ônus para a origem, a contribuição do servidor terá por base a remuneração ou subsídio percebido, em conformidade com o previsto nos incisos I, II e V, do artigo 23 e com o artigo 25, ambos desta Lei Complementar.

§ 2º - Qualquer fato que altere a condição do segurado deverá ser comunicado ao Órgão Gestor do Plano Principal, pelo órgão a que estiver vinculado o segurado, até o dia 05(cinco) do mês seguinte ao da ocorrência do fato.

Seção III - Do desligamento do segurado

Art. 11 – O segurado poderá desligar-se do Plano Principal, mediante requerimento ao Órgão Gestor, desde que observado o período de permanência mínima de 12(doze) meses.



§ 1º - O desligamento do segurado, preconizado no "caput", implica na saída dos planos complementar e suplementar, tanto por parte do segurado quanto por parte dos dependentes habilitados.

§ 2º - No requerimento de desligamento, o segurado informará que está ciente do que dispõe o teor do "caput" e do parágrafo 1º deste artigo.

Art. 12 – O segurado desligado poderá reingressar no Plano Principal, a qualquer tempo, inclusive com a inscrição de seus dependentes, desde que observado os seguintes requisitos:

I – solicitação escrita encaminhada ao Órgão Gestor do Plano Principal;

II – solicitação de inscrição comprovando vínculo como servidor público estadual na condição de servidor ativo;

III – pagamento de contribuição mediante desconto em folha de pagamento, conforme disciplinado no artigo 23, inciso XII, desta Lei Complementar;

IV – cumprimento de período de carência, consoante prazos fixados em resolução, observado o prazo mínimo de 6(seis) meses de carência para qualquer cobertura;

V – permanência mínima de 12(doze) meses como segurado no plano.

Parágrafo único – O pagamento antecipado de contribuições não dispensa o cumprimento de período de carência para utilização dos serviços cobertos pelo Plano Principal.

CAPÍTULO III – DO PLANO DE ASSISTÊNCIA COMPLEMENTAR (PAC)

Art. 13 – O Plano de Assistência Complementar – PAC visa disponibilizar, aos usuários que perderam a condição de dependentes do Plano Principal, as mesmas coberturas de serviços de assistência à saúde.

Art. 14 – Poderão ser inscritos, na condição de usuários, os seguintes ex-dependentes, mediante demonstração de requisitos fixados em resolução:

I – Filhos(as) solteiros(as);

II – Enteados(as) solteiros(as);

III – Ex-tutelados(as) solteiros(as);

IV – Ex-menor sob guarda solteiro(a);

V – Mãe, quando excluída do elenco de dependentes do segurado por superveniência de dependente preferencial e habilitada, na forma da legislação anterior, até a data da publicação da Lei Complementar nº 12.134/04;

VI – Ex-dependente inválido solteiro(a), quando ocorrer a cessação da invalidez;

VII – Neto(a) solteiro(a) de segurado(a).

§ 1º - A inclusão espontânea dos usuários arrolados nos incisos I a VI, sem cumprimento do período de carência, conforme previsão em resolução, deverá ser levada a efeito em até 60(sessenta) dias da data da perda da dependência natural.

§ 2º - Após o falecimento do segurado, os usuários, inscritos ou não, terão o prazo de 30(trinta) dias para atender o disposto no "caput" deste artigo, ficando garantida, nesse período, a inclusão sem cumprimento de período de carência.

§ 3º - Os usuários que forem inscritos fora do prazo previsto no parágrafo 1º, cumprirão os períodos de carência previstos em resolução.

§ 4º - Os ex-dependentes previstos nos incisos I a VII deste artigo poderão ser inscritos no Plano de Assistência Complementar-PAC, observado o seguinte limite de idade:
I – aos ex-dependentes referidos nos incisos I a IV, até a idade limite de 30(trinta) anos incompletos;
II – aos ex-dependentes referidos nos incisos V e VI, sem limite de idade;
III – aos insertos referidos no inciso VII, até a idade limite de 18(dezoito) anos incompletos.

Art. 15 - Os usuários inscritos no Plano de Assistência Complementar-PAC devem manter o pagamento das contribuições pelo período mínimo de 12(doze) meses.

Art. 16 – É facultada ao usuário a permanência no Plano de Assistência Complementar-PAC em caso de falecimento do segurado responsável, sendo este servidor público estadual, devendo, entretanto, ser mantido o pagamento das respectivas contribuições, na forma prevista em resolução.

Art. 17 - O ingresso perante o serviço público estadual, civil ou militar, consoante previsão no artigo 6º, incisos I, II, III, IV, V, VI, VII e XII, implica a perda da qualidade de usuário do Plano de Assistência Complementar-PAC, haja vista a observância ao princípio do equilíbrio financeiro-atuarial do Sistema IPE-SAÚDE.

CAPÍTULO IV – DO PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUPLEMENTAR – PAMES

Art. 18 – Os usuários do Plano Principal e do plano de Assistência Complementar-PAC poderão ser inscritos no Plano de Assistência Médica Suplementar-PAMES, observados requisitos de inscrição e cumprimento de períodos de carência, definidos em regulamentação própria.

Parágrafo único – Os usuários que perderem a vinculação ao Plano Principal e ao Plano de Assistência Complementar-PAC, conforme hipóteses definidas nesta Lei Complementar e em regulamentação própria, serão excluídos automaticamente do Plano de Assistência Médica Suplementar-PAMES.

CAPÍTULO V – DO PLANO CONTRATUAL

Art. 19 – No âmbito de sua circunscrição territorial, o Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – IPERGS, na condição de Gestor do Sistema de Assistência à Saúde, denominado IPE-SAÚDE, poderá firmar contratos de prestação de serviços, tendo por objeto ações que visem à prevenção das doenças e à promoção da saúde de servidores efetivos ativos e seus dependentes, mediante a devida contrapartida financeira definida como prêmio, na forma de regulamentação própria, com base em análise atuarial:

- I – com órgãos da Administração Indireta do Estado, incluindo fundações, empresas públicas, sociedades de economia mista e empresas controladas;
- II – com Poderes ou órgãos de Municípios.



Parágrafo único – Os contratos a que se refere o “caput” serão objeto de constante verificação do equilíbrio atuarial-financeiro, mediante análise trimestral e revisão dos termos contratuais anualmente.

Art. 20 – O Plano Contratual objetiva disponibilizar um conjunto de ações visando a assistência à saúde mediante atos de diagnóstico, de tratamento e de prevenção de doenças, nos mesmos âmbitos de cobertura das definidas no Plano Principal.

Parágrafo único – Não será permitido aos segurados inclusos no Plano Contratual postular a inscrição perante os planos complementar e suplementar.

Art. 21 – Aos servidores inativos e aos pensionistas vinculados às entidades contratantes não será permitida a inscrição e a manutenção como segurado no Plano Contratual.

Parágrafo único - Será permitida, aos segurados referidos no “caput”, a manutenção perante o Sistema IPE-SAÚDE, na condição de optante, observados os requisitos definidos no artigo 9º, desta Lei Complementar, após a perda da condição de segurado perante o Poder ou órgão contratante.

TÍTULO III – DO FUNDO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE – FAS

CAPÍTULO I – DAS FINALIDADES

Art. 22 – O Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS, criado junto ao Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – IPERGS pela Lei Complementar nº 12.066, de 29 de março de 2004, alterada pela Lei Complementar nº 12.134, de 26 de julho de 2004, é único, específico e destinado, exclusivamente ao custeio do Sistema IPE-SAÚDE, disciplinado por esta Lei Complementar.

§ 1º - Ocorrendo destinação distinta da constante no “caput” deste artigo, os representantes do Órgão Gestor do Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS serão responsabilizados nas esferas cível, penal e administrativa.

§ 2º - A proposta orçamentária anual do Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS deverá ser elaborada com fundamento em cálculos atuariais, cabendo ao Conselho Deliberativo do Órgão Gestor, IPERGS, estabelecer os limites de sinistralidade financeira mediante expedição de regulamentação própria.

CAPÍTULO II – DAS RECEITAS

Art. 23 – As receitas do Fundo de Assistência à Saúde – FAS/RS serão constituídas pelos seguintes recursos:

I – contribuição mensal dos servidores públicos, ativos, inativos e pensionistas, civis dos Órgãos e Poderes do Estado, da Administração Pública Direta, das Autarquias e das Fundações Públicas, dos servidores públicos militares, ativos inativos e pensionistas, dos membros do Poder Judiciário, do Ministério Público estadual e do Tribunal de Contas do Estado, dos ocupantes de cargos em comissão e de cargos temporários, dos



- agentes políticos do Poder Executivo e Legislativo, correspondente a 3,1% (três inteiros e um décimo por cento) do salário de contribuição;
- II – contribuição mensal paritária dos Poderes e Órgãos do Estado, da Administração Direta, das Autarquias, das Fundações Públicas, correspondente a 3,1% (três inteiros e um décimo por cento) do salário de contribuição, abrangendo o universo de segurados de que trata o inciso anterior;
- III – contribuição mensal do desligado e do licenciado, na condição de optantes, de que trata os artigos 9º e 10, desta Lei Complementar, correspondente a 7,2% do salário de contribuição, observado o valor mínimo do salário de contribuição fixado em valor correspondente a 10(dez) vezes o salário do Padrão I, da Tabela de Vencimentos do Quadro Geral dos Servidores Públicos Cíveis do Estado;
- IV – contribuição mensal devida pelo segurado do Plano Principal, oriunda da inclusão de dependentes fixados no rol do artigo 7º, desta Lei Complementar, correspondente, para cada dependente incluso, ao percentual de 5% do valor fixado para o menor salário de contribuição definido no Padrão I, da Tabela de Vencimentos do Quadro Geral dos Servidores Públicos Cíveis do Estado, observada proporcionalidade definida nas categorias de co-participação do Sistema de Assistência à Saúde;
- V – contribuições referentes aos planos complementar e suplementar;
- VI – contribuições oriundas de contratos de prestação de serviços de saúde firmados com outras instituições, autorizados nesta Lei Complementar e regulamentados em resolução;
- VII – rendas resultantes de aplicações financeiras;
- VIII – doações, legados, subvenções e outras rendas eventuais;
- IX – reversão de qualquer importância;
- X – juros, multas e correção monetária de pagamento de quantias devidas ao Sistema de Assistência à Saúde, denominado IPE-SAÚDE;
- XI – taxas, percentagens e outras importâncias devidas em decorrência da prestação de serviços;
- XII – contribuições dos servidores que tenham solicitado exclusão do Sistema de Assistência à Saúde, denominado IPE-SAÚDE, e a ele tenham retornado na condição de reingressantes, correspondente aos valores calculados de acordo com os incisos I e II deste artigo.
- § 1º - As despesas de assistência à saúde aos segurados abrangidos pela Lei nº 10.081, de 20 de janeiro de 1994, e seus dependentes, serão ressarcidas pelo Estado do Rio Grande do Sul ao IPERGS, trimestralmente, mediante comprovação dos serviços prestados, acréscimos dos encargos sociais e dos custos administrativos a serem fixados em resolução.
- § 2º - Exceto as contribuições constantes nos incisos I, II, III, IV e XII, que decorrem de lei, as demais elencadas neste artigo serão fixadas e alteradas, no mínimo, anualmente, por resolução a ser expedida pelo Conselho Deliberativo, mediante análise em cálculo atuarial.
- § 3º - A perda da qualidade de segurado não implica o direito à restituição das contribuições pagas a partir do momento em que aquela tiver ocorrido.
- § 5º - Não haverá restituição de contribuição, excetuada a hipótese de recolhimento indevido.
- § 6º - A contribuição prevista no inciso III, deste artigo será objeto de reajuste na mesma condição de aplicação do reajuste fixado para Padrão I, da Tabela de Vencimentos do Quadro Geral dos Servidores Públicos Cíveis do Estado.



§ 7º - As pensionistas vinculadas aos servidores ferroviários abrangidos pela nº 2.061, de 18 de abril de 1959, e pela Lei nº 6.182, de 08 de janeiro de 1971, previstas como seguradas no artigo 6º, XIV, desta Lei Complementar, quando não houver requisitos para complementação de pensão pelo Órgão Gestor do Sistema de Assistência à Saúde, denominado IPE-SAÚDE, será incluída na condição de optante, nos termos do artigo 9º, desta Lei Complementar, e submetida ao pagamento de contribuição prevista no inciso III e observada a regra prevista no § 6º, deste artigo.

Seção I – Da Escrituração, Da Arrecadação e Da Fiscalização das Receitas

Art. 24 – As receitas do Fundo de Assistência à Saúde - FAS/RS serão escrituradas em contas específicas para cada Plano, depositadas em conta especial distinta das demais contas do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – IPERGS e do Tesouro Estadual e vinculadas exclusivamente à sua destinação, em conformidade com o que dispõe a Lei Federal nº 4.320, de 17 de março de 1964, com suas alterações, e esta Lei Complementar, não podendo os recursos do Fundo, ou a ele destinados, ser incluídos no SIAC – Sistema Integrado de Administração de Caixa no Estado, instituído pelo Decreto nº 33.959, de 31 de maio de 1991, nem ser usados, sacados ou resgatados fora das finalidades precípuas a que ficaram vinculados.

Parágrafo único – Compete ao Órgão Gestor do Fundo de Assistência à Saúde - FAS/RS fiscalizar a arrecadação e o recolhimento das contribuições e receitas que lhe sejam devidas, cabendo aos órgãos, Poderes e entidades com as quais tiver firmado contrato de prestação de serviços, fornecer os esclarecimentos e as informações necessárias ao desempenho dessa atribuição.

Art. 25 – As contribuições devidas pelos segurados serão descontadas em folha pelos setores encarregados do pagamento das respectivas remunerações e subsídios, quando pagas pelo Estado, seus Poderes, Órgãos, Autarquias e Fundações Públicas, sendo os demais casos disciplinados por resolução.

§ 1º - Não poderá haver interrupção no recolhimento das contribuições devidas pelo segurado, sob pena de aplicação das sanções previstas no artigo 27, desta Lei Complementar.

§ 2º - As contribuições dos segurados de que tratam os artigos 9º e 10, desta Lei Complementar, serão calculadas a partir do dia seguinte ao da publicação do ato de afastamento.

Art. 26 – Os recursos devidos ao Fundo de Assistência à Saúde - FAS/RS deverão ser repassados:

I – no mesmo dia e mês de pagamento, de forma automática, quando se tratar de contribuições dos segurados;

II – até o dia 15(quinze) do mês seguinte ao de competência, quando se tratar de parcela devida pelo Estado, seus órgãos, poderes, autarquias e fundações públicas, e pelas entidades contratantes, definidas no artigo 18, desta Lei Complementar.

Art. 27 – O segurado que não estiver percebendo remuneração pelo Estado ou pelas entidades contratantes deverá recolher as contribuições até o dia 10(dez) do mês seguinte ao da competência.



§ 1º - Não constatado o recolhimento referido no "caput" no prazo de 30(trinta) dias, os serviços de cobertura de assistência à saúde serão suspensos.

§ 2º - 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.

§ 3º - As quantias devidas ao Fundo de Assistência à Saúde - FAS/RS e não recolhidas nos prazos devidos ficarão sujeitas a aplicação de atualização monetária e juros de mora.

§ 4º - A contribuição recolhida indevidamente não gera qualquer direito aos serviços de saúde.

Seção II – Da Base de Cálculo para as Contribuições

Art. 28 – Entende-se por salário de contribuição, para os fins desta Lei Complementar, o subsídio ou a remuneração do cargo ou função permanente, constituída pelo vencimento acrescido de função gratificada, dos adicionais de caráter individual e por tempo de serviço e das vantagens pessoais incorporadas à remuneração do servidor, e os proventos e pensões deles decorrentes, excluídos:

I – abono familiar;

II – abono de permanência;

III – diárias;

IV – ajuda de custo;

V – indenização de transporte;

VI – vale-alimentação ou vale-refeição;

VII – jeton;

VIII – terço de férias;

IX – gratificação natalina;

X – horas extras eventuais;

XI – outras parcelas de caráter eventual ou indenizatório.

§ 1º - Na percepção de remunerações cumulativas, permitidas por lei, considerar-se-á como salário de contribuição o somatório das mesmas, inclusive no caso de complementação de aposentadoria e de pensão.

§ 2º - O menor salário de contribuição dos segurados que percebam complementação de aposentadoria pelo Regime Próprio de Previdência Social – RPPS/RS será o correspondente a 07(sete) vezes o Padrão I(um) da Tabela de Vencimentos do Quadro Geral dos Servidores Públicos Civis do Estado, na modalidade de carga horária de 44(quarenta e quatro) horas mensais.

§ 3º - A base do salário de contribuição do servidor licenciado será a remuneração que perceberia no exercício do cargo ou função por ocasião do seu afastamento, com reajustamento e vantagens atribuídas posteriormente.

TÍTULO IV – DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 29 – O patrimônio imobiliário do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – IPERGS, bem como qualquer receita dele proveniente, integra o Fundo de Assistência à Saúde - FAS/RS, criado pela Lei Complementar nº 12.066, de 29 de março de 2004.



Art. 30 – Ocorrendo insuficiência nas receitas do Fundo de Assistência à Saúde - FAS/RS para o atendimento das despesas havidas pelo Sistema de Assistência à Saúde, o Tesouro do Estado aportará, nos critérios estabelecidos em lei, recursos adicionais até o limite do montante apurado na data da promulgação deste diploma legal, abatido o valor do patrimônio a que se refere o artigo 29, desta Lei Complementar.

Art. 31 – Os segurados e os dependentes cadastrados nos Planos Principal, Complementar e Suplementar, na data da publicação desta Lei Complementar, conservam esta qualidade, independentemente de qualquer providência administrativa.
Parágrafo único – Fica fixado prazo de 06(seis) meses a partir da data de publicação desta Lei Complementar para aplicação do teor do artigo 23, IV, sendo disponibilizado ao segurado optar pela permanência ou não dos dependentes inscritos perante o Sistema de Assistência à Saúde, consoante requisitos definidos em resolução.

Art. 32 – O Grupo de Trabalho instituído junto à Diretoria de Saúde do Instituto de Previdência do Estado do Rio Grande do Sul – IPERGS, de caráter consultivo e reconhecido como serviço público relevante e não remunerado, composto, paritariamente, pelas entidades representativas dos prestadores de serviços de saúde integrantes da rede credenciada ao Sistema de Assistência à Saúde estadual e das entidades de que trata o artigo 5º, da Lei nº 12.395, de 15 de dezembro de 2005, atuará de acordo com resolução expedida pelo Conselho Deliberativo do IPERGS.

Art. 33 – Ficam revogadas as Leis Complementares nº 12.066, de 29 de março de 2004, nº 12.134, de 26 de julho de 2004 e 12.240, de 5 de abril de 2005.

Art. 34 – Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Porto Alegre, 1º de junho de 2015.