

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 7.563, DE 2010

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de abril de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

Autor: Deputado EDUARDO CUNHA

Relator: Deputado ROGÉRIO CARVALHO

O Projeto de Lei 7.563 de 2010, do Deputado Eduardo Cunha (PMDB/RJ), acresce o artigo 26-A a Lei 8080, de 19 de setembro de 1990. O *caput* determina que a União, diretamente ou através de convênio, mantenha central de atendimento, de funcionamento ininterrupto, para pessoas que necessitem internamento em Unidades de Terapia Intensiva.

O § 1º estabelece que essa central deva contar com profissionais que encaminhem imediatamente os pacientes à unidade mais próxima que disponha de vaga. O §2º determina que as unidades da rede privada prestem o atendimento como se conveniadas fossem, nos casos em que o Sistema Único de Saúde não possa receber os pacientes em suas unidades próprias ou conveniadas.

O próximo parágrafo estabelece que a disponibilização de leitos de terapia intensiva seja custeada integralmente pela União, na forma do Sistema Único de Saúde.

O § 4º propõe penas para unidades da rede privada que não prestarem o atendimento quando acionadas pela central. São elas multa de uma a dez

vezes o valor médio do custo do atendimento completo em Unidades de Terapia Intensiva e, na hipótese de reincidência, cassação da licença para funcionamento da unidade de saúde.

Determina ainda que a Lei entre em vigor em 1º de janeiro do exercício subsequente à publicação.

A justificação chama a atenção para os hospitais para a lotação dos hospitais públicos e das Unidades de Terapia Intensiva, Afirma ser imprescindível uma medida que obrigue o atendimento da população em qualquer unidade que tenha vagas disponíveis. Afirma ainda que o não atendimento gera perdas de vidas humanas e aumenta as sequelas e a demanda por tratamento em unidades públicas.

II – VOTO DO RELATOR

A intenção do Autor do Projeto de Lei em comento é de criar uma forma de solucionar o gargalo dos leitos de UTI no país. A despeito de pretender resolver um grave problema evidenciado no cotidiano de nosso país, acreditamos que a estratégia proposta contém algumas inconsistências, daí porque após analisar sua estrutura, decidi, na condição de Relator, promover algumas substanciais alterações, sem, no entanto, alterar o seu mérito.

De pronto, vislumbramos que a proposta, por submeter as instituições privadas, ainda que não conveniadas ou contratadas, à obrigatoriedade de promover o atendimento de pacientes que necessitem com urgência de internação em UTI, à primeira vista, configura-se inconstitucional, em razão da previsão Constitucional, capitulada no artigo 199, que possibilita às instituições privadas a participação de forma complementar no Sistema Único de Saúde, segundo diretrizes deste, desde que mediante contrato ou convênio.

No entanto, estamos a tratar de uma prerrogativa também constitucional, a Constituição Federal garante que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do *direito à vida*, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade. O direito à vida é o mais fundamental de todos os direitos, já que se constitui em pré-requisito à existência e exercício de todos os demais.

Corroborando a tese acima, deve-se considerar ainda que a saúde é um direito constitucionalmente assegurado a todos, inerente à vida, bem maior do homem, portanto o Estado tem o dever de prover condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

A Constituição Federal de 1988 foi a primeira constituição brasileira a positivizar o direito à saúde como direito fundamental. A Organização Mundial de Saúde (OMS) já havia declarado, antes do advento da Constituição Federal de 1988, que o direito à saúde é um direito fundamental do homem.

O art. 196 de nossa Constituição em vigor preceitua que "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação."

No Brasil é aplicada a dimensão *positiva* do Direito fundamental à saúde, ou seja, este direito é um direito subjetivo do cidadão, que poderia exigir da União Federal, dos estados e dos municípios, solidariamente, por meio de uma ação judicial, o fornecimento de um determinado tratamento médico, um exame laboratorial, uma internação hospitalar, uma cirurgia ou mesmo o fornecimento de um medicamento ou qualquer outro meio para proteger a sua saúde.

Tal direito está previsto no art. 6º da Constituição Federal, de forma genérica, onde estão descritos os direitos sociais do cidadão, estando este artigo inserto no Título II do Capítulo II que trata dos Direitos e Garantias Fundamentais do Homem. Portanto, conclui-se que todo e qualquer direito social é também direito fundamental do homem, devendo aplicar-se de imediato, por aplicação do parágrafo 1º do art. 5º da Carta Magna.

Umas das maiores referências do Direito Constitucional do mundo, o consagrado jurista lusitano Joaquim José Gomes Canotilho ensina que *"mesmo as normas, a princípio, sendo programáticas, podem ter um núcleo jurídico positivo: "embora não se possa obter do Estado uma prestação determinada, pode-se exigir que ao menos alguma atitude, dentre as eficazes, seja tomada diante de um certo problema de saúde. Existindo apenas uma opção de atuação eficaz, que permita a melhoria das condições de saúde ou a manutenção da vida da pessoa interessada, é esta mesma a conduta que deve ser adotada pelo Poder Público"*.

Nesse sentido, consideramos que o valor da vida, o direito à saúde, a dignidade da pessoa humana, enfim, todas essas garantias fundamentais positivadas em nossa Constituição Cidadã são perfeitamente capazes de se sobrepor à rega do artigo 199 e, em determinados casos, que adiante explico, a disposição ali contida, de que a rede privada só participa de forma complementar ao Sistema único de Saúde, desde que conveniada ou

contratada, deve ser flexibilizada em nome dos princípios que garantem a vida e a saúde dos brasileiros.

A par dessas considerações, vencida a alegação primeira referente à participação da rede privada, ainda que não conveniada ou contratada, nos deparamos com outra questão que poderia vir a ser considerada inconstitucional. Refiro-me ao planejamento sanitário.

O art. 30 da Lei Complementar 141, de 16 de janeiro de 2012 disciplina:

“Art. 30.....

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º. Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

Cumprir lembrar o disposto no Decreto 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei 8.080, de 1990, e segue os ditames constitucionais:

Art. 7º.....

Parágrafo único. Os entes federativos definirão os seguintes elementos em relação às Regiões de Saúde:

.....

III – rol de ações e serviços que serão ofertados; e

IV – respectivas responsabilidades, critérios de acessibilidade e escala para conformação dos serviços.

Assim, os gestores são responsáveis pelo planejamento da saúde, elaborado a partir dos municípios, com a mediação da Comissão Intergestores Bipartite em todas as etapas. Este planejamento inclui, evidentemente, o dimensionamento da necessidade de leitos de UTI e a previsão de prestar este atendimento à totalidade da demanda, como estabelece o mesmo diploma legal:

Art. 13. Para assegurar ao usuário o acesso universal,

igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde do SUS, caberá **aos entes federativos**, além de outras atribuições que venham a ser pactuadas pelas Comissões Intergestores:

I – garantir a transparência, a integralidade e a equidade no acesso às ações e aos serviços de saúde;

II – orientar e ordenar os fluxos das ações e dos serviços de saúde;

III – monitorar o acesso às ações e aos serviços de saúde; e

IV – ofertar regionalmente as ações e os serviços de saúde. (grifos nossos).

A rotina estabelecida para o credenciamento de leitos de terapia intensiva segue o que determina a Portaria 598, de 23 de março de 2006. Esta norma define que os processos devem ser iniciados pela Secretaria Estadual ou Municipal de Saúde, passando por pactuação no âmbito da Comissão Intergestores Bipartite. São encaminhadas as informações para o Ministério da Saúde, que procederá à homologação, publicação do credenciamento e estabelecimento de mecanismos de controle e avaliação. Assim, os leitos utilizados pelo Sistema Único de Saúde devem ser previamente credenciados, o que implica obedecer a um padrão de qualidade.

Considerado todos esses aspectos, sugerimos alterar o Projeto de Lei, mantendo a propositura original, o núcleo do Projeto, ou seja, que as unidades privadas sejam obrigadas a prestar o atendimento, por meio da central, ainda que não conveniadas ou contratadas, para a oferta dos leitos de UTI, mas, somente nos casos em que a situação seja considerada extrema, de calamidade e, que essa condição seja declarada pela autoridade sanitária local.

Dessa forma, em se considerando a incidência da obrigatoriedade tão somente quando a autoridade sanitária local decretasse situação de extrema calamidade, não haveria que se considerar qualquer óbice ao planejamento sanitário, mantendo a estrutura de planejamento do SUS inalterada e em seu curso normal.

Outrossim, em relação ao ressarcimento, a nossa proposta é que em vez de ser promovido pelo mesmo valor do SUS, os valores sejam ressarcidos na forma a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde, em valor não inferior aos preços praticados pelo Sistema único de Saúde

Em relação às penalidades, sugerimos também alterar as disposições originais, mantendo a pena de multa a ser estabelecida também por regulamentação do Ministério da Saúde, agravando-a a cada reincidência sem, no entanto, cassar o alvará de funcionamento da unidade privada.

Entendo que as disposições do presente Projeto de Lei tem em seu mérito o condão de estabelecer um caminho para minorar as dificuldades que o Sistema Único de Saúde passa, seja por falta de recursos, seja em razão das dificuldades inerentes à própria natureza ou pelas circunstâncias indiretas que permeiam as relações políticas num Estado Federado com características únicas como o brasileiro, com quase seis mil operadores sistêmicos e que se propõe a oferecer a todos, indistintamente, o tratamento de saúde completo, num país que possui quase duzentos milhões de habitantes.

Sou favorável ao pleito, desde que atendidas as alterações contidas em nosso voto, que busca não apenas aperfeiçoar, mas conformar as disposições constantes com a realidade vivida pela SUS.

Por todo o exposto, votamos pela aprovação do Projeto de Lei nº 7.563, de 2010, na forma do Substitutivo em anexo.

Sala da Comissão, em de de 2012.

Deputado ROGÉRIO CARVALHO

Relator

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 7.563, DE 2010

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de abril de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências”.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Acresça-se à Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Os seguintes art. 26- A e Art. 26-B.

“Art. 26-A A União, diretamente ou através de convênio, manterá uma central de atendimento, em funcionamento por período de vinte e quatro horas diárias, às pessoas que necessitarem de atendimento em Unidades de Terapia Intensiva”.

§1º A central de atendimento referida no *caput* contará com profissionais que, uma vez tendo o conhecimento da necessidade de UTI, encaminharão imediatamente o paciente à unidade de saúde mais próxima, na qual haja vaga.

§ 2º Nos casos de inexistência de vagas em unidades de terapia intensiva do SUS, inclusive conveniados e contratados, as unidades da rede privada terão que prestar o atendimento como se fossem conveniadas ou contratadas.

§ 3º A disponibilização de leitos em unidades de terapia intensiva, conforme o disposto no *caput* e parágrafos deste artigo deverá ser custeado exclusivamente pela União, na forma a ser regulamentada pelo Ministério da Saúde, em valores não inferiores aos praticados no SUS.

§4º Para as unidades da rede privada que não prestarem o atendimento devido, quando acionadas pela central de atendimento, conforme o disposto no *caput* e parágrafos deste artigo, serão aplicadas as seguintes penalidades:

I- multa de 1 (uma) a 10 (dez) vezes o valor médio do custo do atendimento completo em Unidades de Terapia Intensiva;

II- na hipótese de reincidência, a multa subsequente terá seu valor dobrado em relação à anterior.

Art. 26-B: Para fins de cumprimento do disposto no artigo anterior, a rede privada terá a obrigação de promover o atendimento, a partir do acionamento pela central a ser estabelecida, ainda que não contratada ou conveniada e à submissão das regras e penalidades previstas, sempre que a autoridade sanitária decretar estado de extrema calamidade, nos termos a serem regulamentados pelo Ministério da Saúde.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor após cento e oitenta dias da data de sua publicação.

Sala da Comissão, em de junho de 2012.

Deputado ROGÉRIO CARVALHO

Relator