



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 7.972, DE 2014** **(Do Sr. João Paulo Lima)**

Dispõe sobre a criação do Cartão Universal de Saúde do SUS - Serviço Único de Saúde e do Sistema de Controle de Convênios Privados e Públicos com o Cartão Universal de Saúde do SUS, e dá outras providências.

**DESPACHO:**

APENSE-SE À(AO) PL-5263/2009.

**APRECIÇÃO:**

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

**PUBLICAÇÃO INICIAL**

Art. 137, caput - RICD

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Ficam Criados, no âmbito do Ministério da Saúde o Cartão Universal de Saúde do SUS – Sistema Único de Saúde e o Sistema de Controle de Convênios Privados e Públicos com o Cartão Universal de Saúde do SUS.

Art. 2º O convênio federal centralizado utilizará a estrutura já existente de saúde privada.

Art. 3º O atendimento dos usuários desse sistema será extensivo à toda a rede hospitalar privada, às clínicas médicas privadas, aos laboratórios privados, aos consultórios médicos e odontológicos particulares e à rede de farmácias em todo o país.

Art. 4º Os estabelecimentos privados de saúde receberão por consulta, cirurgia, tratamento médico, farmacêutico ou dentário dos usuários do SUS, exatamente a média do que recebe dos convênios privados.

Art. 5º O Orçamento da União deverá prover de imediato, através de Lei específica, para o próximo exercício, um montante de quarenta bilhões de reais a maior para o Ministério da Saúde, para ser aplicado no Convênio Federal Universal.

Parágrafo único. Os recursos para financiamento dos custos do Cartão universal serão originados da Contribuição Social para a Saúde – CSS cuja arrecadação será direta e inteiramente depositada na Conta do Cartão Universal do SUS.

Art. 6º O Cartão Universal terá a mesma estrutura dos grandes convênios médicos nacionais, com atendimento de marcação de consultas *on line*, pela Internet, ou por tele atendimento 24 horas para esclarecimentos sobre a rede credenciada e a utilização de benefícios, além de oferecer orientação em casos de urgência e outros serviços importantes.

Art. 7º O Cartão Universal terá:

I - médicos de plantão para orientação e triagem virtual;

II - número gratuito específico, a exemplo do que já ocorre na Previdência, no setor de aposentadorias e licenças médicas.

Art. 8º O Cartão Universal será:

I - distribuído em primeiro lugar aos beneficiários do bolsa-família já cadastrados, e em seguida aos beneficiários da Previdência, seguindo o sentido inverso de renda;

II - universalizado integralmente em prazo não maior que quatro anos.

Art. 9º O Cartão Universal não terá prazos de carência para nenhum procedimento médico.

Art. 10. O Cartão Universal de Saúde do SUS – Sistema Único de Saúde será incluído como sistema integrado ao Sistema Único de Saúde - SUS do Ministério da Saúde.

Art. 11. A fiscalização e aprovação de cirurgias e tratamentos seguirão o mesmo método que os convênios privados utilizam atualmente.

Art. 12 Os segurados dos atuais convênios médicos da saúde suplementar também serão beneficiados pelo sistema do cartão universal, podendo optar pelo atendimento pelo seu convênio ou pelo “Cartão do SUS”, à medida que sejam incorporados ao novo sistema, seguindo a ordem de prioridades determinada pelo governo federal.

Art. 13. As farmácias deverão contar em seu quadro de pessoal com um auxiliar de enfermagem, além do farmacêutico titulado.

Parágrafo único. O Auxiliar de Enfermagem de que trata o *caput* deste artigo deverá ser capacitado pelo PROFAE – Programa de formação de Auxiliar de Enfermagem, do Ministério da Saúde, escolhido entre os balconistas da farmácia, preferencialmente.

Art. 14. As farmácias deverão estar habilitadas para o atendimento de:

- a) primeiros socorros;
- b) curativos em ferimentos superficiais;
- c) curativos em queimaduras de primeiro grau;
- d) inalações;
- e) aferição de pressão;
- f) aferição de temperatura;
- g) aferição de índice de glicemia;
- h) aplicação de injeções;
- i) testes de osteoporose;
- j) testes de gravidez;
- k) participação em campanhas públicas de saúde, que promovam hábitos saudáveis ou o uso racional de medicamentos, campanhas de prevenção a diabetes ou de conscientização contra o mosquito da dengue;
- l) constituir-se em posto de vacinação;

m) outros serviços de primeiro atendimento a pacientes.

Parágrafo único. Os serviços prestados pelas farmácias ao portador do Cartão Universal serão remunerados pelo convênio a preços equivalentes a média adotada pelos convênios médicos privados.

Art. 15. O Cartão Universal de Saúde do SUS – Sistema Único de Saúde dá direito à aquisição de remédios na rede farmacêutica pelos usuários do SUS, desde que munidos da receita médica correspondente.

Art. 16. O Ministério da Saúde – MS regulamentará o Cartão Universal de Saúde do SUS – Sistema Único de Saúde de acordo às normas emitidas pelo SUS e com a legislação vigente.

Art. 17. O Ministério da saúde emitirá uma Tabela de remuneração aos hospitais, laboratórios, farmácias e consultórios privados cujos valores a pagar pelos procedimentos efetuados deverão ser a média dos valores pagos pelos convênios privados.

Parágrafo único. A Tabela mencionada no *caput* deste artigo será atualizada anualmente no dia 1º. de março, pelo índice do IGP-M do ano anterior ou qualquer outro que o venha a substituir.

Art. 28. É responsabilidade do Ministério da Saúde – MS estimar os valores que serão incluídos anualmente na Lei de Orçamento para prover os gastos oficiais com o Cartão Universal de Saúde do SUS – Sistema Único de Saúde e a implantação e manutenção do Sistema de Controle de Convênios Privados e Públicos com o Cartão Universal da Saúde do SUS.

Art. 21. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

O problema da saúde pública é um dos mais graves e de difícil solução para a sociedade brasileira. Por mais que se construam hospitais, clínicas de atendimento emergencial, redes de farmácia públicas, as condições de atendimento continuam precárias e chegam muitas vezes a apresentar um estado caótico, para surpresa dos governos que se apercebem insuficientes para resolver este grave problema.

O maior entrave, no entanto, ao bom funcionamento da saúde pública está na própria concepção do sistema, que deixa à iniciativa privada a liderança da questão, ficando o Estado subordinado e em segundo plano, abdicando de sua função de liderança na condução do processo de garantia de assistência médica ao povo brasileiro. A Lei que se pretende implantar trata justamente de

entregar ao Estado sua função de responsável maior pela saúde pública, garantindo a Cidadania a toda a população do país.

O Sistema Único de Saúde representou, em sua oportunidade, um grande avanço para atender a população mais pobre, sem necessidade de estar empregada e ter direito aos recursos da saúde pública. Porém, ao longo dos anos, mostrou-se incapaz de solucionar o excesso de ocupação dos hospitais públicos, a longa espera para atendimento nos ambulatórios médicos e nos laboratórios do poder público. Por princípio, o SUS deve assistir à população brasileira de forma universal; na prática, sua cobertura varia de lugar para lugar no país e entre grupos sociais.

A grande dificuldade está no acompanhamento do crescimento da estrutura de saúde pública relativamente ao crescimento populacional, algo semelhante ao que ocorre com a estrutura viária das cidades em relação ao aumento do número de veículos que circulam pelas ruas, o que causa constantes congestionamentos nas vias urbanas.

Paralelamente, porém, existe todo um sistema de saúde privado, que incorpora, desde as instalações hospitalares, as clínicas médicas, os laboratórios especializados, os consultórios particulares, a rede de farmácias, até os convênios privados que viabilizam o custeio das consultas, exames, cirurgias e atendimento odontológico.

O custo para se oferecer uma estrutura de saúde pública capaz de satisfazer as necessidades da população é muito alto, se comparado com a adoção de um grande convênio federal que utilize a estrutura já existente de saúde privada. Além de não acompanhar a crescente demanda, a estrutura pública não consegue atrair os profissionais da área, principalmente os médicos, que exigem salários que os governos não podem pagar, e daí a baixa qualidade do atendimento médico nos hospitais públicos.

Uma característica do uso de serviços de saúde, incluindo os serviços hospitalares, é que uma pequena proporção de indivíduos, denominados grandes usuários de serviços de saúde, é responsável por uma parte grande e desproporcional do uso. Outro aspecto importante é que os grandes usuários tendem a permanecer como grandes usuários ao longo do tempo. Diante desta realidade, o número de hospitais e de leitos existentes no país vem caindo ano após ano. Mas, apesar desta tendência de queda, as taxas de ocupação são bastante baixas.

As dificuldades são ainda maiores quando o Poder Público pretende atrair os médicos para o interior do país. No entanto, recebendo o mesmo que já estão acostumados a receber dos convênios particulares, os profissionais do setor aceitarão o convênio federal, agregando de imediato uma estrutura de milhares de profissionais, centenas de hospitais e clínicas, mesmo no interior, e com maior razão, porque confiam na regularidade dos pagamentos que o poder público oferece.

O sistema de convênio federal pode ser uma solução definitiva para a saúde pública, alcançando índices de atendimento satisfatórios e levando a que terminem os problemas de congestionamento de pacientes nos hospitais públicos. Será a universalização do Sistema Único de Saúde, contemplando o atendimento dos usuários desse sistema à rede hospitalar privada, às clínicas médicas privadas, aos laboratórios privados, aos consultórios médicos e odontológicos particulares e à rede de farmácias em todo o país.

O SUS já financia 63,1% das internações, e os planos de saúde 24,6%. O propósito é ampliar em 20% esse financiamento. A estimativa é de que o Plano de Saúde SUS corresponderia, como meta, a 70% do financiamento dos planos de saúde privados atuais.

Com esta medida, os estabelecimentos privados de saúde receberão por consulta, cirurgia, tratamento médico ou dentário dos usuários do SUS, exatamente a média do que recebe dos convênios privados, garantindo-se um atendimento eficiente e de qualidade a toda a População brasileira. Uma consulta em média é paga aos médicos em torno de R\$ 40,00; os médicos reivindicam R\$ 46,00. A sugestão é que o Plano de Saúde SUS pague R\$ 42,00 por consulta. Os demais procedimentos seguiriam a escala proporcional ao valor das consultas.

Nosso cálculo partiu de uma estimativa para 2012 de um número de internações no país igual a 13.248.000, das quais o Cartão SUS atenderia 20%; isto daria um número de internações no início do programa de 2.649.600 e, duplicando este número para 40% até 2015, chegaria o mesmo a 5.299.200.

Dentro das internações, os Partos correspondem a 20,4%, ou 2.702.592; o programa atenderia em 2012 20%, ou 540.518 e em 2015, 40%, ou 1.081.037; como os partos normais requerem uma internação de 3 dias e as cesarianas cinco dias, teríamos, para estas, 225.396 internações com 1.126.980 diárias e para os partos normais, 315.122 internações, com 945.366 diárias; o número de internações a atingir em 2015 seria, respectivamente, 450.792 e 630.245.

As cirurgias representam 21,8% do total de internações, ou 2.888.064; requerem em média 7 dias de internação. O Programa teria uma meta inicial (de 20%) igual a 577.613 e para 2015, de 1.155.226

Os exames hospitalares representam 2,3% das internações, ou 304.704; requerem dois dias de internação, o que teria como metas: 60.941 exames para 2012 e 121.882 para 2015.

Os tratamentos psiquiátricos representam 1,7% das internações (225.216) e requerem em média 33 dias: seriam 45.043 em 2012 e 90.086 em 2015.

Os tratamentos clínicos são responsáveis pela grande maioria das internações. Eles representam 53,8% do total e requerem em média 6 dias. Isto significa um número de 7.127.424, que daria um total de (20%) 1.425.485 em 2012 e de 2.850.970 em 2015.

Sabendo-se que a Diária Média paga pode ser estimada em R\$ 211,91, teríamos uma previsão de custos para o novo Cartão correspondente ao quadro a seguir:

#### Quadro de Diárias Hospitalares

<b>Procedimentos</b>	<b>2012</b>	<b>2015</b>
Partos (Cesarianas)	1.126.980	2.253.960
Partos (Normais)	945.366	1.890.582
Cirurgias	4.043.291	8.086.582
Exames	121.882	243.764
Tratamento Psiquiátrico	1.486.419	2.972.838
Tratamento Clínico	42.764.544	85.529.088
<b>TOTAIS:</b>	<b>50.488.482</b>	<b>100.976.964</b>
<b>Custos (R\$211,91)</b>	<b>10.699 Bilhões</b>	<b>21.398 Bilhões</b>

Proporcionalmente, também, estimamos o número de consultas em consultórios particulares médicos e odontológicos em duzentos milhões em 2012 e em quatrocentos milhões em 2015, ao custo médio de R\$ 42,00; Tratamentos médicos em clínicas particulares foram estimados em 50 milhões para 2012 e 100 milhões para 2015, ao custo de R\$ 126,00; Exames em laboratórios particulares seriam 100 milhões em 2012 e 200 milhões em 2015 a um custo médio de R\$ 63,00.

Como a Lei inclui também procedimentos básicos em farmácias e compra de medicamentos, esses custos foram estimados, juntamente

com a aquisição de próteses e órteses em lojas especializadas em 8,1 bilhões em 2012 e 16,2 bilhões em 2015.

O Quadro geral de Custos do cartão SUS seria, então, o que segue:

**CUSTOS** (em Milhões de Reais)

<b>Discriminação</b>	<b>2012</b>	<b>2015</b>
Internações	10.699	21.398
Consultas	8.400	16.800
Tratamentos Médicos	6.300	12.600
Exames de Laboratório	6.300	12.600
Farmácia e Próteses	8.100	16.200
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>40.000</b>	<b>80.000</b>

A proposta é atender:

1º. ANO: 20% DA POPULAÇÃO MAIS POBRE (Bolsa família)

2º. ANO: + 5% DA POPULAÇÃO MAIS POBRE

3º. ANO: +10% DA POPULAÇÃO MAIS POBRE

4º. ANO: + 5% da população mais pobre (Classe média baixa)

O Orçamento da União deverá prover de imediato, para o próximo exercício, um montante de quarenta bilhões de reais a maior para o Ministério da Saúde, para ser aplicado no Convênio Federal Universal, que é o custo estimado do volume de atendimentos que serão acrescidos a preços médios do mercado da saúde privada.

Para fazer frente a estes custos, torna-se necessário a recriação da CSS, com índice de 0,33% sobre as movimentações financeiras, excluindo-se as cadernetas de poupança populares, ou seja, aquelas que não atinjam R\$ 50.000,000 (cinquenta mil reais) de saldos, o que torna democrático eficiente o novo tributo garantindo a Lei que toda arrecadação advinda deste tributo será imediatamente destinada à conta do Cartão Universal do SUS. Para tanto, será preciso envidar esforços para a regulamentação da Emenda 29 concomitantemente à edição desta Lei.

O Cartão Universal terá a mesma estrutura dos grandes convênios médicos nacionais, com atendimento de marcação de consultas *on line*, pela Internet, ou por tele atendimento 24 horas para esclarecimentos sobre a rede



credenciada e a utilização de benefícios, além de oferecer orientação em casos de urgência e outros serviços importantes; médico de plantão para orientação e triagem virtual; número gratuito específico, a exemplo do que já ocorre na Previdência, no setor de aposentadorias e licenças médicas; distribuição dos cartões em primeiro lugar aos beneficiários do Programa bolsa-família já cadastrados, e em seguida aos beneficiários da Previdência, seguindo o sentido inverso de renda, assistindo assim de imediato às classes menos favorecidas e universalizando integralmente este serviço em prazo não maior que quatro anos.

A fiscalização e aprovação de cirurgias e tratamentos seguirão o mesmo método que os convênios privados utilizam atualmente. Os 35 milhões de segurados dos atuais convênios médicos da saúde suplementar também serão beneficiados pelo sistema do cartão universal, podendo optar pelo atendimento pelo seu convênio ou pelo “Cartão do SUS”, à medida que sejam incorporados ao novo sistema, seguindo a ordem de prioridades determinada pelo governo federal.

A Lei determina ainda que a rede de farmácias existente no Brasil deverá dispor, além do farmacêutico já exigido pela legislação vigente, um auxiliar de enfermagem, que pode ser capacitado pelo PROFAE, do Ministério da Saúde, entre os balconistas da farmácia, para atendimento de primeiros socorros, curativos em ferimentos superficiais ou queimaduras de primeiro grau, inalações, aferição de pressão, temperatura e índice de glicemia, aplicação de injeções, testes de osteoporose e de gravidez, e outros serviços de primeiro atendimento a pacientes, os quais serão remunerados pelo convênio federal do SUS. Também pode ser da alçada das farmácias a sua participação em campanhas públicas de saúde, que promovam hábitos saudáveis ou o uso racional de medicamentos. A farmácia poderá, por exemplo, se envolver em campanhas de prevenção a diabetes ou de conscientização contra o mosquito da dengue, e mesmo constituir-se em posto de vacinação.

A farmácia dirigirá seu objetivo ao atendimento à saúde, primordialmente, tornando-se o seu centro mais próximo à residência dos enfermos, não se caracterizando apenas como comércio de medicamentos. Com isto se incorpora mais de oitenta mil pontos de atendimento de saúde em todo o país, o que evitará que o paciente de emergência primária, ou de tratamento menor venha a recorrer aos hospitais públicos, podendo ser atendido, se necessário, em sua própria residência. É sabido que a proliferação de drogarias no Brasil, com índices de 2.635 habitantes por farmácia, enquanto a média sugerida pela OMS é de 8 a 10 mil habitantes por estabelecimento farmacêutico, é estimulada porque não existe uma

lei que transforme as farmácias em estabelecimento de saúde. A Lei obrigará à qualificação e especialização desses estabelecimentos, com resultados positivos para a saúde pública.

Assim, os estabelecimentos farmacêuticos terão caráter de assistência à saúde, e sua abertura e requalificação serão realizadas mediante alvará concedido pela ANVISA e regidas por critérios sanitários e de cobertura assistencial, sendo controladas pelas correspondentes instâncias de gestão do SUS. Desta forma serão reconhecidos os estabelecimentos farmacêuticos como unidades integradas aos sistemas locais de saúde, onde se finaliza a assistência à saúde, por meio do acesso racional aos medicamentos.

Outro aspecto importante de que a Lei se ocupará é do fornecimento de medicamentos à população pobre. Hoje o SUS tem peso de 12% nas compras de medicamentos da indústria farmacêutica diante de cerca de 80% das farmácias; no entanto, estima-se que 54 milhões de pessoas não têm renda suficiente para adquirir remédios. Além disso, a provisão de medicamentos do SUS aos usuários apresenta uma média de indisponibilidade de 45%, o que mostra a falência deste caminho. Portanto, a Lei deve determinar a aquisição de remédios na rede farmacêutica pelos usuários do SUS, possibilitando a reorganização do sistema de distribuição gratuita e garantindo sua eficiência.

Diante da justiça, oportunidade e relevância de nossa proposta, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres Pares em ambas as Casas do Congresso Nacional para aprová-la com a certeza de que estaremos contribuindo para melhorar a saúde de nossa população.

Sala das Sessões, em 04 de setembro de 2014.

Deputado JOÃO PAULO LIMA

**FIM DO DOCUMENTO**