



PROJETO DE LEI N. _____, 2019
(Do Sr. Luciano Bivar)

Dispõe sobre a criação do Cartão Integrado de Saúde, o regime de compensação orçamentária entre os entes federativos, a prestação de atendimento médico, hospitalar e/ou ambulatorial fora do domicílio residencial do beneficiário do Sistema Único de Saúde, e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - Esta lei dispõe sobre a criação do Cartão Integrado de Saúde, o regime de compensação orçamentária entre os entes federativos e a prestação de atendimento médico, hospitalar e/ou ambulatorial fora do domicílio residencial do beneficiário do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º - Fica criado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Cartão Integrado de Saúde (CIS), de caráter nacional, pessoal e intransferível.

§ 1º - O CIS, vinculado ao Cadastro de Pessoa Física (CPF) e ao município de residência do beneficiário, abrangerá:

- I. identificação do usuário;
- II. cadastramento dos usuários nas ações e serviços de saúde;
- III. controle de vacinas;
- IV. pessoa responsável ou de contato;
- V. vínculo do beneficiário ao cadastro eletrônico de que trata o art. 3º;
- VI. proteção dos dados pessoais dos beneficiários;
- VII. acesso aos dados pessoais pelo beneficiário;
- VIII. função crédito e débito vinculada às contas especiais de que trata o art. 4º, § 1º.

§ 2º - Todos os brasileiros, natos ou naturalizados, bem como estrangeiros residentes no país, têm direito ao CIS.



§ 3º - Decreto do Poder Executivo regulamentará a implementação e a sistematização do CIS em toda a rede pública de saúde.

Art. 3º - Fica criado no âmbito do SUS o Sistema Único de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da prestação de atendimentos médico, hospitalar e ambulatorial (SUVSUS).

Art. 4º - Fica instituído o Sistema de Compensação Orçamentária (SCO) pela prestação de atendimento médico, hospitalar e/ou ambulatorial no Sistema Único de Saúde, realizado fora do município de residência do beneficiário.

§ 1º - Os Estados, os municípios e o Distrito Federal possuirão contas individualizadas no SCO vinculadas ao SUVSUS para lançamento de créditos ou débitos referentes aos atendimentos ocorridos fora do município do beneficiário.

§ 2º - Todo atendimento médico, hospitalar ou ambulatorial realizado no SUS será registrado no SUVSUS, mediante apresentação do CIS ou do CPF.

§ 3º - Quando o atendimento ocorrer fora do município de residência do beneficiário, serão lançados na conta SCO do ente responsável pelo atendimento os valores de crédito correspondentes e, na conta SCO do município do beneficiário, os valores de débito referentes aos atendimentos.

§ 4º - Os valores de crédito e débito em decorrência de atendimentos médico, hospitalar ou ambulatorial ocorridos fora do município do beneficiário serão contabilizados de acordo com a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais do SUS.

§ 5º - Os municípios responderão pelos valores de débitos lançados em suas contas no SCO na devida proporção de sua participação no sistema estadual de saúde, respeitadas sua dotação orçamentária e sua capacidade de atendimento, respondendo o Estado de origem subsidiariamente na compensação dos atendimentos realizados fora do município devedor.

§ 6º - O Distrito Federal possuirá uma única conta SCO respondendo integralmente por créditos ou débitos lançados no SCO.

§ 7º - Em se tratando de estrangeiro em trânsito no Brasil, no caso de não haver contratado seguro de saúde em viagem, correrá por conta da União o dever do resarcimento do atendimento realizado.



§ 8º - No caso do disposto no § 7º, na ausência do CIS ou do CPF, os lançamentos no SUVSUS e no SCO serão validados pelo número do passaporte do estrangeiro.

Art. 5º - Todo beneficiário atendido fora de seu município, ou seu responsável legal, terá acesso a extrato descritivo quanto aos atendimentos recebidos e os valores correspondentes lançados no SCO.

§ 1º - No caso de óbito do beneficiário, o responsável ou pessoa de contato receberá o extrato descritivo.

§ 2º - É obrigação do Ministério da Saúde, por meio de múltiplos canais de comunicação, dar acesso facilitado ao extrato descritivo e estimular a consulta e a contestação dos dados lançados, inclusive por aplicativo dedicado para telefone móvel.

Art. 6º - A inserção proposital de dados falsos no SUVSUS e/ou no SCO será punida nos termos do art. 313-A do Código Penal, instituído pelo Decreto-Lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940.

§ 1º - Além da sanção prevista caput, aplicar-se-á o disposto no art. 127, III, da Lei n. 8112, de 11 de dezembro de 1990, para os servidores públicos federais, e penalidade correspondente esclarecida nos estatutos estaduais ou municipais para os respectivos servidores.

§ 2º - O servidor público poderá ser afastado preventivamente do trabalho, enquanto durar o processo disciplinar, com suspensão dos vencimentos.

Art. 7º - O Fundo Nacional de Saúde deverá prever os ressarcimentos dispostos no art. 4º, no exercício subsequente ao da prestação dos atendimentos.

Parágrafo Único - Os recursos resarcidos, nos termos desta Lei, serão revertidos para o Fundo Municipal de Saúde do ente prestador do serviço de saúde e não poderão ser subtraídos das dotações orçamentárias regulares.

Art. 8º - Esta Lei entra em vigor 120 dias após sua publicação oficial.



JUSTIFICAÇÃO

Este projeto de lei dispõe sobre a criação do Cartão Integrado de Saúde (CIS) e, especialmente, sobre a implementação do regime de compensação orçamentária entre os entes federativos em razão da contraprestação de atendimento médico, hospitalar e/ou ambulatorial de beneficiário do Sistema Único de Saúde (SUS), fora de seu domicílio residencial.

A “Lei Severino”, como acostumei chamá-la, é uma questão de justiça orçamentária. É uma busca por dar maior efetividade à Constituição no tocante à universalidade da saúde.

O nome é uma referência à fonte de inspiração para sua elaboração, surgida de uma rápida conversa com um motorista de aplicativo de Brasília, chamado Severino, que se referindo aos problemas enfrentados pela rede pública de saúde da Capital Federal, fortemente pressionada por paciente vindos de outros estados, me disse:

_Tinha que ter um cartão de débito para que os pacientes vindos de outros estados pudessem pagar pelos atendimentos.

Achei o comentário interessante, mas, em razão das múltiplas tarefas que ocupam a mente de um parlamentar, não dei tanta atenção para o comentário. Só depois relembrei o fato e decidi pedir um estudo sobre o tema.

Notadamente, a maior parte dos Municípios brasileiros sofre com a obtenção e a destinação de recursos na área da saúde. Na maioria dos casos, são recursos insuficientes para cobrir despesas próprias do sistema público de saúde, idealmente destinado a atender a população residente e flutuante de seus limites geográficos. Contudo, muitos municípios sofrem com uma pressão extra sobre seus sistemas de saúde e orçamentário, em números que não se sabe estimar. São pressionados por residentes de municípios limítrofes ou não, inclusive de outros Estados da Federação, que buscam desesperadamente por atendimento médico-hospitalar.



Uma auditoria feita pelo Tribunal de Contas da União (TCU) em 2014 mostra o tamanho do problema enfrentado por milhares de brasileiros. Mais de 60% dos hospitais estão sempre superlotados, faltam leitos, equipamentos e médicos. O levantamento do TCU verificou também que¹:

- 77% dos hospitais mantêm leitos desativados porque não há equipamentos mínimos, como monitores e ventiladores pulmonares;
- Em 45%, os equipamentos ficam sem uso porque faltam contratos de manutenção;
- 48% sofrem com deficiência de instrumentos e móveis básicos para prestação dos serviços.

Outro levantamento feito por membros do Conselho Federal de Medicina (CFM), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e do Ministério Público (MP), apresentado ao Congresso Nacional em 2013, mostra que a superlotação é um dos principais problemas no SUS. Há um sem número de pessoas atendidas pelos corredores, um cenário comparável com uma “enfermaria de guerra”. Constatou-se também que a migração dos beneficiários causa problemas de atendimento e infraestrutura e que os médicos dos hospitais receptores sentem a pressão da sobrecarga na demanda, chegando a atender 200 pessoas em um único dia².

Os dados só corroboram a importância de criação de um sistema que desafogue o planejamento orçamentário dos Municípios. Então, após vivenciar a experiência cotidiana mencionada acima e analisar os dados sobre a saúde pública no Brasil, elaborei o presente projeto de lei na tentativa de sanar o problema utilizando sistemática parcialmente existente no Ministério da Saúde: o Cartão Nacional de Saúde regulamentado pela Portaria Ministerial n. 940 de 28 de abril de 2011. Com o objetivo de aperfeiçoar o sistema implementado por portaria, regulamentando-o por meio de lei, cria-se o Cartão Integrado de Saúde (CIS), que de acordo com o art. 2º da proposta é um cartão, de caráter nacional, pessoal e

¹ <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2014/03/mais-de-60-dos-hospitais-publicos-estao-sempre-superlotados.html>

² <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2013/12/1381685-levantamento-mostra-que-superlotacao-e-um-dos-principais-problemas-no-sus.shtml>



intransferível, vinculado ao Cadastro de Pessoa Física (CPF). E para ajudar em toda logística de ressarcimento por atendimento prestado fora do município de domicílio, foi criado um regime de compensação orçamentária entre os entes federativos.

Vale lembrar que o processo de planejamento do SUS é ascendente, do nível local até o federal. Já a distribuição de recursos é descendente, por meio da chamada transferência fundo a fundo: os recursos do Fundo Nacional de Saúde (FNS) são direcionados para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde.

De acordo com a Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), os critérios para a distribuição dos recursos, que provém do FNS e do Fundo Estadual de Saúde (FES) para o Município são:

- **Perfil demográfico da região;**
- Perfil epidemiológico da população a ser coberta;
- **Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;**
- Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
- **Níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais;**
- Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
- Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Portanto, quando há um fluxo de usuários entre municípios ocorre um desordenamento orçamentário do ente receptor, pois os recursos programados para atender sua população ficam deficitários. Após quase três décadas da criação do SUS ainda não foi criado um mecanismo para solucionar este problema. Com o regime de compensação, proposto no art. 4º, cria-se um regime de ressarcimento orçamentário entre o município receptor e o de origem do beneficiário. Com a criação destes dois sistemas integrados promove-se o equilíbrio entre os municípios e uma melhor programação orçamentária no âmbito da saúde, onde cada gestor poderá destinar seus recursos de forma controlada e organizada.



Entretanto, nos termos propostos, o dever de ressarcir para os municípios menores é relativo. Isso porque, conforme firmado no § 5º do referido dispositivo, os municípios responderão pelos valores de débitos lançados em suas contas no Sistema de Compensação Orçamentária (SCO) na devida proporção de sua participação no sistema estadual de saúde, respeitadas sua dotação orçamentária e sua capacidade de atendimento. Busca-se com isso respeitar as **características quantitativas e qualitativas da rede de saúde do município e os níveis de participação do setor de saúde nos orçamentos estaduais e municipais**, estabelecidas pela Lei n. 8080/1990, respondendo o Estado de origem subsidiariamente na compensação dos atendimentos realizados fora do município do beneficiário.

Não se descuida o projeto de outros dois pontos fundamentais: transparência e combate à corrupção. O art. 5º trata da transparência dos atendimentos recebidos e dos devidos valores correspondentes, conferindo à população o poder de fiscalizar o poder público, atendendo a Lei Complementar n. 131, de 27 de maio de 2009, que trata de informações sobre a execução orçamentária e financeira da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Com isso, cria-se uma relação de confiança entre cidadão e gestor. E confiança é a base para uma gestão bem-sucedida.

Já o art. 6º reporta ao combate à corrupção, pois trata da responsabilização e da criminalização de quem fizer propositalmente a inserção de dados falsos no Sistema Único de Cadastro, Vigilância e Acompanhamento da prestação de atendimentos médico, hospitalar e/ou ambulatorial.

Por fim, é sugerido o prazo de 120 dias para vigência da lei de modo a oportunizar tempo hábil ao Poder Executivo para regulamentação e implementação.

Quero agradecer a imensa colaboração da Deputada Dra. Soraya Manato (PSL/ES) que subscreve a presente proposta. Sua experiência na área da



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Gabinete do Deputado Federal Luciano Bivar – PSL/PE

saúde e de administração hospitalar foi fundamental para a delimitação da responsabilidade dos pequenos municípios quanto aos resarcimentos devidos.

Diante do exposto e da relevância do tema proposto, conto com o apoio e os votos dos membros desta Casa para a aprovação deste projeto.

Sala das sessões, de de 2019

LUCIANO BIVAR
Deputado Federal (PSL-PE)

DRA. SORAYA MANATO
Deputada Federal (PSL-ES)