



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2019
(Da Deputada Edna Henrique)

**Dispõe sobre o
atendimento a pessoas em
situações de emergência.**

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta lei dispõe sobre o atendimento a pessoas em situações de emergência.

Art. 2º Nenhum estabelecimento de saúde em território nacional poderá negar atendimento a pessoas em casos de emergência

§ 1º Define-se emergência para fins desta lei a situação decorrente de agravo a saúde em que há risco iminente de morte ou risco iminente de haver lesão corporal considerada por lei de natureza gravíssima, conforme a legislação penal.

§ 2º Estará descaracterizada a situação de emergência, após afastados os riscos iminentes de morte ou de haver lesão corporal considerada de natureza gravíssima.

§ 3º A inexistência de vagas de retaguarda para posterior internação do paciente não justifica a recusa de atendimento inicial em casos de emergência.

Art. 3º As Centrais de Regulação das Urgências, do Sistema Único de Saúde, poderão



direcionar pacientes em situação de emergência para todos os estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, conforme a respectiva capacidade técnica de atendimento, independentemente da existência de leitos vagos para posterior internação de pacientes.

Parágrafo único. Os estabelecimentos de que trata o caput, deverão informar ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, sua capacidade para atendimento a emergências.

Art. 4º Depois de descaracterizada a situação de emergência, o paciente poderá ser transferido para outro estabelecimento de saúde apto a dar continuidade ao tratamento.

§ 1º A possibilidade de remoção deve ser atestada por médico legalmente habilitado.

§ 2º A remoção deve ser feita em viatura apropriada de acordo com a gravidade do quadro clínico, visando garantir a integridade à saúde do paciente durante todo o percurso, conforme as boas práticas para transporte de pacientes.

§ 3º Nos casos em que o paciente foi levado ao estabelecimento de saúde por determinação de uma Central de Regulação das Urgências do Sistema Único de Saúde, a transferência é responsabilidade do Sistema Único de Saúde, e deve ocorrer em no máximo 12 horas após a Central de Regulação das Urgências ser notificada.

§ 4º Nos casos em que o paciente não foi levado ao estabelecimento de saúde por determinação de uma Central de Regulação das Urgências do Sistema Único de Saúde, a remoção deve ser realizada pelo estabelecimento de saúde, após solicitar uma vaga à central de regulação, que em no máximo 24 horas deve indicar um hospital para transferência do paciente.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Art. 5º Serão ressarcidos o tratamento realizado durante a situação de emergência, se os procedimentos realizados seguirem os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, conforme a tabela do SUS, salvo pactuação diversa com o gestor do Sistema Único de Saúde.

§ 1º Serão ressarcidos, pelo custo de aquisição, mediante comprovação dos gastos, os produtos e serviços relacionados a:

a) procedimentos não previstos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, mas comprovadamente indispensáveis para afastar o risco de morte ou de lesão corporal de natureza gravíssima;

b) procedimentos comprovadamente indispensáveis para afastar o risco de morte ou de lesão corporal de natureza gravíssima, previstos em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas publicados pelo Ministério da Saúde, mas cujos custos para o estabelecimento sejam superiores ao valor da tabela do SUS.

§ 2º Serão ressarcidos, pelo valor de mercado na região, os procedimentos:

a) realizados após o prazo para realizar a transferência nos casos em que foi levado ao estabelecimento de saúde por determinação da central de regulação, o pagamento do tratamento será o valor de mercado na região;

b) realizados após o prazo para a central de regulação do Sistema Único de Saúde indicar o hospital para transferência, nos casos em que o paciente foi não levado ao estabelecimento de saúde por determinação da central de regulação.



Art. 6º Nos casos de grandes desastres, naturais ou humanos, em que o número de vítimas em situação de emergência exceder a capacidade de atendimento do SUS local, os prazos para o gestor realizar a transferência ou indicar vaga serão triplicados, e os custos serão partilhados entre União, Estado e Municípios.

Art. 7º O art. 35-C da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 35-C. É obrigatória a cobertura do atendimento nos casos:

I - de emergência, como tal definidos as situações decorrentes de agravos a saúde em que há risco iminente de morte ou risco iminente de haver lesão considerada gravíssima, caracterizado em declaração do médico assistente;

II

III

§ 1º Os planos de saúde de que trata esta Lei deverão garantir cobertura integral de emergências, em qualquer hospital na área de abrangência do plano contratado, sem limites de permanência, até que afastados os riscos, seja descaracterizada a situação de emergência.

§ 2º Excluem-se da obrigação prevista no parágrafo anterior as emergências decorrentes de doenças pré-existentes à celebração do contrato, durante o respectivo prazo de cobertura parcial temporária.

§ 3º A remoção para outro estabelecimento de saúde, descaracterizada a situação de



emergência, é responsabilidade dos planos de saúde.

§ 4º Os planos de saúde que desejarem transferir pacientes ao Sistema Único de Saúde deverão solicitar vaga à respectiva Central de Regulação das Urgências, do SUS.

§ 5º A ANS fará publicar normas regulamentares para o disposto neste artigo, observados os termos de adaptação previstos no art. 35. (NR)”

Art. 8º A não observância desta lei configura infração sanitária, conforme previsto no inciso XXIX, do art. 10, da Lei nº 6.437, de 1977.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor decorridos cento e oitenta dias de sua publicação oficial.

JUSTIFICAÇÃO

O art. 3º da Constituição federal estabelece que um dos objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil é a construção de uma sociedade livre, justa e solidária.

A solidariedade em situação de emergências é um dever de todos, independentemente de ser médico, e mais ainda se o for. Esse dever ético advém da própria vida em sociedade, pois os seres humanos vivem em comunidade justamente para se ajudarem mutuamente. A observância deste dever é tão fundamental que sujeita a pessoa refratária às penas definidas no crime de omissão de socorro, previsto no Código Penal.

O mesmo se aplica às pessoas jurídicas. Em que pese a liberdade do empreendedor, há situações



em que o imperativo de salvar vidas deve sempre prevalecer. Ressaltando esse dever, a Lei nº 12.653, de 2012, criou o tipo penal de “Condicionamento de atendimento médico-hospitalar emergencial” (art. 135-A), pois essa obrigação de auxiliar pessoas em estado de necessidade premente, sob risco de morte, deve estar acima do lucro.

Em decorrência desta obrigação, os estabelecimentos privados de saúde não podem negar atendimento, ou mesmo exigir qualquer forma de garantia como condição para o atendimento médico-hospitalar emergencial, devendo arcar com eventual inadimplemento de pessoas enfermas, em risco iminente de morte, mas sem recursos financeiros para pagar pelo tratamento.

O objetivo deste Projeto de Lei é justamente inserir os estabelecimentos privados de saúde de forma complementar no atendimento de emergências, de forma a melhorar a resolutividade e a eficiência do Sistema Único de Saúde nesses casos, e por outro lado estabelecer também uma forma que compartilhar custos e responsabilidades com toda a sociedade, pois a solidariedade mútua em casos de emergência é dever de todos e beneficia a todos.

A definição de “emergência” adotada é a de uma situação de risco iminente de morte ou risco iminente de lesão corporal de natureza gravíssima. A remissão ao Código Penal é proposital, pois se adota uma definição já relativamente bem sedimentada na doutrina e jurisprudência, e relembra a todos da existência da sanção penal ao comportamento tipificado.

Como este Projeto de Lei prevê medidas de natureza excepcional, que invadem a livre-iniciativa do empresário, deve-se ater a situações de risco majorado – ou seja, um risco “iminente”, já quase deixando o campo das probabilidades, para adentrar à realidade da pessoa;



e deve ter consequências muito gravosas: morte ou lesão corporal de natureza gravíssima.

Não se quer que os estabelecimentos privados sejam obrigados a fazer filantropia ou a contratar com o ente público. Por outro lado, também não se deseja o enriquecimento sem causa, à custa dos cofres públicos, aproveitando-se da situação sob premente necessidade da pessoa enferma (Código Civil, art. 157). Por isso, há necessidade de se buscar um equilíbrio.

Assim, a remuneração dos serviços de emergência, se os procedimentos realizados seguirem os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas elaborado pelo Ministério da Saúde deverá seguir a tabela do SUS, salvo pactuação diversa, havendo ainda a possibilidade de solicitar o ressarcimento de eventuais gastos que excederem estes valores tabelados, ou de gastos fora das hipóteses previstas nesses protocolos e diretrizes, quando for comprovada sua necessidade para afastar o estado de emergência.

Depois de descaracterizada a emergência, estando o paciente estabilizado clinicamente, cessa a responsabilidade do estabelecimento privado de saúde em relação ao dever de solidariedade com pessoas gravemente enfermas, devendo o pagamento seguir as regras de mercado. Assim, é preciso definir um ponto a partir do qual a remuneração do tratamento deixa de ser pela tabela do SUS.

No caso em que o paciente foi levado por determinação de uma Central de Regulação de Urgências, pressupõe-se que o gestor já tem ciência da existência do paciente, do seu estado de saúde e do tratamento pré-hospitalar realizado, sendo possível uma previsão relativamente segura dos recursos necessários (para direcionar ao estabelecimento de saúde mais apto ao atendimento da emergência) e do provável tempo de



tratamento. Portanto, ao direcionar o paciente a um estabelecimento privado de saúde, já está ciente da necessidade próxima de uma vaga de retaguarda e estar preparado para fazer o transporte quando cessado o estado de emergência. O prazo de 12 horas visa permitir ao gestor local programar o transporte, mas, sobretudo evitar que a transferência de um paciente que acabou de sair de um estado crítico ocorra no plantão noturno ou durante troca de plantão, situações em que pode haver redução de profissionais.

Situação diversa é o caso em que o paciente é levado diretamente ao estabelecimento de saúde, muitas vezes por pessoas que presenciaram o evento em vias públicas e o transportaram em veículos particulares. Nesse caso, o gestor não tem ciência da ocorrência do caso, e findo os procedimentos para estabilização do quadro clínico, deve ser notificado, informando as necessidades do paciente para que encontre um hospital de referência para continuar o tratamento. Em razão deste desconhecimento, o prazo é mais longo, a fim de encontrar a vaga, ou mesmo permitir a negociação do preço da permanência do paciente nesse mesmo estabelecimento, se for interessante para o gestor.

É necessário ainda alterar a Lei nº 9.656, de 1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, visando adapta-la a este imperativo ético de solidariedade. Embora a lei preveja a obrigatoriedade de os planos de saúde arcarem com o tratamento de urgências e emergências, a ANS, por meio da Resolução do Conselho de Saúde Suplementar – CONSU nº 13, de 1998, limitou esse dever às primeiras 12 horas, o que pode ser insuficiente para estabilização do quadro clínico do paciente. Neste caso, a alteração legislativa propostas ao art. 35-C visa retornar a obrigatoriedade de cobertura, pelo menos nos casos de emergência, sem as restrições colocadas no nível infra legal. Aqui também é necessário um justo equilíbrio, de



CÂMARA DOS DEPUTADOS

modo a permitir o atendimento das pessoas em situação de emergência, e não oberar excessivamente a carteira de segurados.

Por fim, cabe notar que, em tese, a inobservância ao determinado nesta lei já configuraria infração sanitária, conforme previsto genericamente no inciso XXIX, do art. 10, da Lei nº 6.437, de 1977, com penas previstas de advertência, interdição parcial ou total do estabelecimento, cancelamento de autorização para funcionamento da empresa, cancelamento do alvará de licenciamento do estabelecimento e/ou multa. A fim de evitar divergências de interpretações, esta possibilidade foi explicitada neste Projeto de Lei.

Face ao exposto, convido todos para a discussão e peço o apoio dos meus nobres Pares para a provação deste projeto.

Sala das Sessões, em de de 2019.

Deputada **EDNA HENRIQUE**
PSDB/PB