



PROJETO DE LEI Nº _____, DE 2019
(DA COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer parâmetros de transparência, de habilitação de prestadores e de remuneração por serviços realizados no Sistema Único de Saúde; altera a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, e o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, para tornar crime de responsabilidade a falta de repasse de recursos recebidos para o pagamento de serviços de saúde; e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer parâmetros de transparência, de habilitação de prestadores e de remuneração por serviços realizados no Sistema Único de Saúde; altera a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, e o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, para tornar crime de responsabilidade a falta de repasse de recursos recebidos para o pagamento de serviços de saúde; e dá outras providências.

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 7º.....

.....

Parágrafo único. O princípio de divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário será efetivado pela transparência das filas de espera por consultas, exames e procedimentos, dentre outras medidas.” (NR)

“Art. 14-A.....

§1º

.....

§2º Poderão participar das reuniões das comissões intergestores representantes dos prestadores de serviços da saúde.” (NR)

“Art. 24.....

§1º.....

§2º A habilitação de serviços ou profissionais para a participação complementar no SUS obedecerá critérios técnicos.

§3º Em regiões com deficiência na oferta de consultas, exames ou procedimentos necessários, considerar-se-á habilitado o serviço ou profissional requerente, após decurso do prazo de análise, salvo no caso de não cumprimento dos requisitos, após decisão fundamentada do gestor responsável pela habilitação.

§4º Quando houver carência de serviços de média complexidade, a habilitação poderá ser realizada pelo gestor estadual ou distrital do SUS.” (NR)

Art. 3º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 26-A, 26-B e 26-C:

“Art. 26-A Os critérios e valores para a remuneração de serviços de média e alta complexidade terão como referência a Tabela de Procedimentos do SUS.

§1º A Tabela de Procedimentos do SUS listará os procedimentos, tratamentos, órteses, próteses e materiais especiais cuja remuneração ocorra por serviço realizado.

§2º Para cada registro da tabela referida no **caput**, serão listados valores mínimos e máximos de remuneração, assim como os critérios para solicitação e autorização dos procedimentos.

§3º A nomenclatura utilizada deverá seguir padronização nacional, que permita integração com as relações utilizadas na saúde suplementar e na saúde privada.

§4º A tabela referida no **caput** será revisada e modernizada periodicamente, com a participação de entidades representativas de prestadores e profissionais da saúde.

§5º O estabelecimento de valores de remuneração dos serviços previstos na tabela referida no **caput** deverá considerar as seguintes variáveis do serviço ou procedimento, entre outras:

I - porte;

II - tempo médio de duração;

III - necessidade de cuidados especiais antes, durante ou depois do ato;

IV - risco de complicações;

V - necessidade de formação do profissional que o realiza.

§6º Parcelas adicionais de financiamento a título de bônus poderão ser estabelecidas, na forma do regulamento:

I - com base em situações de baixa oferta de serviços considerados estratégicos ou prioritários;

II - com base na análise de desempenho e qualidade dos serviços ofertados;

III - com base em modelos de remuneração baseados em valor.

§7º Deverão ser desconsiderados, para fins de cálculo de teto de transferências, procedimentos considerados estratégicos ou prioritários, na forma do regulamento.

§8º É permitido o financiamento de serviços de média e alta complexidade por modalidades alternativas à tabela, quando tecnicamente indicado, exigindo-se transparência, controle da produção e da qualidade, e revisões periódicas do cumprimento das obrigações estabelecidas.

§9º Os valores de financiamento federal da tabela referida no **caput** serão atualizados anualmente, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

§10º A tabela referida no **caput** descreverá, quando aplicável, a hierarquização prevista para a autorização do procedimento, considerando quais profissionais ou serviços podem fazer a solicitação, e se há necessidade de ter sido realizado procedimento anterior de menor complexidade.”

“Art. 26-B Municípios, Estados, e o Distrito Federal poderão estabelecer parcelas próprias para complementar o valor de responsabilidade federal previsto na Tabela de Procedimentos do SUS.

§1º Serão listados na Tabela de Procedimentos do SUS os valores referentes às parcelas de financiamento de responsabilidade federal, estadual, distrital ou municipal, quando existirem.

§2º Os Municípios, Estados e o Distrito Federal, quando complementarem o valor de financiamento federal previsto na Tabela de Procedimentos do SUS, deverão empregar recursos próprios, sendo vedada a utilização de recursos federais na complementação.

§3º A complementação de valores para remuneração de serviços de saúde não poderá acarretar, sob nenhuma circunstância, em discriminação no acesso ou no atendimento dos usuários referenciados por outros entes da federação.

§4º Os gestores que decidirem por complementar os valores da Tabela de Procedimentos do SUS deverão buscar, em articulação com os gestores de entes federativos que utilizem sua rede assistencial, a implementação de mecanismos de cooperação para a provisão dos serviços.

§5º Poderão ser estabelecidas parcelas adicionais de financiamento federal com base em limitações orçamentárias regionais que dificultem a complementação de valores da tabela, quando a oferta de serviços for insuficiente.

§6º As Comissões Intergestores do SUS avaliarão, anualmente, o desequilíbrio de oferta de serviços especializados entre as regiões, sugerindo ao Ministério da Saúde a necessidade de ajustes nos valores máximos da Tabela de Procedimentos do SUS ou a necessidade da criação de parcelas adicionais de financiamento federal.”

“Art. 26-C Os gestores do SUS terão o prazo de até o 5º dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do fundo estadual/distrital/municipal de saúde, para que efetuem o pagamento dos valores financeiros aos estabelecimentos e prestadores de saúde que prestam assistência de forma complementar ao SUS.

Parágrafo único. Em caso de interrupção ou descumprimento, por parte do gestor do SUS, do prazo estabelecido no **caput**, o Ministério da Saúde suspenderá a transferência do valor correspondente aos incentivos no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, fazendo também o desconto dos valores eventualmente não repassados em competências anteriores, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.”

Art. 4º O art. 10 da Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso 13:

“Art. 10.....

.....

13 - deixar de realizar o pagamento dos prestadores de serviços de saúde públicos ou privados, até o quinto dia útil após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento, exceto nas situações excepcionais devidamente justificadas.” (NR)

Art. 5º O art. 1º do Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XXIV:

“Art. 1º.....

.....

XXIV - deixar de realizar o pagamento dos prestadores de serviços de saúde públicos ou privados, até o quinto dia útil após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os

arquivos de processamento, exceto nas situações excepcionais devidamente justificadas.” (NR)

Art. 6º O poder público constituirá Grupo de Trabalho para adequação da tabela existente às disposições desta Lei, com a participação de órgãos de classe e entidades representantes dos setores que atuam na saúde pública.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), embora valorize de forma especial a promoção da saúde e a atenção primária, tem como um de seus princípios a integralidade de assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹.

Desta forma, os serviços de média e alta complexidade adquirem grande importância no sistema, para atenderem os usuários cujos agravos não foram completamente resolvidos na atenção básica à saúde. Nesta área, a participação da iniciativa privada, complementando os serviços públicos, é majoritária. Ou seja, mais da metade das atividades de média e alta complexidade do SUS são realizadas por instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, e remuneradas pelo poder público, após estabelecimento de contratos ou convênios.

Anteriormente à implantação do SUS, os pagamentos eram realizados com base em tabela de procedimentos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (INAMPS). No início do SUS, foi optado por converter o sistema existente, sendo criadas duas tabelas, uma para procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e uma para procedimentos hospitalares (SIH/SUS). Essa dinâmica se mostrou ineficiente, já que cada tabela seguia um

¹ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 7º, II.

padrão diferente de código, e havia multiplicidade de procedimentos, alguns até mesmo com valores diferentes².

Diante dessa situação, o Ministério procedeu com a unificação dos sistemas, gerando a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que vem sendo utilizada como referência na média e alta complexidade. A gestão e a consulta a esta tabela são feitas por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS³ (SIGTAP). Esta tabela reúne não só procedimentos ambulatoriais e hospitalares, mas também ações de promoção e prevenção, exames de diagnóstico, transplantes, medicamentos estratégicos, entre outros. Ressalte-se que, neste novo modelo, parte dos códigos tem finalidade única de registro, sem valor financeiro associado.

Embora o Ministério da Saúde venha trabalhando na modernização deste sistema, há algumas queixas frequentes quanto ao seu funcionamento. Em primeiro lugar, os valores definidos da parcela federal na tabela para remuneração de serviços são considerados muito abaixo da média aplicada no mercado. Isso ocorre por esses valores já terem sido definidos em níveis baixos, ou pela falta de atualização adequada.

Estudos que avaliaram a evolução destes valores da parcela federal mostram uma defasagem, em relação à inflação do mesmo período, que pode chegar até a mais de 90%⁴. Essa disparidade tem afastado os profissionais de saúde do atendimento ao SUS, dificultando cada vez mais o acesso da população a serviços de média ou alta complexidade.

Adicionalmente, essa a falta de atualização da Tabela SUS tem servido para uma redução progressiva na participação do governo federal no financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Essa diminuição tem comprometido o orçamento dos entes federativos e dificultado o acesso da população aos serviços de saúde especializados.

² Ministério da Saúde. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

³ <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

⁴ CFM. Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares. Em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares&catid

Isso é ainda mais evidente e grave nas cidades de pequeno ou médio porte com baixa arrecadação de impostos, já que as mesmas não costumam ter condições de complementar os valores da tabela, ou se localizam longe de grandes centros. Além disso, as gestões de saúde menos preparadas tecnicamente, ou aquelas envolvidas em fraudes, comprometem ainda mais a situação da média e alta complexidade do SUS.

Outra dificuldade frequente é a limitação, que muitos prestadores e gestores da saúde pública têm, em navegar a complexidade do sistema de remuneração dos procedimentos. Em vários casos, entende-se equivocadamente que o valor apresentado no SIGTAP é a referência a ser aplicada em todos os locais, quando na verdade é apenas a parcela federal de financiamento. Há relatos até mesmo de órgãos de controle que puniram gestores por complementar os valores da Tabela SUS, quando esta medida é correta e até mesmo recomendável.

Esta Comissão de Seguridade Social e Família criou, no início de 2019, um Grupo de Trabalho para estudar a Tabela SUS (GT Tabela SUS). Especialistas de todos os principais setores envolvidos com a saúde foram ouvidos, e os desafios apontados anteriormente foram reclamações frequentes.

Ademais, representantes da classe médica apontaram outros problemas que vão além dos baixos valores de remuneração. Uma questão apontada é o atraso no pagamento de honorários. Apesar da existência de regras a esse respeito na regulamentação do SUS, queixa-se que vários entes federativos deixam de fazer o repasse oportuno dos pagamentos, apesar de terem recebido em dia as transferências de recursos federais ou estaduais.

Durante as discussões realizadas no âmbito deste GT, várias entidades apontaram também a dificuldade na habilitação de novos serviços para participarem no SUS. Houve relatos recorrentes de serviços privados que se estruturaram adequadamente, mas aguardam há bastante tempo a resposta do Ministério da Saúde para poderem receber usuários da saúde pública.

Saliente-se que auditoria recente do Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu que, devido a problemas na atenção especializada, incluindo a baixa oferta de exames, o diagnóstico de câncer no Brasil é feito de

maneira tardia, com a doença já em estágio avançado, o que diminui as chances de cura, demonstrando que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer apresenta relevantes deficiências na sua implementação⁵.

Com base nos problemas apontados, o GT Tabela SUS desenvolveu este Projeto de Lei, que pretende estabelecer parâmetros de transparência, habilitação de prestadores e remuneração por serviços realizados no sistema único de saúde; tornar crime de responsabilidade a falta de repasse de recursos recebidos para o pagamento de serviços de saúde; além de dar outras providências.

Dentre as medidas propostas, listamos:

- Criação de prazo para a análise de pedidos de habilitação de serviços de saúde no SUS;
- Padronização de procedimentos e serviços da tabela SUS com classificações adotadas na iniciativa privada e na saúde suplementar;
- Revisão periódica da tabela, com a participação de entidades representativas de prestadores e profissionais da saúde;
- Atualização anual dos valores da tabela, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA);
- Reajuste imediato de valores previstos para exames utilizados no diagnóstico do câncer, modificando sua forma de financiamento para FAEC, pela sua importância e pelos achados do TCU;
- Critérios hierarquizados para o estabelecimento de valores de remuneração da tabela;

⁵ Tribunal de Contas da União. TC 023.655/2018-6. Em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/diagnostico-de-cancer-no-brasil-e-realizado-de-forma-tardia.htm>

- Possibilidade de utilização de modelos de remuneração baseados em valor, desempenho, qualidade, necessidade de aumento da oferta;
- Retirada de procedimentos estratégicos do teto de transferências;
- Estabelecimento em lei da possibilidade de Municípios, Estados e Distrito Federal de complementarem os valores da tabela SUS;
- Possibilidade da criação de parcelas adicionais com diferenciação regional, considerando a oferta de serviços e a capacidade dos entes federativos de complementarem os valores da tabela SUS;
- Exigência de transparência e controle de qualidade e produção em serviços remunerados por incentivos globais ou pelo teto MAC;
- Exigência de transparência das filas de consultas e procedimentos;
- Prazo legal para pagamento dos prestadores de serviços de saúde, contado a partir do recebimento das transferências, e definição do crime de responsabilidade relativo ao não repasse de parcelas de honorários no prazo definido.

Trata-se de um tema de altíssima relevância para a população brasileira e para o futuro do nosso Sistema Único de Saúde, que tem enfrentado muitos desafios na gestão dos serviços de média e alta complexidade. Entendemos que as inovações propostas neste Projeto podem modernizar o financiamento da atenção especializada, aumentando o acesso e beneficiando milhões de usuários, razão pela qual pedimos o apoio dos nobres colegas para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 11 de dezembro de 2019.

Dep. Antonio Brito
Presidente