



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 1.539, DE 2022

(Da Sra. Flávia Moraes)

Dispõe sobre a ampliação de acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade.

DESPACHO:

APENSE-SE À(AO) PL-3468/2021.

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

PROJETO DE LEI nº DE 2022

(da Sra. Flávia Moraes)

Dispõe sobre a ampliação de acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei dispõe sobre a elaboração e implementação, por parte da **União**, Estados, Distrito Federal e Municípios, de Plano para ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos de média complexidade.

Art. 2º **A União**, os Estados, Distrito Federal e Municípios, juntamente com os **Conselhos Federal** e Regionais de Medicina, deverão priorizar a elaboração e implementação de Plano de Ampliação do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos, que deverão incluir, dentre outros:

I – Identificação da demanda reprimida;

II – Reestruturação dos processos de trabalho, por meio de auditorias, categorização por quadro clínico e estabelecimento de serviço de acesso às cirurgias eletivas;

III - Elaboração de listas de espera agrupadas/comuns;

IV – Avaliação das indicações cirúrgicas e determinação de prioridades;

* C D 2 2 7 6 2 0 2 1 3 4 0 *



V – Realização periódica de mutirões de cirurgias eletivas;

VI – Divulgação das listas de espera.

§ 1º Os critérios de priorização das demandas deverão levar em conta as características da doença, os benefícios esperados pelo tratamento cirúrgico e os aspectos sociais dos pacientes.

§ 2º Na hipótese prevista no inciso V do caput, o custeio se dará com recursos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), e os entes poderão adotar valores diferenciados para a remuneração dos procedimentos cirúrgicos eletivos.

§ 3º A divulgação das listas de espera de que trata o inciso VI será realizada pelos órgãos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) em todas as esferas de governo, por meio de publicação em seus sítios oficiais na internet.

§ 4º O Governo Federal incentivará a implementação do disposto nesta Lei por meio de recursos orçamentários do Ministério da Saúde, os quais serão aplicados em acréscimo às dotações de ações e serviços públicos de saúde nos termos da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

Conforme conceito dado pelo DATASUS o “procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e indicação de realização de cirurgia a ser realizada em estabelecimento de saúde ambulatorial e hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência”.



O tempo de espera excessivo para a realização de cirurgia eletiva pode ter implicações desfavoráveis, tanto para o paciente e sua família, quanto para o profissional de saúde, para o hospital, o sistema de saúde, e, enfim, para a própria sociedade.

Para o paciente essa espera, além da angústia natural por não ter seu problema tratado adequadamente, pode causar complicações, como o agravamento do seu estado inicial e até a morte. Para o profissional de saúde e para o hospital, essa espera acarreta maior complexidade do procedimento cirúrgico, com implicações no custo-efetividade, na medida em que a demora influi diretamente no desfecho clínico, eleva os custos dos procedimentos e aumenta o tempo de internação.¹

Infelizmente, o tempo de espera para realização de cirurgias eletivas não tem se tornado menor nos últimos anos; ao contrário, a tendência é de piora da situação.

Segundo levantamento feito pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) em 2017, 904 mil pessoas esperavam por uma cirurgia eletiva no SUS. O levantamento foi feito em 16 estados e 10 capitais. Dentre as 904 mil, o CFM informou que 750 procedimentos constavam na fila como pendentes há mais de 10 anos. Ainda, segundo a entidade, de cada mil pacientes que aguardam a cirurgia, cinco morrem por ano enquanto esperam. À época, o Ministro da Saúde creditou a situação da fila de espera aos municípios e estados e à organização (ou desorganização) do sistema.²

Em razão da pandemia causada pelo novo Coronavírus, uma das medidas de enfrentamento foi a suspensão de procedimentos cirúrgicos eletivos com o intuito de preservar equipamentos de proteção individual (EPI), preservar leitos e evitar o colapso do Sistema Único de Saúde (SUS) e consequente desassistência a pacientes infectados.

1 <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v57a03.pdf>

2 <https://g1.globo.com/bemestar/noticia/mais-de-900-mil-pessoas-esperam-por-cirurgia-nao-urgente-no-sus-diz-cfm.ghtml>



Dessa forma, a situação que já era preocupante, se tornou um enorme problema.

A presente proposição visa ampliar o acesso da população às cirurgias eletivas a partir de um Plano a ser elaborado pelos entes federativos, juntamente com os Conselhos de Medicina. O objetivo é conferir maior organização ao sistema e reduzir o tempo de espera das cirurgias eletivas.

Proponho que constem desse Plano, além de outras estratégias a serem adotadas por cada ente: I) Identificação da demanda reprimida, ou seja, o levantamento da real situação das filas de espera; II) Reestruturação dos processos de trabalho; III) Elaboração de listas de esperada agrupadas/comuns; IV) Avaliação das indicações cirúrgicas e determinação de prioridades; V) Realização periódica de mutirões e VI) Divulgação das listas de espera, a fim de conferir maior transparência ao processo.

No Brasil, o controle de listas de espera para cirurgia é realizado por meio de agendas ou planilhas internas gerenciadas pelas especialidades médicas em cada hospital. Esse formato de regulação é um entrave organizacional, pois as informações não são unificadas, sem transparência, retidas no nível operacional e, perde-se a possibilidade de planejar/gerenciar os serviços de saúde em rede de atenção.³ Nesse contexto, que proponho a reestruturação dos processos de trabalho, e as listas de espera agrupadas/comuns conforme itens II e III do artigo 2º.

Os Mutirões Nacionais de Cirurgias Eletivas (cirurgias de catarata, varizes, próstata, retinopatia diabética) foram implantados em 1999 pelo Ministério da Saúde em parceria com os estados e municípios. Os recursos financeiros destinados para a execução desta ação eram disponibilizados pelo Fundo de Ação Estratégica e Compensação (FAEC), por intermédio de portarias publicadas

3 <https://cdn.publisher.gn1.link/rbm.org.br/pdf/v57a03.pdf>



periodicamente, habilitando os estados e municípios – sob gestão plena – a executar os mutirões.⁴

Quando a gestão de processos é bem planejada, desenvolvida e aplicada, se obtêm mais eficiência e eficácia no alcance do planejamento estratégico da organização e no atendimento das necessidades ao paciente.

Considerando a importância da alteração proposta, solicito apoio dos nobres pares para aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, de junho de 2022.

Deputada FLÁVIA MORAIS

⁴ <https://www.scielo.br/j/rac/a/xRhwpKnqsWKRKpjG4SnJYJ/?lang=pt&format=pdf>



LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL
Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 2012

Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição Federal:

I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

CAPÍTULO II
DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I - sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

.....
.....

FIM DO DOCUMENTO
