



**CÂMARA DOS DEPUTADOS**

## **PROJETO DE LEI N.º 3.752-A, DE 2012** **(Do Sr. Ronaldo Fonseca)**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para estabelecer prazo de atendimento no Sistema Único de Saúde - SUS; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela aprovação deste e dos de nºs 4841/12, 6266/13, 8271/14, 4387/16, 6501/16, 6985/17, 7505/17, 278/15, 1459/15, 8160/14, 275/15, 310/15, 1513/15, 4239/15 e 7490/17, apensados, com substitutivo (relator: DEP. SERGIO VIDIGAL).

**DESPACHO:**

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD) E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

**APRECIÇÃO:**

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

## SUMÁRIO

I - Projeto inicial

II - Projetos apensados: 4841/12, 6266/13, 8160/14, 8271/14, 275/15, 278/15, 310/15, 1513/15, 1459/15, 4239/15, 4387/16, 6501/16, 6985/17, 7490/17 e 7505/17

III - Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- Parecer do relator
- Substitutivo oferecido pelo relator
- Parecer da Comissão
- Substitutivo adotado pela Comissão

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer prazo máximo de atendimento para a realização de exames diagnósticos e procedimentos para recuperação da saúde por meio do Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, fica acrescida do seguinte artigo:

*“Art. 19-V As unidades do Sistema Único de Saúde ficam obrigadas a realizar atendimento aos seus usuários para a realização de exames diagnósticos e procedimentos para recuperação da saúde com o tempo máximo de espera de trinta dias.*

*§ 1º Excetuam-se do caput deste artigo, as Unidades de Terapia Intensiva e os casos considerados de atendimento de urgência e emergência que exijam atendimento imediato.*

*§ 2º Caso o atendimento não seja realizado segundo o prazo estipulado no caput deste artigo por meio do Sistema Único de Saúde, o Poder Público deverá providenciar sua imediata realização por meio da rede privada de saúde.*

*§ 3º A não observância dos dispositivos desta Lei implicará em abertura de processo administrativo pelo órgão competente para apuração da responsabilidade.”*

Art. 3º Esta Lei entra em vigor 180 dias após sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por indispensáveis serviços para a população brasileira, a exemplo dos bem-sucedidos programas de imunização, de vigilância epidemiológica e sanitária e de controle de doenças, como: a AIDS, o sarampo e a doença de Chagas.

No campo da assistência à saúde o SUS também se destaca por meio da realização de milhões de procedimentos anuais nas esferas ambulatorial e hospitalar. Contudo, apresenta deficiências no que se refere ao prazo para execução de vários procedimentos, resultando em longas filas de espera, que são ilustradas pela vexatória superlotação de serviços de saúde do País. É necessário, pois, estabelecer critérios que auxiliem na melhoria da qualidade do atendimento promovido pelo SUS.

Um critério que está ausente da legislação sanitária é o tempo máximo de espera pelos usuários do sistema. Talvez isso tenha ocorrido pela predominância das necessidades de gestão do sistema sobre o que realmente interessa: a prestação de serviço de qualidade e oportuno para cada cidadão.

Essa proposição traz como colaboração à organização do sistema, o estabelecimento de um prazo máximo de trinta dias para a realização de exames diagnósticos e procedimentos para recuperação da saúde por meio do SUS. Excetuam-se, claro, os procedimentos que precisam de atendimento imediato, como os realizados em unidades de terapia intensiva e nos serviços de urgência e emergência.

A proposição prevê a responsabilidade de o Poder Público providenciar a imediata realização do atendimento por meio da rede privada de saúde, caso não seja capaz de cumprir o prazo estabelecido. Também indica a abertura de processo administrativo no caso do descumprimento da lei. Foi prevista, ainda, uma vigência após 180 dias da publicação da lei, para que os serviços promovam as necessárias adaptações.

Considerando a relevância dessa proposta para a saúde da população brasileira, solicito o apoio dos nobres Pares a fim de aprová-la nesta Casa.

Sala das Sessões, em 25 de abril de 2012.

Deputado Ronaldo Fonseca

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
 Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
 Seção de Legislação Citada - SELEC

**LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

**DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

**TÍTULO II  
 DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
 DISPOSIÇÃO PRELIMINAR**

CAPÍTULO VIII  
DA ASSISTÊNCIA TERAPÊUTICA E DA INCORPORAÇÃO  
DE TECNOLOGIA EM SAÚDE

*(Capítulo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

Art. 19-U. A responsabilidade financeira pelo fornecimento de medicamentos, produtos de interesse para a saúde ou procedimentos de que trata este Capítulo será pactuada na Comissão Intergestores Tripartite. *(Artigo acrescido pela Lei nº 12.401, de 28/4/2011, publicada no DOU de 29/4/2011, em vigor 180 dias após a publicação)*

TÍTULO III  
DOS SERVIÇOS PRIVADOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

CAPÍTULO I  
DO FUNCIONAMENTO

Art. 20. Os serviços privados de assistência à saúde caracterizam-se pela atuação, por iniciativa própria, de profissionais liberais, legalmente habilitados, e de pessoas jurídicas de direito privado na promoção, proteção e recuperação da saúde.

## PROJETO DE LEI N.º 4.841, DE 2012

(Do Sr. Alberto Filho)

Dispõe sobre o tempo máximo de espera para realização de procedimentos médicos e ambulatoriais nas Unidades da Rede Pública de Saúde e dá outras providências.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE AO PL-3752/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º As Unidades da Rede Pública de Saúde ficam obrigadas a realizar atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde com o tempo máximo de espera, a contar da data do agendamento, de:

- I – 15 (quinze) dias para exames médicos;
- II – 30 (trinta) dias para consulta;
- III – 60 (sessenta) dias para cirurgias eletivas;
- IV - consultas num prazo máximo de 3 (três) dias a contar do agendamento, para idosos, valetudinários, portadores de necessidades especiais e gestantes, quando não for o caso de internamento imediato.

§ 1º Excetuam-se do caput deste artigo, as Unidades de Terapia Intensiva e os casos considerados de atendimento de urgência e emergência que exijam atendimento imediato.

§ 2º Quando o usuário for criança com idade inferior a 10 (dez) anos ou portador de doença grave os prazos previstos neste artigo ficam reduzidos em 1/3 (um terço).

Art. 2º A não observância dos prazos fixados nesta lei implicará em abertura de processo administrativo pelo órgão competente para apuração da responsabilidade.

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

### **JUSTIFICATIVA**

A carta de direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) constitui em um pacto firmado entre Estados, Municípios e a União com o intuito de resguardar ao cidadão brasileiro um bom atendimento de saúde. Dentre as garantias destacamos o acesso universal, ou seja, todos os hospitais públicos ou conveniados do SUS (nas especialidades garantidas) não poderão negar atendimento a qualquer pessoa, seja esta de qualquer classe social, sexo, cor, crença, idade ou proveniente de qualquer lugar do país.

O acesso igualitário requer que deverá ser fornecido o mesmo tratamento a todo indivíduo que procurar atendimento junto aos estabelecimentos conveniados com o SUS. Isto significa acesso totalmente gratuito às ações e aos serviços de saúde pública.

É condição fundamental para garantia da qualidade do atendimento a agilidade de atendimento ao usuário a partir do momento em que busca o serviço de saúde pública. Todavia, a maior reclamação dos cidadãos consiste no longo prazo de espera para a realização de consultas, exames e procedimentos cirúrgicos.

A demora no atendimento tem causado grande insatisfação àqueles que buscam as unidades de saúde, em razão da demora no atendimento, resultante da defasagem do número de médicos, enfermeiros e atendentes administrativos, e em alguns casos também pela falta de infraestrutura (aparelhos com defeito, falta de medicamento) das unidades de atendimento.

Diante de fatos desta natureza é necessário e urgente que o poder público comece a organizar seu atendimento dentro de um prazo razoável de espera para o usuário, visto que alguns exames somente são realizados cerca de seis meses depois da solicitação, o que chega a ser um absurdo.

Assim, esta proposta de legislação tem como pretensão exigir que a rede pública de saúde busque alternativas para aperfeiçoar e garantir a qualidade do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Por fim, quero resaltar que esta proposição foi apresentada, pela primeira vez, na legislatura passada e arquivada ao final da mesma. Retomo a sua tramitação, com algumas adequações, por entender que este projeto de lei não poderia permanecer arquivado, considerando a sua importância para a melhoria da qualidade do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ante o exposto, solicito aos nobres pares que aprovem o presente projeto de lei.

Sala das Sessões, em 12 de dezembro de 2012.

**DEPUTADO FEDERAL ALBERTO FILHO**  
**PMDB/MA**

# PROJETO DE LEI N.º 6.266, DE 2013

(Do Sr. Sandro Mabel)

Estabelece prazos para o início efetivo do atendimento médico nos hospitais e demais unidades públicas de saúde federais, estaduais e municipais.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-3752/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece prazos para o início do atendimento médico nos hospitais e demais unidades do sistema público de saúde a nível federal, estadual e municipal.

Art. 2º Fica determinado que os hospitais e as demais unidades do sistema público de saúde, devem iniciar o efetivo atendimento médico nos seguintes prazos:

I – de imediato, nos casos de urgência e emergência;

II - no máximo, em uma hora após o preenchimento de ficha de identificação do paciente nas recepções das unidades, nos atendimentos que não dependerem de agendamento prévio de consulta;

III – no máximo em uma hora após o horário agendado, nos atendimentos que dependerem de agendamento prévio de consulta.

Art. 3º Ficam os hospitais e demais unidades do sistema público de saúde, obrigadas a fixar placar na entrada principal, com os nomes e especialidades dos médicos de plantão.

Art. 4º O não cumprimento do contido no Parágrafo II do Art. 2º, fica o hospital ou a unidade do sistema público de saúde federal, estadual e/ou municipal obrigado a encaminhar o paciente prejudicado, logo após o vencimento do prazo previsto acima para uma unidade de saúde privada, nas seguintes condições:

I- O paciente será encaminhado com uma guia de autorização do SUS;

II - Os custos deste atendimento em hospital particular serão suportados pelo SUS, não tendo qualquer ônus para o paciente;

III - Caso necessário o hospital público ou unidade pública de saúde deverá providenciar ambulância para a transferência do paciente;

IIII - Fica sob-responsabilidade do hospital público ou unidade pública de saúde conseguir uma vaga em hospital particular para a transferência do paciente;

Art. 5º As denúncias e reclamações de usuários do serviço público de saúde quanto ao descumprimento desta Lei deverão ser encaminhadas, quando houver, à Comissão de Defesa do Consumidor local e/ou ao Ministério Público.

Art. 6º Sem prejuízo da responsabilidade civil e penal cabíveis, a direção do hospital ou outra unidade pública de saúde, por infringir as disposições desta lei e de seu regulamento acarretará, isolada ou cumulativamente, as seguintes sanções administrativas:

I - advertência;

II – suspensão;

III – demissão;

IV - multa

Art. 7º Os hospitais e demais unidades do sistema público de saúde terão o prazo máximo de 180 dias, a contar da data da publicação desta Lei, para adaptarem-se.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

## **JUSTIFICAÇÃO**

Um dos problemas mais visíveis do Sistema Público de Saúde é a espera dos usuários por atendimento nas unidades de saúde.

Certamente, esse problema possui várias causas, como o subfinanciamento crônico do SUS, a carência de profissionais da saúde no sistema público, além de questões de gestão dos serviços. Contudo, não podem os usuários,

que são a razão de ser do sistema, continuarem a receber atendimento inadequado e desrespeitoso, quando a Constituição Federal lhes garante o acesso universal e integral à saúde.

O Poder Público precisa se estruturar adequadamente para que a atenção à saúde ocorra de modo eficiente e digno.

A proposição que apresento objetiva colaborar na melhoria desse quadro, por meio do estabelecimento de metas claras e razoáveis quanto aos prazos de atendimento nas unidades do SUS.

Os casos de urgência e emergência, como demandado pela situação, precisam ser atendidos de imediato. O projeto prevê um prazo máximo de uma hora, após o preenchimento da ficha de identificação na recepção da unidade, quando o atendimento médico não depender de agendamento prévio. Quando o atendimento depender de agendamento prévio, o prazo máximo para iniciar o atendimento médico seria de uma hora após o horário agendado.

Também foram previstas penalidades administrativas, para que as infrações à lei produzam consequências. A vigência da Lei ocorrerá assim que publicada, mas, o poder público terá 180 dias após a publicação, para que o sistema seja adequado às metas previstas.

Diante da relevância da matéria e para oferecer maior qualidade no atendimento aos usuários do SUS, solicito o apoio dos nobres Pares para aprovar a proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, em 4 de setembro de 2013.

Deputado Sandro Mabel

## **PROJETO DE LEI N.º 8.160, DE 2014** **(Do Sr. Luiz Carlos Busato)**

Estabelece prazos para o início do atendimento médico nos hospitais e demais unidades do Sistema Único de Saúde.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-6266/2013.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece prazos para o início do atendimento médico nos hospitais e demais unidades do Sistema Único de Saúde.

Art. 2º Fica determinado que os hospitais e as demais unidades do Sistema Único de Saúde, devem iniciar o atendimento médico nos seguintes prazos:

I – de imediato, nos casos de urgência e emergência;

II - no máximo, em uma hora após o preenchimento de ficha de identificação do paciente nas recepções das unidades, nos atendimentos que não dependerem de agendamento prévio de consulta;

III – no máximo em uma hora após o horário agendado, nos atendimentos que dependerem de agendamento prévio de consulta.

Art. 3º Ficam os hospitais e demais unidades do Sistema Único de Saúde, obrigadas à fixar placar na entrada principal, com os nomes e especialidades dos médicos de plantão.

Art. 4º O não cumprimento do contido no Parágrafo II do Art. 2º, fica a unidade do Sistema Único de Saúde obrigada a encaminhar o paciente prejudicado, para uma unidade de saúde privada.

Art. 5º As denúncias e reclamações de usuários dos serviços das unidades do Serviço Único de Saúde quanto ao descumprimento desta Lei deverão ser encaminhadas à Comissão de Defesa do Consumidor nas diversas esferas municipal, estadual e federal e/ou ao Ministério Público.

Art. 6º Sem prejuízo da responsabilidade civil e penal cabíveis, a infração às disposições desta lei e de seu regulamento acarretará, isolada ou cumulativamente, as seguintes sanções administrativas:

I - advertência;

II - multa.

Art. 7º Os hospitais e demais unidades do Sistema Único de Saúde terão o prazo máximo de 180 dias, a contar da data da publicação desta Lei, para adaptarem-se.

Art. 8º Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

## JUSTIFICAÇÃO

Um dos problemas mais visíveis do Sistema Único de Saúde (SUS) é a espera dos usuários por atendimento nas unidades de saúde.

Certamente, esse problema possui várias causas, como o subfinanciamento crônico do SUS, a carência de profissionais da saúde no sistema público, além de questões de gestão dos serviços. Contudo, não podem os usuários, que são a razão de ser do sistema, continuarem a receber atendimento inadequado e desrespeitoso, quando a Constituição Federal lhes garante o acesso universal e integral à saúde.

O Poder Público precisa se estruturar adequadamente para que a atenção à saúde ocorra de modo eficiente e digno.

A proposição que apresento objetiva colaborar na melhoria desse quadro, por meio do estabelecimento de metas claras e razoáveis quanto aos prazos de atendimento nas unidades do SUS.

Os casos de urgência e emergência, como demandado pela situação, precisam ser atendidos de imediato. O projeto prevê um prazo máximo de uma hora, após o preenchimento da ficha de identificação na recepção da unidade, quando o atendimento médico não depender de agendamento prévio. Quando o atendimento depender de agendamento prévio, o prazo máximo para iniciar o atendimento médico seria de uma hora após o horário agendado.

Também foram previstas penalidades administrativas, para que as infrações à lei produzam consequências. A vigência ocorreria um ano após a publicação da lei, para que o sistema seja adequado às metas previstas.

Diante da relevância da matéria para oferecer um mínimo de qualidade no atendimento aos usuários do SUS, solicito o apoio dos nobres Pares para aprovar a proposição nesta Casa.

Sala das Sessões, em 2 de dezembro de 2014.

Deputado LUIZ CARLOS BUSATO

# PROJETO DE LEI N.º 8.271, DE 2014

## (Dos Srs. Beto Albuquerque e Paulo Foletto)

Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que "dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início", para que os exames sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-3752/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 2º da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar acrescido do seguinte §3º:

*“Art. 2º .....*  
*.....*

*§ 3º Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.” (NR)*

Art. 3º Esta lei entra em vigor sessenta dias após sua publicação

### JUSTIFICAÇÃO

Lei 12.732/12, em boa hora, veio trazer segurança e dignidade aos portadores de neoplasias malignas.

Dados divulgados pela mídia, davam conta de uma enorme fila de espera para que um paciente se submetesse aos tratamentos preconizados para tais moléstias, principalmente os de quimio e radioterapia. Isso significava, em muitos casos, a morte ou o agravamento dos quadros de tão nefastas doenças.

A espera, além de angustiante e desumana para o paciente e para seus entes queridos, é, sob o aspecto médico-sanitário, irracional, pois o agravamento do quadro decorrente da demora em tomar as medidas cabíveis,

significa mais complexidade, mais recursos humanos, mais tempo de tratamento e mais custos.

A citada norma jurídica, entretanto, deixou uma lacuna que tem representado mais um desafio para os que se encontram sob suspeita de portar uma neoplasia: a demora na realização dos exames que permitirão selar o diagnóstico. Muitas vezes, um paciente que apresenta um quadro bem definido de neoplasia maligna tem que aguardar meses até a realização de uma biópsia, ou de outro exame que elucidarão o quadro.

Ora, de que vale assegurarmos um tratamento expedito, se para ter o diagnóstico o indivíduo terá que esperar um longo tempo? Assim, propomos que se limite o tempo de espera para a realização dos exames de elucidação diagnóstica em trinta dias, mediante fundamentação do profissional responsável.

Dessa forma, esperamos contar com o apoio de nossos ilustres Pares para aprovação de medida que, com toda a certeza, representará mais segurança, alento e dignidade a nossos concidadãos.

Sala das Sessões, em 16 de dezembro de 2014.

Deputado **BETO ALBUQUERQUE**

Deputado **PAULO FOLETTO**

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

### **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

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

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF  
José Eduardo Cardozo  
Alexandre Rocha Santos Padilha

## **PROJETO DE LEI N.º 275, DE 2015** **(Da Sra. Carmen Zanotto)**

Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que "dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início", para que os exames sejam realizados no prazo de 30(trinta) dias.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-8271/2014.

O Congresso Nacional **decreta:**

Art. 1º O art. 2º da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar acrescido do seguinte §3º:

.....  
“§3º Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.” (NR)

Art. 2º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

### JUSTIFICAÇÃO

O Projeto de lei que submeto novamente à tramitação nesta Casa tem o objetivo de acrescentar um parágrafo na Lei nº 12.732, de 2012, que “*dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início*”..

Quando apresentamos o PL 2878, de 2011 de minha autoria e o PL 3125, de 2012 da autoria da Deputada Flávia Moares, foram apensados ao do Senador Osmar Dias e aprovado o Substitutivo Global de Plenário que resultou na Lei 12.732, de 2012. Na ocasião não incluímos o prazo para o diagnóstico e essa ausência na lei foi adequadamente observada pelo nobre ex-deputado Beto Albuquerque que apresentou proposição na legislatura anterior visando complementar a lei e conferir celeridade dos diagnósticos quando a hipótese principal seja a neoplasia maligna, e a realização dos exames necessários a elucidação devem ser realizados no prazo máximo de trinta dias, fundamentada pelo médico responsável, a qual foi aprovado o parecer da relatora deputada Elcione Barbalho na Comissão de Seguridade Social e Família.

Dessa forma pretendemos garantir a população um acesso mais célere aos exames porque infelizmente, para esses pacientes tempo é um bem precioso.

Determinar que os exames do paciente suspeito de portar alguma daquelas enfermidades sejam concluídos em trinta dias significa fechar a porta da protelação e melhorar o atendimento.

À vista do exposto, espero contar com o apoio de meus ilustres pares para a aprovação do presente projeto.

Sala das Sessões, em 10 de fevereiro de 2015.

Deputada **CARMEN ZANOTTO**  
(PPS/SC)

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**

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

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF

José Eduardo Cardozo

Alexandre Rocha Santos Padilha

# PROJETO DE LEI N.º 278, DE 2015

## (Do Sr. Heuler Cruvinel)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de agendamento de cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios no âmbito do Sistema Único de Saúde na forma que especifica.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-4841/2012.

O congresso Nacional decreta:

Art. 1º Fica o Sistema Único de Saúde obrigado a marcar cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios solicitados.

§ 1º Diagnosticada a necessidade de realização de cirurgia eletiva após consulta na rede pública de saúde, competira ao médico responsável solicitar os exames pré-operatórios e agendar a consulta de retorno e a referida cirurgia dentro do prazo de validade dos exames realizados.

§ 2º Após agendados, pelo médico, a consulta de retorno e a cirurgia de unidades correspondentes as especialidades médicas deverão, do mesmo modo, adotar todas as providencias necessárias a garantir a sua realização na data estabelecida pelo parágrafo anterior.

Art. 2º O descumprimento do disposto nesta Lei sujeitará o responsável ao pagamento de multa.

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

### JUSTIFICAÇÃO

Por inspiração da Lei Distrital nº 5.419, de 24 de novembro de 2014, de autoria da Deputada Distrital Liliane Roriz, por ter real interesse na aprovação da matéria, apresento esta proposição, pelas razões a seguir.

A proposição ora apresentada vem ao encontro da necessidade população brasileira que já não encontra amparo na Rede pública de saúde.

Nos dias de hoje, um dos maiores problemas do Sistema Único de Saúde é a demanda reprimida de consultas e de cirurgias de todas as especialidades e diante disso os pacientes realizam os exames pré-operatórios na maioria vezes perdem a oportunidade de realização de cirurgia, pois ficam estes

vencem devido ao atraso na marcação da consulta de retorno para apresentação dos exames e conseqüentemente da própria cirurgia.

Não obstante, entendemos que a melhor maneira para sanar este problema seria, a partir do momento que for diagnosticada a necessidade de realização de cirurgia eletiva, o médico então solicitaria os exames pré-operatórios e agendaria a cirurgia dentro do prazo de validade dos exames realizados.

Ademais, o procedimento proposto, ao passo de garantir o devido tratamento médico da população, em respeito a direitos fundamentais como a dignidade da pessoa humana e acesso universal a saúde, trará economia e impedirá custos desnecessários aos cofres públicos, na medida em que evitará que os mesmos exames pré-operatórios sejam realizados diversas vezes.

Por conseguinte, além de gerar custos desnecessários ao Estado, a desorganização de gestão acaba por forçar o paciente a uma espera demasiadamente longa e pode inclusive transformar o que seria uma simples cirurgia eletiva em uma emergência com risco de morte..

Isto posto, a presente proposição tem o escopo assegurar tratamento digno ao paciente, que não precisará, reiteradamente, repetir exames pré-operatórios, além de trazer economia para os cofres públicos, ao evitar a repetição desnecessária dos referidos exames.

Por fim, dada à relevância do tema é que ora apresentamos esta proposição, esperando contar com o indispensável apoio dos nossos ilustres pares para a sua aprovação.

Sala das Sessões, em 10 de fevereiro de 2015.

**Deputado Federal HEULER CRUVINEL**

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA  
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

**LEI Nº 5.419, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2014**

(Autoria do Projeto: Deputada Liliane Roriz)

Dispõe sobre a obrigatoriedade de agendamento de cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios no âmbito da Rede Pública de Saúde, na forma que especifica.

**O PRESIDENTE DA CÂMARA LEGISLATIVA DO DISTRITO FEDERAL** promulga, nos termos do § 6º do art. 74 da Lei Orgânica do Distrito Federal, a seguinte Lei,

oriunda de Projeto vetado pelo Governador do Distrito Federal e mantido pela Câmara Legislativa do Distrito Federal:

Art. 1º Fica a Rede Pública de Saúde do Distrito Federal obrigada a marcar cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios solicitados.

§ 1º Diagnosticada a necessidade de realização de cirurgia eletiva após consulta na Rede Pública de Saúde do Distrito Federal, competirá ao médico responsável solicitar os exames pré-operatórios e agendar a consulta de retorno e a referida cirurgia dentro do prazo de validade dos exames realizados.

§ 2º Após agendadas pelo médico a consulta de retorno e a cirurgia, as unidades correspondentes às especialidades médicas deverão, do mesmo modo, adotar todas as providências necessárias a garantir a sua realização na data estabelecida pelo § 1º.

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 27 de novembro de 2014

**DEPUTADO WASNY DE ROURE**  
*Presidente*

## **PROJETO DE LEI N.º 310, DE 2015** **(Do Sr. Kaio Maniçoba)**

Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que "dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início", para que os exames confirmatórios sejam realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-8271/2014.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O art. 2º da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar acrescido do seguinte §3º:

“Art. 2º.....

§ 3º Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor sessenta dias após sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

Neoplasias são crescimentos anormais do tecido, que passa a se desenvolver aceleradamente, de maneira persistente e descoordena. As neoplasias podem ser benignas ou malignas, nesta última situação, designada câncer.

O câncer é hoje problema de saúde pública, em que controle e prevenção devem ser priorizados em todas as regiões do território nacional. De acordo com a Estimativa 2014 para Incidência de Câncer no Brasil, publicação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), em 2014, no Brasil, serão diagnosticados 576 mil novos casos de câncer. O câncer de pele será o mais incidente (182 mil novos casos), seguindo pelos tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

Para o futuro, as correntes mudanças no perfil sócio demográfico de nosso país podem agravar ainda mais o problema. O novo estilo de vida da população brasileira, que combina urbanização, industrialização e vida mais atribulada, torna mais intensa a exposição a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo.

Dentre as recomendações do INCA para o enfrentamento do problema estão o investimento no diagnóstico precoce e o apoio e estímulo à formulação de legislação específica. A presente proposição insere-se justamente no aí, no diagnóstico precoce para aumentar a possibilidade de cura dos pacientes. Quanto mais cedo o diagnóstico o câncer, maiores as chances de cura, sobrevida e a qualidade de vida do paciente, além de mais favoráveis a relação efetividade/custo.

Nesses termos, convicto da importância do diagnóstico precoce para o tratamento do câncer, submeto o projeto à análise do Parlamento.

Sala das Sessões, 10 de fevereiro de 2015.

**Dep. Kaio Maniçoba**  
**PHS/PE**

<p><b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI</b></p>
---

### **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

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

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

.....  
 .....

## **PROJETO DE LEI N.º 1.513, DE 2015** **(Do Sr. Uldurico Junior)**

Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que "dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início", para que os exames sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias.

**DESPACHO:**  
 APENSE-SE À(AO) PL-8271/2014.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei acresce artigo à Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que "dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início", para que os exames sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias.

Art. 2º A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 passa a vigorar acrescida do seguinte artigo:

"Art. 2A Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica seja a de neoplasia maligna, os exames

necessários à elucidação devem ser realizados no prazo máximo de 30 (trinta) dias, mediante solicitação fundamentada do médico responsável.” (NR)

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

### **JUSTIFICAÇÃO**

Em que pese a importância da Lei 12.732/12, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, esta norma deixou lacuna.

A cogência desta regra estipula um prazo para o início do tratamento a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico, no entanto, não estipula um prazo para a realização do exame que fornece este laudo.

Apesar de, muitas vezes, o paciente apresentar um quadro suspeito de neoplasia maligna, ele fica obrigado a aguardar meses até que seja realizada a biópsia ou outro tipo de exame que testifique o diagnóstico da doença.

Entendemos que a vontade inicial do legislador era impedir que o paciente tivesse seu quadro clínico agravado por conta da demora na prestação do serviço de saúde pública.

Por este motivo, acrescentamos este dispositivo a fim de viabilizar o tratamento de forma urgente, de acordo com a premente necessidade destes pacientes.

É com esse propósito que solicito apoio dos nobres Pares para a aprovação deste importante Projeto de Lei.

Sala das Sessões, em 13 de maio de 2015.

Deputado ULDURICO JUNIOR

#### **LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA**

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG  
Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL  
Seção de Legislação Citada - SELEC

### **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

**A PRESIDENTA DA REPÚBLICA**

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

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF  
José Eduardo Cardozo  
Alexandre Rocha Santos Padilha

## **PROJETO DE LEI N.º 1.459, DE 2015** **(Da Sra. Flávia Moraes)**

Estabelece prazo para a realização de cirurgia eletiva sensível ao tempo e dá outras providências.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-4841/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei tem por objetivo estabelecer prazo para a realização das cirurgias eletivas que especifica.

Art. 2º As cirurgias consideradas sensíveis ao tempo, ainda que consideradas eletivas, no âmbito do SUS – Sistema Único de Saúde e dos planos de saúde regidos pela Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998, deverão se realizar dentro do prazo máximo de 180 dias contados da data de sua indicação médica.

§1º Nos casos em que a situação concreta recomendar, a cirurgia deverá se realizar em prazo menor, fixado pelo médico responsável pelo paciente.

§2º Consideram-se cirurgias eletivas sensíveis ao tempo os procedimentos relacionados a casos em que seu adiamento puder provocar danos à saúde do paciente.

§3º A lista das cirurgias constantes do anexo desta lei poderá ser complementada pelos órgãos reguladores competentes.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis por sua execução e regulação às penalidades administrativas previstas em lei e regulamento.

Art. 5º Esta lei entra em vigor 180 dias após a data de sua publicação.

## ANEXO I

Código Procedimento	Nome do Procedimento
0405050097	Facectomia com implante de lente intraocular
0405050100	Facectomia s/implante de lente intraocular
0405050119	Facoemulsificação com implante de lente intraocular rígida
0405050372	Facoemulsificação com implante de lente intraocular dobrável
0408040076	Artroplastia total de quadril (revisão/reconstrução)
0408040084	Artroplastia total primária do quadril cimentada
0408040092	Artroplastia total primária do quadril não cimentada/hibrida
0408050063	Artroplastia total primária do joelho
0408050055	Artroplastia total de joelho - revisão/reconstrução
0408050160	Reconstrução ligamentar intra-articular do joelho (cruzado)

	anterior)
0408050888	Tratamento cirúrgico de rotura de menisco com sutura meniscal uni / bicompatimental
0408050896	Tratamento cirúrgico de rotura do menisco com meniscectomia parcial / total
0404010016	Adenoidectomia
0404010024	Amigdalectomia
0404010032	Amigdalectomia c/ adenoidectomia
0404010105	Estapedectomia
0404010210	Mastoidectomia radical
0404010229	Mastoidectomia subtotal
0404010237	Microcirurgia otológica
0404010350	Timpanoplastia (uni / bilateral)
0409030040	Ressecção endoscópica de próstata
0409010235	Nefrolitotomia percutânea
0409010561	Ureterolitotomia
0406020566	Tratamento cirúrgico de varizes (bilateral)
0406020574	Tratamento cirúrgico de varizes (unilateral)
0405030134	Vitrectomia anterior
0405030142	Vitrectomia posterior
0405020015	Correção cirúrgica de Estrabismo (acima de 2 músculos)
0405020023	Correção cirúrgica de Estrabismo (até 2 músculos)
48.010.07-3	Revascularização Miocárdica com uso de Extracorpórea
48.010.08-1	Revascularização Miocárdica com uso de Extracorpórea, com dois ou mais enxertos, inclusive arterial
48.010.09-0	Revascularização Miocárdica sem uso de Extracorpórea
48.010.10-3	Revascularização Miocárdica sem uso de Extracorpórea, com dois ou mais enxertos inclusive arterial
48.010.11-1	Infartectomia ou Aneurismectomia associada ou não à revascularização miocárdica
48.010.12-0	Plástica Valvar
48.010.13-8	Implante de Prótese Valvar
48.010.14-6	Plástica Valvar e/ou Troca Valvar Múltipla
48.010.15-4	Troca Valvar com Revascularização Miocárdica
48.010.16-2	Implante com troca posição valvas (Cirurgia de Ross)
48.010.17-0	Instalação de Assistência Circulatória
48.010.18-9	Manutenção de Assistência Circulatória Prolongada
48.010.19-7	Ressecção de Endomiocardiofibrose
48.010.20-0	Pericardiectomia
48.010.21-9	Pericardiectomia Parcial
48.010.22-7	Correção de Aneurisma ou Dissecção da Aorta Toraco-Abdominal
48.010.23-5	Reconstrução da Raiz da Aorta
48.010.24-3	Reconstrução da Raiz da Aorta com tubo Valvado
48.010.25-1	Troca da Aorta Ascendente
48.010.26-0	Troca do Arco Aórtico
48.010.27-8	Implante de marcapasso epimiocárdico
48.010.28-6	Implante de Marcapasso de câmara única transvenoso
48.010.29-4	Implante de Marcapasso de dupla câmara transvenoso
48.010.30-8	Troca de gerador de marcapasso câmara única
48.010.31-6	Troca de gerador de marcapasso de dupla câmara

## JUSTIFICATIVA

É possível constatar, pela leitura do Relatório da Tomada de Contas nº 032.624/2013-1, que, no âmbito do Tribunal de Contas da União, *iniciou-se a elaboração de relatórios sistêmicos e temáticos sobre funções de governo específicas, visando aprimorar o controle externo exercido pelo TCU e subsidiar os trabalhos das Comissões do Congresso Nacional e de suas Casas Legislativas*<sup>1</sup>.

Assim é que me valho dos resultados do citado documento para fundamentar a presente iniciativa, que tem por objetivo primeiro estabelecer prazo para a realização de cirurgias eletivas. Num primeiro momento, parece um contrassenso estabelecer prazo para a realização dessas cirurgias, na medida em que vivemos meio a um caos que prestigia o atendimento de emergências e de urgências em nossa rede de saúde pública espalhada pelo País.

Mas, do Relatório da TC acima mencionada é possível constatar que a superlotação das emergências hospitalares se deve a diversas dificuldades dentre as quais, e em especial, a da população em geral não conseguir acessar facilmente as cirurgias eletivas<sup>2</sup>. É que o paciente durante meses fica obrigado à espera da realização de uma cirurgia eletiva<sup>3</sup>, fazendo com que um problema de saúde a ser resolvido com um procedimento programado, mais simples e barato, passe a ser realizado mediante procedimento emergencial ou de urgência.

Por conta disso e, é claro, de diversas outras vicissitudes do Sistema<sup>4</sup>, de modo em geral, pode-se afirmar que há um elevado percentual de consultas de

<sup>1</sup> Aliás, por determinação da Presidência do Tribunal de Contas da União, acolhendo sugestão do Ministro Raimundo Carreiro efetuada na Sessão Plenária de 24/04/2013.

<sup>2</sup> 203. **Outra possível causa para a superlotação das emergências reside na dificuldade de acesso da população a consultas ambulatoriais com especialistas, exames de diagnóstico e cirurgias eletivas.** O'Dwyer et. al. (op. cit.), relata que a "falta de acesso à atenção ambulatorial especializada e à atenção hospitalar com certeza impacta o atendimento de emergência, que passa a ser a principal forma de acesso para especialidades e tecnologias médicas, transformando a emergência em depósito dos problemas não resolvidos".

<sup>3</sup> 231. Também foi detectada a ausência de uma adequada regulação ou gestão dos leitos existentes, como se observa nos seguintes exemplos: a) em unidade no Amapá, **o paciente pode aguardar durante meses a realização de uma cirurgia eletiva**; b) na Paraíba, foram constatados casos de **pacientes que permanecem internados sem previsão para a realização das respectivas cirurgias**; c) no Maranhão, foi relatada a **internação contínua de pacientes que necessitam de terapia renal substitutiva**; d) no Piauí, relatou-se a **excessiva autonomia das clínicas de um hospital visitado, cujas vagas nos leitos de enfermaria e UTI são, em regra, ocupadas conforme decisão dos seus coordenadores**.

<sup>4</sup> 297. A situação de pleno emprego para os profissionais de nível superior na área da saúde, o conhecido corporativismo das instituições representativas desses profissionais, os interesses políticos envolvidos e a mitificação do médico por parte da população acarretam diversas dificuldades no âmbito do sistema de saúde. Uma dessas dificuldades é a submissão da administração contratante aos interesses de categorias profissionais, que foi constatada em alguns estados. Em Sergipe, por exemplo, foi relatado nas entrevistas que algumas categorias médicas estão impondo aos hospitais condições para trabalhar. **Além disso, no âmbito desse estado, foi relatada a criação de sistema de regulação próprio pelos médicos, com a existência de uma**

emergências em relação ao total de consultas realizadas no âmbito do SUS<sup>5</sup> que poderia e deveria ser evitado a bem da redução dos custos e da melhoria da qualidade do atendimento com a saúde pública no Brasil<sup>6</sup>.

É dizer, o que se apresenta hoje como algo a ser resolvido emergencialmente ou urgentemente, corresponde a uma situação passada que poderia ter sido resolvida com cirurgias eletivas. A propósito, cirurgia eletiva é, em medicina, aquela em que se consegue escolher a melhor data para se realizar um procedimento cirúrgico. Geralmente ela é realizada após diversos exames que são feitos para obter as melhores condições de saúde do paciente.

No entanto, não são poucos os casos em que a eletividade da cirurgia – que em tese significa a possibilidade da espera – acaba por encobrir danos causados a saúde de pacientes. Cito, por exemplo, a realização de procedimentos diagnósticos cardiológicos. Mesmo que exames revelem alterações importantes, como no caso de coronariopatia bi ou triarterial, muitas vezes não há como esperar o período de convalescença após a realização de uma cirurgia de revascularização miocárdica para a realização da cirurgia curativa da neoplasia.

Não é à toa que existem inúmeros atos normativos editados pelo próprio Poder Executivo, no âmbito da regulação da atividade, como são os casos das Portarias GM/MS nº 2.658<sup>7</sup>; 2.249<sup>8</sup>; 1.467<sup>9</sup>; 463<sup>10</sup>; 977<sup>11</sup> e 131<sup>12</sup>; todas de 2014;

---

**fila de atendimento para privilegiar, na ordem da realização de cirurgias eletivas, os pacientes atendidos nos consultórios particulares desses médicos.**

<sup>5</sup> 204. (...) elevado percentual de consultas de emergências em relação ao total de consultas realizadas no âmbito do SUS. A Portaria GM/MS nº 1.101/2002 estabeleceu que as consultas de urgência e emergência devam corresponder a 15% do total de consultas médicas programadas, as de clínicas básicas a 62,7% e as consultas especializadas a 22,3%. No entanto, segundo o Relatório de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – SAS do Ministério da Saúde referente ao exercício de 2012, as consultas de emergências realizadas nos diversos tipos de unidades de saúde no âmbito do SUS corresponderam a 35,03% do total de consultas SUS. Nesse mesmo ano, as consultas básicas representaram 48,22% e as especializadas 16,74%. A participação das consultas de emergência em 2012 em relação ao total de consultas foi maior que a observada nos anos de 2009 a 2011 (31,37%, 33,87%, e 33,40%, respectivamente). O Gráfico 82 apresenta essa distribuição por tipo das consultas realizadas no SUS nos anos de 2009 a 2012, bem como permite a comparação com o parâmetro do Ministério da Saúde.

<sup>6</sup> “205. A partir das considerações acima expostas, a unidade técnica entendeu que se a Atenção Básica cumprisse as suas funções na Rede de Atenção à Saúde (ser base, ser resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes), a demanda por atendimentos nas emergências hospitalares seria menor e, conseqüentemente, o custo para o Sistema Único de Saúde também seria reduzido.”

<sup>7</sup> Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

<sup>8</sup> Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

<sup>9</sup> Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e dá outras providências.

<sup>10</sup> Estabelece a distribuição do limite financeiro dos recursos para a execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos do Estado e Municípios da Bahia referente aos Componentes: I - Cirurgias de Catarata, Componente II - Especialidades e Procedimentos Prioritários e o Componente III- Outros Procedimentos, para o exercício de 2012, conforme o Anexo desta Portaria.

1.557<sup>13</sup>; 457<sup>14</sup>; 673<sup>15</sup>, 880<sup>16</sup>; 1357<sup>17</sup>; todas de 2013; 1340<sup>18</sup> e Resoluções CIB nºs 88<sup>19</sup>, 262<sup>20</sup>, 265<sup>21</sup>, todas de 2012; e a Portaria GM/MS nº 2.138<sup>22</sup>, de 2011, editadas dentro do “Programa Cirurgias Seletivas”.

Assim é que o presente projeto de lei pretende, nessa linha, estabelecer o prazo máximo de 180 dias (ou outro a ser definido, caso a caso, pelo médico responsável pelo atendimento quando for hipótese a ser submetida a prazo menor que o legal) para cirurgias consideradas *time-sensitive*, ainda que considerada eletiva. Trata-se de termo usado pela nova diretriz da AHA (American Heart Association) e que ora se pretende consagrar para quaisquer áreas da medicina. Correspondem aos procedimentos que merecem, dadas as peculiaridades que representam, estar vinculadas a prazos para a sua realização.

Refere-se a casos em que seu adiamento provoca danos ao paciente. A maioria das cirurgias oncológicas se enquadra nesta categoria, razão pela qual apresentei a emenda substitutiva global de plenário nº 1 ao Projeto de Lei nº 3887, de 1997, que, aprovada pelo Congresso Nacional, se transformou na Lei nº 12.732, de 2012, para atendimento daqueles que tanto sofrem com o câncer.

Trata-se, portanto, assim como o PL 3887, de 1997, de mais uma tentativa de estimular o debate com os membros do Congresso Nacional, representantes da classe médica e dos governos federal e estaduais, a fim de

---

<sup>11</sup> Estabelece os recursos financeiros destinados ao custeio da execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos nos Estados de Alagoas, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e ao Distrito Federal, conforme o anexo a esta Portaria.

<sup>12</sup> Estabelece a possibilidade de remanejamento de recursos financeiros do Componente II para realização de procedimentos de cirurgias eletivas do Componente III e dá outras providências.

<sup>13</sup> Define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios dos anos de 2013 e 2014.

<sup>14</sup> Autoriza a contratualização de pessoa jurídica para realização de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos para atendimento ao usuário do SUS com base no disposto Portaria GM/MS Nº. 1.340 de 29 de junho de 2012, Resolução CIB/BA nº 262/2012 e Resolução CIB/BA nº 265/2012.

<sup>15</sup> Autoriza a abertura do Credenciamento nº 003/2013, referente à contratação de empresa especializada na realização de procedimentos cirúrgicos eletivos para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>16</sup> Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumatológico-ortopédicos de Média Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>17</sup> Altera a Portaria nº 1.340/GM/MS, de 2012, que define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013 e dá outras providências.

<sup>18</sup> Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013.

<sup>19</sup> Aprova a alocação dos recursos financeiros para a execução de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade referente aos Componentes I, II e III da Portaria GM/MS Nº 2.318, de 30 de setembro de 2011, referente ao exercício 2012.

<sup>20</sup> Aprova a alocação de recursos para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios de 2012 e 2013 e dá outras providências.

<sup>21</sup> Aprova a Tabela de Valores Diferenciados da Tabela Unificada do SUS para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos referentes à Portaria GM/MS Nº 1.340 de 29 de junho de 2012, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios de junho de 2012 a junho de 2013.

<sup>22</sup> Redefine a estratégia para a ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, que passará a contar com três componentes, com financiamento específico.

socorrer a população brasileira que já não aguenta mais tantos problemas no atendimento médico no Brasil. Obviamente o texto poderá receber, e é natural que receba, sugestões visando o aperfeiçoamento do que ora se propõe, já que o que se almeja, precipuamente, é trazer o tema para o centro dos debates nesta Casa Legislativa.

Isto posto, na certeza de que a presente medida é meritória, pedimos apoio aos membros do Congresso Nacional para a aprovação da presente iniciativa legislativa que tem por objetivo principal um atendimento mais efetivo e eficaz à saúde do povo brasileiro.

Sala das Sessões, 07 de maio de 2015.

Deputada Flávia Morais  
PDT/GO

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

### **LEI Nº 9.656, DE 3 DE JUNHO DE 1998**

Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde.

#### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

Art. 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade, adotando-se, para fins de aplicação das normas aqui estabelecidas, as seguintes definições: [“Caput” do artigo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001](#)

I - Plano Privado de Assistência à Saúde: prestação continuada de serviços ou cobertura de custos assistenciais a preço pré ou pós estabelecido, por prazo indeterminado, com a finalidade de garantir, sem limite financeiro, a assistência à saúde, pela faculdade de acesso e atendimento por profissionais ou serviços de saúde, livremente escolhidos, integrantes ou não de rede credenciada, contratada ou referenciada, visando a assistência médica, hospitalar e odontológica, a ser paga integral ou parcialmente às expensas da operadora contratada, mediante reembolso ou pagamento direto ao prestador, por conta e ordem do consumidor; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

II - Operadora de Plano de Assistência à Saúde: pessoa jurídica constituída sob a modalidade de sociedade civil ou comercial, cooperativa, ou entidade de autogestão, que

opere produto, serviço ou contrato de que trata o inciso I deste artigo; [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

III - Carteira: o conjunto de contratos de cobertura de custos assistenciais ou de serviços de assistência à saúde em qualquer das modalidades de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, com todos os direitos e obrigações nele contidos. [\(Inciso acrescido pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 1º Está subordinada às normas e à fiscalização da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS qualquer modalidade de produto, serviço e contrato que apresente, além da garantia de cobertura financeira de riscos de assistência médica, hospitalar e odontológica, outras características que o diferencie de atividade exclusivamente financeira, tais como:

- a) custeio de despesas;
- b) oferecimento de rede credenciada ou referenciada;
- c) reembolso de despesas;
- d) mecanismos de regulação;
- e) qualquer restrição contratual, técnica ou operacional para a cobertura de procedimentos solicitados por prestador escolhido pelo consumidor; e
- f) vinculação de cobertura financeira à aplicação de conceitos ou critérios médico-assistenciais. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 2º Incluem-se na abrangência desta Lei as cooperativas que operem os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo, bem assim as entidades ou empresas que mantêm sistemas de assistência à saúde, pela modalidade de autogestão ou de administração. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 3º As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

§ 4º É vedada às pessoas físicas a operação dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º deste artigo. [\(Parágrafo com redação dada pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

Art. 2º [\(Revogado pela Medida Provisória nº 2.177-44, de 24/8/2001\)](#)

.....

.....

## LEI Nº 12.731, DE 21 DE NOVEMBRO DE 2012

Institui o Sistema de Proteção ao Programa Nuclear Brasileiro - SIPRON e revoga o Decreto-Lei nº 1.809, de 7 de outubro de 1980.

### A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

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

Art. 1º O Sistema de Proteção ao Programa Nuclear Brasileiro - SIPRON, instituído pelo Decreto-Lei nº 1.809, de 7 de outubro de 1980, passa a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2º O Sipron será coordenado por órgão do Poder Executivo federal e terá as seguintes atribuições:

I - coordenar as ações para atender permanentemente as necessidades de proteção e segurança do Programa Nuclear Brasileiro;

II - coordenar as ações para proteger os conhecimentos e a tecnologia detidos por órgãos, entidades, empresas, instituições de pesquisa e demais organizações públicas ou privadas que executem atividades para o Programa Nuclear Brasileiro;

III - planejar e coordenar as ações, em situações de emergência nuclear, que tenham como objetivo proteger:

a) as pessoas envolvidas na operação das instalações nucleares e na guarda, manuseio e transporte dos materiais nucleares;

b) a população e o meio ambiente situados nas proximidades das instalações nucleares; e

c) as instalações e materiais nucleares.

.....  
 .....  
**PORTARIA GM N. 2.658, DE 4 DE DEZEMBRO DE 2014**

Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.679/GM/MS, de 7 de agosto de 2014, que prorroga o prazo da estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos;

Considerando a avaliação e o desempenho dos Estados e Municípios, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidos recursos financeiros no montante de R\$ 47.485.024,98 (quarenta e sete milhões, quatrocentos e oitenta e cinco mil vinte e quatro reais e noventa e oito centavos), destinados ao custeio da execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos nos Estados e Municípios.

.....  
 .....  
**PORTARIA Nº 2.249, DE 10 DE OUTUBRO DE 2014**

Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.679/GM/MS, de 7 de agosto de 2014, que prorroga o prazo da estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos; e

Considerando a avaliação e o desempenho dos Estados e Municípios e a necessidade de dar continuidade à execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidos recursos financeiros no montante de R\$ 39.835.135,03 (trinta e novemilhões, oitocentos e trinta e cinco mil cento e trinta e cinco reais e três centavos), destinados ao custeio da execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos aos Estados e Municípios, conforme anexo a esta Portaria.

Parágrafo único. Os recursos serão repassados por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação (FAEC), devendo ser utilizados exclusivamente para realização dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos.

.....  
 .....

### **PORTARIA Nº 1.467, DE 10 DE JULHO DE 2014**

Estabelece recursos do Bloco de Atenção de Média e Alta Complexidade a serem disponibilizados aos Estados e Municípios para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos e dá outras providências.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.340/GM/MS, de 29 de Junho de 2012, que define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.557/GM/MS, de 31 de julho de 2013, que define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2013 e 2014;

Considerando a Portaria nº 1.285/GM/MS, de 12 de junho de 2014, que altera a Portaria nº 1.557/GM/MS, e dá outras providências; e

Considerando a avaliação e o desempenho dos Estados e Municípios e a necessidade de dar continuidade à execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidos recursos financeiros destinados ao custeio da execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos nos Estados e Municípios, conforme o anexo a esta Portaria.

.....

.....

### **PORTARIA Nº 463, DE 11 DE JUNHO DE 2014**

Desabilita e habilita leitos de Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional – UCINCo

**O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE**, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - (SUS) a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, que define os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidades Neonatal;

Considerando a Portaria nº 3.059/GM/MS, de 21 de dezembro de 2011, que aprova a Etapa I do Plano de Ação da Rede Cegonha do Estado de São Paulo e Municípios, e aloca recursos financeiros para sua implementação;

Considerando o Plano de Ação Regional do respectivo Estado; e

Considerando a avaliação técnica da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar - DAHU/SAS/MS, resolve:

Art. 1º Fica desabilitado, o número de leitos da Unidade de Cuidado Intermediário, do hospital a seguir relacionado:

.....

.....

### **PORTARIA Nº 977, DE 19 DE MAIO DE 2014**

Estabelece recursos a ser disponibilizados aos Estados de Alagoas, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e ao Distrito Federal para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade e dá outras providências.

**A MINISTRA DE ESTADO DA SAÚDE, INTERINA**, no uso das atribuições

que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.340/GM/MS, de 29 de Junho de 2012, que define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.557/GM/MS, de 31 de julho de 2013, que define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2013 e 2014; e

Considerando a avaliação e o desempenho dos Estados, Distrito Federal e dos Municípios e a necessidade de dar continuidade à execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, resolve:

Art. 1º Ficam estabelecidos recursos financeiros destinados ao custeio da execução dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos nos Estados de Alagoas, Bahia, Goiás, Minas Gerais, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e ao Distrito Federal, conforme o anexo a esta Portaria.

.....  
 .....

### **PORTARIA Nº 131, DE 22 DE JANEIRO DE 2014**

Estabelece a possibilidade de remanejamento de recursos financeiros do Componente II para realização de procedimentos de cirurgias eletivas do Componente III e dá outras providências.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 1.340/GM/MS, de 29 de junho de 2012, que define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013; e

Considerando a avaliação e o desempenho dos Estados e Municípios em relação à execução financeira dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no Componente II, resolve:

Art. 1º Fica estabelecida a possibilidade de remanejamento de recursos financeiros do Componente II (Procedimentos Prioritários) para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos do Componente III (Todos os Procedimentos).

Parágrafo único. Os gestores Estaduais e Municipais poderão utilizar recursos financeiros do Componente II para realização de procedimentos cirúrgicos eletivos do Componente III, conforme necessidade apresentada no contexto loco-regional.

.....  
.....

## PORTARIA Nº 1.557, DE 31 DE JULHO DE 2013

Define a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios dos anos de 2013 e 2014.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle;

Considerando a Portaria nº 1.340/GM/MS, de 29 de junho de 2012, define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013;

Considerando a Portaria nº 1.366/GM/MS, de 8 de julho de 2013, que estabelece a organização dos Centros de Trauma, estabelecimentos de saúde integrantes da Linha do Cuidado ao Trauma da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.485/SAS/MS, de 18 de julho de 2013, que estabelece recursos a serem disponibilizados aos Estados de Goiás, Paraná e Tocantins para custeio dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade;

Considerando a necessidade de Estados e Municípios de ampliação do prazo para execução dos recursos financeiros destinados aos procedimentos cirúrgicos eletivos em 2013 e 2014; e

Considerando a VIII Reunião Extraordinária do GT de Atenção à Saúde 2013, realizada no dia 13 de junho de 2013, resolve:

Art. 1º Fica definida a estratégia de ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios de 2013 e 2014.

.....  
.....

## PORTARIA Nº 457, DE 23 DE ABRIL DE 2013

Remaneja o limite financeiro anual referente à Assistência de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial, sob gestões Estadual e Municipal.

**O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE**, no uso de suas atribuições,

Considerando a Portaria nº 1.097/GM/MS, de 22 de maio de 2006, que define a Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde, alterada pela Portaria nº 1.699/GM/MS, de 27 de julho de 2011;

Considerando a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, que regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento; e

Considerando as planilhas encaminhadas pela Secretaria de Estado da Saúde do Mato Grosso, por meio do ofício nº 06/ GEPRCA/COCAAS/SAS/SES/2013, e Resolução nº 34/CIB/MT, de 22 de março de 2013, resolve:

Art. 1º Fica remanejado o limite financeiro anual referente à Assistência de Média e Alta Complexidade Hospitalar e Ambulatorial sob gestão estadual, conforme descrito no Anexo I desta Portaria, e sob gestão dos Municípios, conforme detalhado nos Anexos II e III.

.....

.....

### **PORTARIA Nº 673, DE 24 DE ABRIL DE 2013**

Habilita o Município de Olindina (BA) a receber Unidade de Suporte Básico (USB) destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) da Central Regional de Alagoinhas (BA) e autoriza a transferência de custeio ao Município.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 1.103/GM/MS, de 5 de julho de 2005, que habilita o serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Alagoinhas (BA); e

Considerando a Portaria nº 1.010/GM/MS, de 21 de maio de 2012, que aprova as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação Médica das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências, resolve:

Art. 1º Fica habilitado o Município de Olindina (BA) a receber 1 (uma) Unidade de Suporte Básico (USB), destinada ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) Regional de Alagoinhas (BA).

.....

.....

### **PORTARIA Nº 880, DE 16 DE MAIO DE 2013**

Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumato-ortopédicos de

Média Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 737/GM/MS, de 16 de maio de 2001, que aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências;

Considerando a Portaria nº 344/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2002, que aprova o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito - Mobilizando a Sociedade e Promovendo a Saúde;

Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política de Promoção da Saúde;

Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que prioriza a organização e implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no país;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 2.395/GM/MS, de 11 de outubro de 2011, que organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 793/GM/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS;

Considerando a Portaria nº 1.340/GM/MS, de 29 de junho de 2012, que define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do SUS para os exercícios dos anos de 2012 e 2013;

Considerando a consulta pública da Linha de Cuidado ao Trauma, prioritária na Rede de Urgência e Emergência (RUE), onde será contemplada estratégia para tratamento referente aos demais procedimentos de média complexidade em traumatologia-ortopedia;

Considerando a necessidade de aprimorar os mecanismos de regulação, controle e avaliação da assistência aos pacientes vítimas de trauma; e

Considerando a necessidade de se reduzir as desigualdades regionais do acesso e reorientar a oferta para a ampliação de procedimentos traumato-ortopédicos de urgência, sem prejuízo às cirurgias eletivas ortopédicas, resolve:

Art. 1º Fica definida a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Traumato-ortopédicos de Média Complexidade no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

.....

.....

**PORTARIA Nº 1.357, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2013**

Habilita Centros Especializados em  
Reabilitação (CER).

**O SECRETÁRIO DE ATENÇÃO À SAÚDE**, no uso de suas atribuições,

Considerando o disposto na Portaria nº 793/SAS/MS, de 24 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência;

Considerando o disposto na Portaria nº 835/SAS/MS, de 25 de abril de 2012, que institui incentivos financeiros de investimentos e de custeio para o Componente da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

Considerando o disposto na Portaria nº 492/SAS/MS, de 30 de abril de 2013, que readequa a tabela de habilitações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);

Considerando a Portaria nº 2.617/GM/MS, de 1º de novembro de 2013, que estabelece prazo para o pagamento dos incentivos financeiros aos estabelecimentos de saúde que prestam serviços de forma complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando a manifestação favorável dos Grupos Condutores Estaduais quanto à aprovação das habilitações; e

Considerando a avaliação técnica realizada pela Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, resolve:

Art. 1º Ficam habilitados os Centros Especializados em Reabilitação (CER) descritos no Anexo a esta Portaria, para realizarem serviços de reabilitação previstos na Portaria nº 793/SAS/MS, de 24 de abril de 2012:

.....

.....

**PORTARIA Nº 1.340, DE 29 DE JUNHO DE 2012**

Define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013.

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a necessidade de reorientar a oferta para a ampliação do acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos;

Considerando a necessidade de se reduzir as desigualdades regionais e por especialidade do acesso aos procedimentos cirúrgicos eletivos; e

Considerando a pactuação ocorrida na reunião da Comissão Intergestores Tripartite (CIT) em 12 de junho de 2012, que aprova as diretrizes para a estratégia de aumento do acesso às Cirurgias Eletivas para os exercícios dos anos de 2012 e 2013, resolve:

Art. 1º Esta Portaria define a estratégia de aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios dos anos de 2012 e 2013.

.....

.....

### **RESOLUÇÃO CIB Nº 088/2012**

Aprova a alocação dos recursos financeiros para a execução de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade referente aos Componentes I, II e III da Portaria GM/MS Nº 2.318, de 30 de setembro de 2011, referente ao exercício 2012.

A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições, tendo em vista o decidido na 2ª Reunião Extraordinária do dia 20 de março de 2012, e considerando a Portaria GM 2.318 de 30 de setembro 2011, art. 8º Anexo II.

#### **RESOLVE**

Art. 1º - Aprovar a alocação dos recursos financeiros referente ao exercício 2012, para a execução de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade referente aos Componentes I, II e III, da Portaria N º 2.318, de 30 de setembro de 2011, estabelecendo os limites financeiros conforme definido no Anexo I desta Resolução.

§ 1º. O recurso definido por COMPONENTE, para os Municípios e Estado, levou em consideração a média de produção aprovada nos Sistemas de Informação Ambulatorial e Hospitalar (SAI/SIH/SUS) no último trimestre de 2011 e o percentual de desempenho entre os dois níveis de gestão.

§ 2º. A alocação dos recursos referentes aos Componentes I, II e III, por município executor, encontra-se definidos nos Anexos II, III e IV

.....

.....

### **RESOLUÇÃO CIB Nº 262/2012**

Aprova a alocação de recursos para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios de 2012 e 2013 e dar outras providências.

A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas

atribuições, tendo em vista o decidido na 205ª Reunião Extraordinária do dia 19 de julho de 2012, que aprovou a alocação dos recursos financeiros referente à Portaria GM/MS Nº. 1.340 de 29 de junho de 2012, que define a estratégia para o aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios 2012 e 2013

## RESOLVE

Art. 1º - Estabelecer os limites financeiros para Estado e Municípios, para a execução de Procedimentos Cirúrgicos Eletivos de Média Complexidade referente aos Componentes I, II e III, da Portaria Nº. 1.340, de 29 de junho de 2012, conforme definido no Anexo I desta Resolução.

Parágrafo Único - Para o Componente I – Catarata, fica definido que após a cobertura dos valores financeiros executados no período de janeiro a maio de 2012, pelo Estado e Municípios que encontram-se na Resolução CIB Nº. 088/2012, o saldo do Componente I será alocado onde a execução financeira no período de janeiro a maio de 2012 foi maior que o provisionado na Resolução CIB 088/2012.

.....

.....

## RESOLUÇÃO CIB Nº 265/2012

Aprova a Tabela de Valores Diferenciados da Tabela Unificada do SUS para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos referentes à Portaria GM/MS Nº 1.340 de 29 de junho de 2012, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), para os exercícios de junho de 2012 a junho de 2013.

A Plenária da Comissão Intergestores Bipartite da Bahia, no uso de suas atribuições tendo em vista o decidido na 205ª Reunião Ordinária do dia 19 de julho de 2012 e considerando:

A Portaria GM/MS Nº 1.340 de 29 de junho de 2012 que define a estratégia para o aumento do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para os exercícios 2012 e 2013;

O Art. 5º da Portaria GM/MS Nº 1.340 de 29 de junho de 2012 que define em caráter excepcional a adoção de valores diferenciados da Tabela Unificada do Sistema Único de Saúde para os procedimentos Cirúrgicos Eletivos relacionados nos Componentes II e III da Portaria supra mencionada;

A Resolução CIB/BA. Nº 262/2012 que aprova a alocação de recursos para Procedimentos Cirúrgicos Eletivos no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS para o exercício 2012 e 2013 e dar outras providencias;

O Art. 11º da Resolução CIB Nº 262/2012, que define que a Secretaria Estadual da Saúde/BA. – SESAB, irá disponibilizar Tabela com Valores Diferenciados da Tabela Unificada do SUS, constando valores dos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, que deverão ser

utilizados a Nível Estadual;

O Art.. 13º da Resolução CIB Nº 262/2012, que define o Grupo de Trabalho para a condução de Convalidação dos Valores da Tabela Diferenciada da Tabela Unificada do SUS:

#### RESOLVE

Art. 1º Estabelecer os valores Diferenciados da Tabela Unificada do SUS, conforme Anexo I desta Resolução, que deverá ser utilizada a Nível Estadual.

Parágrafo Único A tabela Diferenciada que trata do art.1º, é Tabela Excepcional que define os valores máximos a serem praticados em todo Estado da Bahia, cujo período de vigência será de junho de 2012 a junho de 2013, de acordo com a Portaria GM/MS Nº. 1.340.

.....

.....

### **PORTARIA Nº 2.318, DE 30 DE SETEMBRO DE 2011**

Redefine a estratégia para a ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, que passará a contar com três componentes, com financiamento específico.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº. 1.690/GM/MS, de 22 de julho de 2011, que prorroga até a competência setembro de 2011, o prazo estabelecido no § 3º, do Art. 2º, da Portaria nº 1.919/GM/MS, de 15 de julho de 2010;

Considerando a necessidade de reorientar a oferta para a ampliação do acesso a procedimentos cirúrgicos eletivos com demanda reprimida identificada;

Considerando a necessidade de se reduzir as desigualdades regionais e por especialidade dos procedimentos cirúrgicos eletivos em todo o Brasil; e

Considerando a pactuação na reunião da Comissão Intergestores Tripartite-CIT em 25 de agosto de 2011, que aprova as Diretrizes para a Estratégia de aumento do acesso às Cirurgias Eletivas para os exercícios 2011/2012, resolve:

Art. 1º Redefinir a estratégia para a ampliação do acesso aos Procedimentos Cirúrgicos Eletivos, que passará a contar com três componentes, com financiamento específico, sendo:

.....

.....

# PROJETO DE LEI N.º 4.239, DE 2015

(Do Sr. Marcelo Belinati)

Dispõe sobre a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) em oferecer para crianças com pré-diagnóstico de câncer, a realização de exames complementares e tratamento, no prazo de no máximo 30 dias, visando a proteger a saúde dessas crianças.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-8271/2014.

O Congresso Nacional Decreta:

Art. 1º. Fica estabelecido que crianças com pré-diagnóstico de câncer tenham direito em iniciar o tratamento e realizar exames complementares através do Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo máximo de 30 (trinta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico patológico.

§ 1º. Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento do câncer, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º. O exame somente será realizado mediante a apresentação de um laudo médico que ateste os requisitos exigidos pelo caput deste artigo.

Art. 2º - O Poder Executivo regulamentará esta lei no prazo de cento e vinte dias.

Art. 3º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

## JUSTIFICAÇÃO

Nossa Carta Magna estabelece a obrigação do Estado de cuidar e preservar a saúde da população em seu art. 24, inciso XII.

A presente proposta, semelhante a apresentada na Assembleia Legislativa do Rio de Janeiro, visa proteger a saúde de inúmeras crianças que

possam vir a ter câncer. Ainda de acordo com pesquisas divulgadas, grande parte das crianças entram em óbito sem nem ter a doença diagnosticada.

Outro ponto que deve ser observado é a questão de investimento, partindo do princípio que a prevenção é muito mais econômica que o tratamento, é urgente demandar de técnicas diagnósticas de ponta, que evitem a instalação de doenças que demandam a aplicação de altos valores em seu tratamento.

Portanto, diante do exposto esperamos contar com a o apoio dos nobres pares para aprovação desta propositura.

Sala das Sessões, em 22 de dezembro de 2015.

Deputado **Marcelo Belinati**  
**PP/PR**

<p><b>LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA</b> Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL Seção de Legislação Citada - SELEC</p>
--

**CONSTITUIÇÃO**  
**DA**  
**REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**  
**1988**

.....

**TÍTULO III**  
**DA ORGANIZAÇÃO DO ESTADO**

.....

**CAPÍTULO II**  
**DA UNIÃO**

.....

Art. 24. Compete à União, aos Estados e ao Distrito Federal legislar concorrentemente sobre:

- I - direito tributário, financeiro, penitenciário, econômico e urbanístico;
- II - orçamento;
- III - juntas comerciais;
- IV - custas dos serviços forenses;
- V - produção e consumo;
- VI - florestas, caça, pesca, fauna, conservação da natureza, defesa do solo e dos recursos naturais, proteção do meio ambiente e controle da poluição;
- VII - proteção ao patrimônio histórico, cultural, artístico, turístico e paisagístico;

VIII - responsabilidade por dano ao meio ambiente, ao consumidor, a bens e direitos de valor artístico, estético, histórico, turístico e paisagístico;

IX - educação, cultura, ensino, desporto, ciência, tecnologia, pesquisa, desenvolvimento e inovação; [Inciso com redação dada pela Emenda Constitucional nº 85, de 2015, republicada no DOU de 3/3/2015](#)

X - criação, funcionamento e processo do juizado de pequenas causas;

XI - procedimentos em matéria processual;

XII - previdência social, proteção e defesa da saúde;

XIII - assistência jurídica e defensoria pública;

XIV - proteção e integração social das pessoas portadoras de deficiência;

XV - proteção à infância e à juventude;

XVI - organização, garantias, direitos e deveres das polícias civis.

§ 1º No âmbito da legislação concorrente, a competência da União limitar-se-á a estabelecer normas gerais.

§ 2º A competência da União para legislar sobre normas gerais não exclui a competência suplementar dos Estados.

§ 3º Inexistindo lei federal sobre normas gerais, os Estados exercerão a competência legislativa plena, para atender a suas peculiaridades.

§ 4º A superveniência de lei federal sobre normas gerais suspende a eficácia da lei estadual, no que lhe for contrário.

### CAPÍTULO III DOS ESTADOS FEDERADOS

Art. 25. Os Estados organizam-se e regem-se pelas Constituições e leis que adotarem, observados os princípios desta Constituição.

§ 1º São reservadas aos Estados as competências que não lhes sejam vedadas por esta Constituição.

§ 2º Cabe aos Estados explorar diretamente, ou mediante concessão, os serviços locais de gás canalizado, na forma da lei, vedada a edição de medida provisória para a sua regulamentação. [Parágrafo com redação dada pela Emenda Constitucional nº 5, de 1995](#)

§ 3º Os Estados poderão, mediante lei complementar, instituir regiões metropolitanas, aglomerações urbanas e microrregiões, constituídas por agrupamentos de Municípios limítrofes, para integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum.

.....

.....

## PROJETO DE LEI N.º 4.387, DE 2016 (Do Sr. Wilson Filho)

Estabelece prazos para realização de exames no Sistema Único de Saúde - SUS.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-3752/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece prazo máximo de atendimento para a realização de exames diagnósticos no Sistema Único de Saúde - SUS.

Art. 2º As unidades do Sistema Único de Saúde ficam obrigadas a realizar atendimento aos seus usuários para a realização de exames diagnósticos e procedimentos para recuperação da saúde com o tempo máximo de espera de trinta dias, em caso de exames de rotina ou eletivos, e de quinze dias em casos de urgência.

Art. 3º Caso os prazos estabelecidos no art. 2º não sejam obedecidos, a autoridade sanitária responsável deverá emitir autorização imediata para a sua realização na rede privada de saúde.

Art. 4º A desobediência às disposições da presente lei sujeita os infratores à multa a ser estabelecida em regulamento, sem prejuízo das penalidades cíveis e penais aplicáveis.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor noventa dias após sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

Os órgãos de imprensa dão conta do descalabro em que se encontra o atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde — SUS. Quando não há filas intermináveis para o atendimento, o usuário vai se deparar com prazos inaceitáveis para a realização dos exames solicitados para a elucidação diagnóstica.

Tal postergação trás incomensuráveis prejuízos aos cidadãos que dependem do sistema público de saúde. Em primeiro lugar, há o risco de agravamento dos seus quadros clínicos e, até mesmo, a inviabilização de que se realizem procedimentos que poderiam minorar o sofrimento ou salvar uma vida.

Secundariamente, há o desgaste emocional e físico dos pacientes que têm de perambular por estabelecimentos a fim de terem seus exames realizados e, muitas vezes, adiados sem aviso prévio.

Desse modo, apresentamos proposta que visa a estabelecer os prazos máximos de 30 dias corridos para a realização de exames de rotina eletiva e de 15 dias para exames de urgência.

Além disso, em caso de não observância dos prazos, a autoridade sanitária deverá viabilizar a realização dos exames na rede privada e responder com multa, e cível e penalmente pela infração às normas legais.

Isto posto, considerando a relevância da matéria sob a ótica sanitária, conclamamos o apoio de nossos nobres Pares com o objetivo de sua aprovação.

Sala das Sessões, em 16 de fevereiro de 2016.

Deputado WILSON FILHO

## **PROJETO DE LEI N.º 6.501, DE 2016** **(Do Sr. Célio Silveira)**

Estabelece prazo máximo para a realização de consulta de retorno no Sistema Único de Saúde - SUS após a realização dos exames complementares.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-3752/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei estabelece prazo máximo para a realização de consulta de retorno no SUS, após a realização dos exames complementares.

Art. 2º Ficam obrigados os serviços de assistência do Sistema Único de Saúde (SUS) a agendarem a primeira consulta de retorno no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir do dia em que o usuário estiver de posse dos resultados dos exames complementares solicitados na primeira consulta.

Parágrafo único. O regulamento estabelecerá situações nas quais serão definidos prazos superiores a 30 (trinta) dias, que serão admitidos apenas em situações excepcionais que impeçam seu cumprimento.

Art. 3º Aplicam-se as penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, ou em outra que venha substituí-la, aos gestores do SUS responsáveis, que infringirem as disposições desta Lei.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação.

## **JUSTIFICAÇÃO**

O Sistema Único de Saúde (SUS) foi uma das maiores conquistas do povo brasileiro, por oferecer assistência de saúde gratuita e universal. Os brasileiros passaram a ter a tranquilidade de saber que estariam assistidos no caso de alguma necessidade de saúde.

Entretanto, sabe-se que há deficiências no SUS, que precisam ser combatidas com investimentos efetivos e maior organização. Um destes problemas é o acesso à consulta com o profissional de saúde. É frequente a grande espera para realização de uma primeira consulta, e novos períodos de espera até os retornos, que avaliarão os resultados de exames realizados.

Isso é bastante prejudicial ao usuário, uma vez que várias doenças evoluem melhor se tratadas precocemente. Este atraso até definição de um diagnóstico pode levar a pior prognóstico.

Recentemente, a Lei 12.732, de 2012, instituiu o prazo de 60 dias para início do tratamento do câncer no SUS, um grande avanço. Entretanto, o prazo começa a contar a partir da consulta médica que anotar o resultado do exame de confirmação do câncer, nos termos da Portaria do Ministério da Saúde nº 876, de 16 de maio de 2013. Em consequência, o prazo não inicia sua contagem no período em que o paciente aguarda a marcação da consulta de retorno.

A situação é ainda pior quando se trata de consulta com profissional especialista. Pela falta de número suficiente destes profissionais, o paciente precisará aguardar meses até ter uma definição sobre seu problema.

Este Projeto de Lei pretende instituir prazo de trinta dias para realização do primeiro retorno, que geralmente é o mais importante, contados a partir do dia em que o usuário estiver de posse dos resultados dos exames complementares solicitados na primeira consulta, para evitar atrasos no diagnóstico e no início do tratamento adequado.

Diante do exposto, conclamo os nobres Pares para a aprovação deste Projeto, o que contribuiria para a melhoria da assistência dos usuários do SUS.

Sala das Sessões, em 17 de novembro de 2016.

Deputado Célio Silveira

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

### **LEI Nº 6.437, DE 20 DE AGOSTO DE 1977**

Configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências.

**O PRESIDENTE DA REPÚBLICA,**

Faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu sanciono a seguinte

Lei:

#### TÍTULO I DAS INFRAÇÕES E PENALIDADES

Art. 1º As infrações à legislação sanitária federal, ressalvadas as previstas expressamente em normas especiais, são as configuradas na presente Lei.

Art. 2º Sem prejuízo das sanções de natureza civil ou penal cabíveis, as infrações sanitárias serão punidas, alternativa ou cumulativamente, com as penalidades de:

- I - advertência;
- II - multa;
- III - apreensão de produto;

IV - inutilização de produto;  
 V - interdição de produto;  
 VI - suspensão de vendas e/ou fabricação de produto;  
 VII - cancelamento de registro de produto;  
 VIII - interdição parcial ou total do estabelecimento;  
 IX - proibição de propaganda; ([Inciso com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

X - cancelamento de autorização para funcionamento da empresa; ([Inciso com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

XI - cancelamento do alvará de licenciamento de estabelecimento; ([Inciso com redação dada pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

XI-A - intervenção no estabelecimento que receba recursos públicos de qualquer esfera. ([Inciso acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998](#))

XII - imposição de mensagem retificadora; ([Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001](#))

XIII - suspensão de propaganda e publicidade. ([Inciso acrescido Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001](#))

§ 1º A pena de multa consiste no pagamento das seguintes quantias:

I - nas infrações leves, de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais);

II - nas infrações graves, de R\$ 75.000,00 (setenta e cinco mil reais) a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais);

III - nas infrações gravíssimas, de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) a R\$ 1.500.000,00 (um milhão e quinhentos mil reais). ([Primitivo § 1º-A acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998 e renumerado com nova redação dada Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001](#))

§ 2º As multas previstas neste artigo serão aplicadas em dobro em caso de reincidência. ([Primitivo § 1º-B acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998 e renumerado Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001](#))

§ 3º Sem prejuízo do disposto nos arts. 4º e 6º desta Lei, na aplicação da penalidade de multa a autoridade sanitária competente levará em consideração a capacidade econômica do infrator. ([Primitivo § 1º-D acrescido pela Lei nº 9.695, de 20/8/1998 e renumerado Medida Provisória nº 2.190-34, de 23/8/2001](#))

## LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

### A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

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

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

.....  
 .....

## PORTARIA – MS Nº 876, DE 16 DE MAIO DE 2013

Dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

**O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE**, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 12.401, de 28 de abril de 2011, que altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a assistência terapêutica e a incorporação de tecnologia em saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início;

Considerando o Decreto nº 7.646, de 21 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS e sobre o processo administrativo para incorporação, exclusão e alteração de tecnologias em saúde pelo SUS e dá outras providências;

Considerando a Portaria nº 1.083/SAS/MS, de 2 de outubro de 2012, que aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Dor Crônica; e

Considerando a necessidade de orientar e coordenar a ação conjunta das Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios para atender, diagnosticar e iniciar o tratamento de paciente diagnosticado com neoplasia maligna no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, resolve:

Art. 1º Esta Portaria dispõe sobre a aplicação da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que versa a respeito do primeiro tratamento do paciente com neoplasia maligna comprovada, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Art. 2º Para fins desta Portaria, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna comprovada com:

- I - a realização de terapia cirúrgica;
- II - o início de radioterapia; ou
- III - o início de quimioterapia.

Parágrafo único. Os pacientes sem indicação das terapêuticas antitumorais descritas nos incisos I a III do "caput" terão acesso a cuidados paliativos, incluindo-se entre estes o controle da dor crônica, conforme protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde.

.....

.....

## **PROJETO DE LEI N.º 6.985, DE 2017**

### **(Do Sr. Roberto de Lucena)**

Dispõe acerca do ressarcimento na integralidade, a Unidades Privadas de Saúde que façam atendimento a pacientes do SUS (Sistema Único de Saúde).

**DESPACHO:**  
APENSE-SE AO PL-3752/2012.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º - Ficam as Unidades da Rede Pública de Saúde, obrigadas a realizarem atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde com o tempo máximo de espera a contar da data do agendamento, de:

- I – 10 dias para exames médicos;
- II – 40 dias para consulta;
- III – 50 dias para cirurgias eletivas;

IV – Consultas em um prazo máximo de 5 (cinco) dias a contar do agendamento, para idosos, portadores de necessidades especiais ou de obesidade mórbida e gestantes, quando não for o caso de internamento imediato.

§ 1º - Excetuam-se do caput deste artigo, as Unidades de Terapia Intensiva e os casos considerados de atendimento de urgência e emergência que exijam atendimento imediato.

§ 2º - Sendo o usuário criança com idade inferior a 12 anos, idosos com idade superior a 65 anos ou portador de doença grave, os prazos previstos neste artigo ficam reduzidos a um terço.

Art. 2º - O não cumprimento dos prazos fixados nesta lei implicará em abertura de processo administrativo pelo órgão competente para apuração e responsabilidade.

Art. 3º - Não havendo o cumprimento dos prazos previstos no artigo primeiro desta Lei, o SUS (Sistema único de Saúde), fica obrigado a arcar com a remuneração dos valores, na integralidade, das despesas com o atendimento na Unidade de Saúde que prestar o serviço.

Art. 4º - É de competência exclusiva dos agentes públicos do Estado, médicos peritos do SUS, ou profissional de saúde pública que o substitua, aferir o estado clínico dos pacientes de que trata o artigo terceiro desta Lei, no prazo de uma semana após o início do tratamento ou internação, e assim proceder quantas vezes forem necessárias para garantir a recuperação e integridade plena do paciente.

Art. 5º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

## **JUSTIFICATIVA**

A Constituição Federal de 1988 especifica em seu artigo 196, que:

“ A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Já a Lei 8080 de 1990 em seu artigo 7º, IV, preceitua, dentre os princípios do Sistema único de Saúde a “igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie”.

Estima-se que metade (50%) da população enfrenta espera de três a seis meses para marcar uma consulta no SUS (Sistema único de Saúde). Três em cada dez aguardam há mais de sete meses e metade deles relata ter ficado mais de um ano na fila. Apenas dois em cada dez pacientes conseguem marcar uma consulta em até um mês, e 52% da população acredita que a saúde é o tema mais importante entre as políticas de responsabilidade do governo federal. Apesar disso, cerca de 935 dos usuários, desqualificam o atendimento em saúde no país, no que se refere ao SUS.

Os serviços mais procurados na rede pública são atendimento em postos (83%), seguido de consultas com médicos (80%), acesso a medicamentos (74%), exames laboratoriais (67%) e atendimento em pronto-socorro (63%). Dos 27% que procuram por cirurgias, 20% conseguiram realizá-las”.

Com vistas a minimizar estes dados cruéis com a população que carece de atendimento e tratamento médico, é que apresento este projeto, e conto com os nobres pares para sua aprovação.

Sala das Sessões, em 21 de fevereiro de 2017.

**Deputado Federal Roberto de Lucena  
PV/SP**

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

**CONSTITUIÇÃO  
DA  
REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
1988**

**PREÂMBULO**

Nós, representantes do povo brasileiro, reunidos em Assembléia Nacional Constituinte para instituir um Estado democrático, destinado a assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos, fundada na harmonia social e comprometida, na ordem interna e internacional, com a solução pacífica das controvérsias, promulgamos, sob a proteção de Deus, a seguinte Constituição da República Federativa do Brasil.

**TÍTULO VIII  
DA ORDEM SOCIAL**

**CAPÍTULO II  
DA SEGURIDADE SOCIAL**

**Seção II  
Da Saúde**

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

.....

.....

## **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

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

#### DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

.....

### TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

#### CAPÍTULO II DOS PRINCÍPIOS E DIRETRIZES

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS, são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - 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;
- III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

### CAPÍTULO III DA ORGANIZAÇÃO, DA DIREÇÃO E DA GESTÃO

Art. 8º As ações e serviços de saúde, executados pelo Sistema Único de Saúde - SUS, seja diretamente ou mediante participação complementar da iniciativa privada, serão organizados de forma regionalizada e hierarquizada em níveis de complexidade crescente.

.....

.....

## **PROJETO DE LEI N.º 7.490, DE 2017** **(Do Sr. Fábio Sousa)**

Altera a Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, para obrigar o tratamento do paciente de câncer na rede privada caso seu tratamento não inicie no SUS.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-6985/2017.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O Art. 2º, da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos:

“Art.2º .....

.....  
 §3º Não sendo possível o início do tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), o paciente deverá ser obrigatoriamente encaminhado para iniciar o tratamento na rede privada de saúde, com todos os custos cobertos diretamente pelo Estado da Federação, onde o paciente reside, inclusive nos casos que demandarem tratamento fora do domicílio.” (NR)

Art. 2º O Art. 3º, da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, passa a vigorar com a seguinte alteração:

“Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas, podendo inclusive ser imputado por crime de responsabilidade.” (NR)

Art. 3º Esta lei entra em vigor após decorridos 90 (noventa) dias de sua publicação oficial.

## JUSTIFICATIVA

Infelizmente os pacientes portadores de câncer no Brasil sofrem uma dura realidade para conseguirem tratamento rápido, eficaz e adequado.

Ainda que a Lei nº. 12.732/12 estabeleça prazo de 60 (sessenta) dias para início do primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), a realidade dos pacientes acometidos com câncer, principalmente sem recursos para buscar atendimento na rede de saúde privada, é de descaso e abandono em grande parte da Federação.

Os pacientes que convivem com o câncer enfrentam inúmeros problemas para garantir o acesso aos exames básicos, ao tratamento rápido e de qualidade, com a falta de infraestrutura, transparência e agilidade nos processos regulatórios.

No Brasil, a estimativa é de 600 mil casos novos de câncer por ano, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA). E apesar de toda a evolução nos tratamentos, que estão cada vez mais eficazes e menos agressivos, o câncer é a segunda maior causa de morte no Brasil, com aproximadamente 200 mil óbitos por ano, grande parte por falta de tratamento adequado.

A presente lei busca diminuir, o terrível impacto na vida dos brasileiros acometidos pelo câncer, com objetivo de fazer o poder público garantir o rápido e eficaz tratamento a todos que necessitem. Assim, peço o apoio dos nobres Pares.

Sala das Sessões, 26 de abril de 2017.

Deputado **FÁBIO SOUSA**  
PSDB/GO

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

### **LEI Nº 12.732, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2012**

Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

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

Art. 1º O paciente com neoplasia maligna receberá, gratuitamente, no Sistema Único de Saúde (SUS), todos os tratamentos necessários, na forma desta Lei.

Parágrafo único. A padronização de terapias do câncer, cirúrgicas e clínicas, deverá ser revista e republicada, e atualizada sempre que se fizer necessário, para se adequar ao conhecimento científico e à disponibilidade de novos tratamentos comprovados.

Art. 2º O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único.

§ 1º Para efeito do cumprimento do prazo estipulado no caput, considerar-se-á efetivamente iniciado o primeiro tratamento da neoplasia maligna, com a realização de terapia cirúrgica ou com o início de radioterapia ou de quimioterapia, conforme a necessidade terapêutica do caso.

§ 2º Os pacientes acometidos por manifestações dolorosas consequentes de neoplasia maligna terão tratamento privilegiado e gratuito, quanto ao acesso às prescrições e dispensação de analgésicos opiáceos ou correlatos.

Art. 3º O descumprimento desta Lei sujeitará os gestores direta e indiretamente responsáveis às penalidades administrativas.

Art. 4º Os Estados que apresentarem grandes espaços territoriais sem serviços especializados em oncologia deverão produzir planos regionais de instalação deles, para superar essa situação.

Art. 5º Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua publicação oficial.

Brasília, 22 de novembro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF  
José Eduardo Cardozo  
Alexandre Rocha Santos Padilha

## **PROJETO DE LEI N.º 7.505, DE 2017** **(Do Sr. Fábio Sousa)**

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a eficiência do sistema público de saúde.

**DESPACHO:**  
APENSE-SE À(AO) PL-3752/2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei modifica a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer prazo máximo de atendimento para consultas médicas,

realização de exames e procedimentos para recuperação da saúde por meio do Sistema Único de Saúde – SUS e conveniados, em regime ininterrupto.

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, fica acrescida do seguinte artigo:

*“Art. 15-A. As unidades que atendem o Sistema Único de Saúde, públicas ou privadas, ficam obrigadas a realizar atendimento aos seus usuários com espera razoável para a realização de consultas, exames e procedimentos para recuperação da saúde.*

*§1º O tempo máximo de espera deverá ser:*

*I – 30 (trinta) dias corridos para consultas e exames médico-laboratoriais;*

*II – 60 (sessenta) dias para procedimentos cirúrgicos.*

*§2º Quando os pacientes forem idosos, portadores de necessidades especiais, gestantes, crianças de até 12 (doze) anos de idade ou valetudinários, as consultas e exames ocorrerão em, no máximo, 03 (três) dias úteis, salvo nos casos de internação, que serão de imediato.*

*§3º Excetuam-se do ‘caput’ deste artigo as Unidades de Tratamento Intensivo e os casos emergenciais e de urgência.*

*§4º Não atendidos os prazos dos §§2º e 3º, o Poder Público estará obrigado à imediata realização por meio de unidade de rede privada de saúde com atendimento disponível.*

*§5º Não realizada a consulta, exame ou procedimento, será aberto processo administrativo disciplinar para apuração da responsabilidade, de ofício ou a requerimento por qualquer cidadão ou autoridade.*

*§6º Para a plena efetividade, os entes públicos deverão realizar atendimento diuturno, em escala de regime integral, especialmente para esgotar a demanda represada ao longo dos anos.*

Art. 3º Esta Lei entra em vigor 180 (cento e oitenta) dias após sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

### **JUSTIFICATIVA**

O Sistema Único de Saúde (SUS), pacto entre entes federativos, União, Estados-membros, Distrito Federal e Municípios, deve assegurar atendimento universal e condigno ao cidadão que dele precise, pelas unidades públicas ou mesmo a atividade privada conveniada, no espectro da Dignidade da Pessoa Humana.

O devido tratamento deve ser acessível a todos e muito mais que igualitário, tem de prezar pela equidade do serviço, dadas as diferenças dos grupos mais sensíveis, no que diz respeito à saúde: idosos, gestantes, parturientes etc.

A assistência pública e gratuita à saúde deve garantir a realização de consultas, procedimentos cirúrgicos, atendimento ambulatorial e hospitalar, enfim, toda a estrutura que assegure não somente a preservação e/ou restauração da saúde humana, mas a espera razoável ao paciente.

Recentemente, a Municipalidade de São Paulo tem obtido excelentes resultados com a realização na execução de serviços públicos de saúde noturnos e na madrugada, tornando-se exemplo para o país (Corujão da Saúde).

Sabe-se que o Poder Legislativo é precursor em políticas públicas, e deve respaldar as boas práticas executivas e de gestão que melhore a vida da população.

Assim, no sentido de dotar tratamento condigno ao serviço público de saúde e acabar com as longas filas de espera, peço o apoio dos Ilustres Pares para a aprovação do presente Projeto de Lei.

Sala das Sessões, 26 de abril de 2017.

Deputado **FÁBIO SOUSA**  
PSDB/GO

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

## **LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990**

Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

### **O PRESIDENTE DA REPÚBLICA**

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

.....

### TÍTULO II DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

.....

### CAPÍTULO IV DA COMPETÊNCIA E DAS ATRIBUIÇÕES

#### **Seção I Das Atribuições Comuns**

Art. 15. A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios exercerão, em seu âmbito administrativo, as seguintes atribuições:

- I - definição das instâncias e mecanismos de controle, avaliação e de fiscalização das ações e serviços de saúde;
- II - administração dos recursos orçamentários e financeiros destinados, em cada ano, à saúde;
- III - acompanhamento, avaliação e divulgação do nível de saúde da população e das condições ambientais;
- IV - organização e coordenação do sistema de informação de saúde;

V - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

VI - elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade para promoção da saúde do trabalhador;

VII - participação de formulação da política e da execução das ações de saneamento básico e colaboração na proteção e recuperação do meio ambiente;

VIII - elaboração e atualização periódica do plano de saúde;

IX - participação na formulação e na execução da política de formação e desenvolvimento de recursos humanos para a saúde;

X - elaboração da proposta orçamentária do Sistema Único de Saúde - SUS, de conformidade com o plano de saúde;

XI - elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública;

XII - realização de operações externas de natureza financeira de interesse da saúde, autorizadas pelo Senado Federal;

XIII - para atendimento de necessidades coletivas, urgentes e transitórias, decorrentes de situações de perigo iminente, de calamidade pública ou de irrupção de epidemias, a autoridade competente da esfera administrativa correspondente poderá requisitar bens e serviços, tanto de pessoas naturais como de jurídicas, sendo-lhes assegurada justa indenização;

XIV - implementar o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XV - propor a celebração de convênios, acordos e protocolos internacionais relativos à saúde, saneamento e meio ambiente;

XVI - elaborar normas técnico-científicas de promoção, proteção e recuperação da saúde;

XVII - promover articulação com os órgãos de fiscalização do exercício profissional e outras entidades representativas da sociedade civil para a definição e controle dos padrões éticos para pesquisa, ações e serviços de saúde;

XVIII - promover a articulação da política e dos planos de saúde;

XIX - realizar pesquisas e estudos na área de saúde;

XX - definir as instâncias e mecanismos de controle e fiscalização inerentes ao poder de polícia sanitária;

XXI - fomentar, coordenar e executar programas e projetos estratégicos e de atendimento emergencial.

## **Seção II Da Competência**

Art. 16. A direção nacional do Sistema Único da Saúde - SUS compete:

I - formular, avaliar e apoiar políticas de alimentação e nutrição;

II - participar na formulação e na implementação das políticas:

a) de controle das agressões ao meio ambiente;

b) de saneamento básico; e

c) relativas às condições e aos ambientes de trabalho;

III - definir e coordenar os sistemas:

a) de redes integradas de assistência de alta complexidade;

b) de rede de laboratórios de saúde pública;

c) de vigilância epidemiológica; e

d) vigilância sanitária;

IV - participar da definição de normas e mecanismos de controle, com órgão afins, de agravo sobre o meio ambiente ou dele decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana;

V - participar da definição de normas, critérios e padrões para o controle das condições e dos ambientes de trabalho e coordenar a política de saúde do trabalhador;

VI - coordenar e participar na execução das ações de vigilância epidemiológica;

VII - estabelecer normas e executar a vigilância sanitária de portos, aeroportos e fronteiras, podendo a execução ser complementada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios;

VIII - estabelecer critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade sanitária de produtos, substâncias e serviços de consumo e uso humano;

IX - promover articulação com os órgãos educacionais e de fiscalização do exercício profissional, bem como com entidades representativas de formação de recursos humanos na área de saúde;

X - formular, avaliar, elaborar normas e participar na execução da política nacional e produção de insumos e equipamentos para a saúde, em articulação com os demais órgãos governamentais;

XI - identificar os serviços estaduais e municipais de referência nacional para o estabelecimento de padrões técnicos de assistência à saúde;

XII - controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

XIII - prestar cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para o aperfeiçoamento da sua atuação institucional;

XIV - elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde - SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;

XV - promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal;

XVI - normatizar e coordenar nacionalmente o Sistema Nacional de Sangue, Componentes e Derivados;

XVII - acompanhar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde, respeitadas as competências estaduais e municipais;

XVIII - elaborar o Planejamento Estratégico Nacional no âmbito do SUS, em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal;

XIX - estabelecer o Sistema Nacional de Auditoria e coordenar a avaliação técnica e financeira do SUS em todo o Território Nacional em cooperação técnica com os Estados, Municípios e Distrito Federal.

Parágrafo único. A União poderá executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária em circunstâncias especiais, como na ocorrência de agravos inusitados à saúde, que possam escapar do controle da direção estadual do Sistema Único de Saúde - SUS ou que representem risco de disseminação nacional.

.....  
.....

## COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

### I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei 3.752, de 2012, de autoria do Deputado Ronaldo Fonseca, objetiva alterar a Lei 8.080, de 1990, para estabelecer prazo máximo para a realização de exames diagnósticos e de procedimentos para recuperação da saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

O art. 2º da proposição insere o art. 19-V na Lei 8.080, de 1990, estabelecendo um tempo máximo de espera de trinta dias para exames e procedimentos. As Unidades de Terapia Intensiva e os casos considerados como de urgência e emergência são identificados como exceções, uma vez que exigem atendimento imediato.

O mesmo artigo prevê que, caso o atendimento não se realize dentro do prazo estipulado, o Poder Público deverá providenciar sua imediata realização por meio da rede privada de saúde. Também estabelece que a não observância dos dispositivos da Lei implicará em abertura de processo administrativo pelo órgão competente para apuração da responsabilidade.

Finalmente, o art. 3º da proposição prevê a entrada em vigor 180 dias após a publicação da Lei.

Na justificação, o autor destaca que a legislação sanitária não dispõe sobre o tempo máximo de espera pelos usuários do sistema, sugerindo que isso tenha ocorrido pela “predominância das necessidades de gestão do sistema sobre o que realmente interessa: a prestação de serviço de qualidade e oportuno para cada cidadão”.

Ao principal foram apensadas outras quinze proposições, de semelhante teor:

O projeto 4.841, de 2012, do Deputado Alberto Filho, que “dispõe sobre o tempo máximo de espera para realização de procedimentos médicos e ambulatoriais nas Unidades da Rede Pública de Saúde e dá outras providências”. A proposta obriga as unidades a atender os usuários do Sistema Único de Saúde com prazos máximos de espera a partir do agendamento, que seriam quinze dias para exames médicos; trinta para consulta e sessenta para cirurgias eletivas.

Consultas para idosos, gestantes, valetudinários e portadores de necessidades especiais devem ser realizadas no prazo máximo de três dias a partir do agendamento. Menores de dez anos ou portadores de doença grave terão os prazos reduzidos em um terço. Exceções são casos de atendimento de urgência e emergência ou Unidades de Terapia Intensiva, que exigem atendimento imediato. Por fim, propõe a abertura de processo administrativo para o descumprimento.

Os próximos dois apensados trazem diversos pontos idênticos. O Projeto de Lei 6.266, de 2013, do Deputado Sandro Mabel, que “estabelece prazos para o início efetivo do atendimento médico nos hospitais e demais unidades públicas de saúde federais, estaduais e municipais”. A proposta aborda o atendimento nas unidades de saúde, que deve ser imediato em casos de urgência e emergência, até uma hora após preenchimento de ficha e no máximo uma hora após o horário agendado. Obriga unidades de saúde a afixarem placa com nome e especialidade de médicos de plantão. Na falta de cumprimento, o paciente deve ser encaminhado e o atendimento em unidade privada, custeado pelo SUS, que também deve prover o transporte. A unidade ou hospital público deve ainda conseguir vaga em hospital particular.

O art. 5º determina que denúncias e reclamações dos usuários do serviço público de saúde devem ser encaminhadas ao Ministério Público ou à Comissão de Defesa do Consumidor local. O art. 6º prevê penas da esfera civil e penal para encarregados da direção da unidade de saúde, além de advertência, suspensão, demissão e multa.

O Projeto de Lei 8.160, de 2014, do Deputado Luiz Carlos Busato, “estabelece prazos para o início do atendimento médico nos hospitais e demais unidades do Sistema Único de Saúde”. Assim, determina que os atendimentos médicos no SUS devem ser iniciados de imediato, em caso de urgência e emergência; no máximo uma hora após o preenchimento da ficha de identificação nas recepções, para atendimentos que não dependem de agendamento, e, no máximo, em uma hora após o horário agendado, em atendimentos marcados anteriormente. O art. 3º obriga a exibição de nomes e especialidades de médicos plantonistas em placar nas entradas de hospitais e unidades do SUS.

Se não houver possibilidade de atendimento para procedimentos que dispensam marcação em uma hora, será obrigatório o encaminhamento a uma unidade privada. O art. 5º obriga o encaminhamento de denúncias à Comissão de Defesa do Consumidor nas esferas municipal, estadual,

federal ou ao Ministério Público. As sanções administrativas de advertência e multa serão aplicáveis, sem prejuízo da responsabilização civil e penal. Por fim, o artigo 7º estabelece o prazo de cento e oitenta dias para a adaptação à lei.

O Projeto 8.271, de 2014, dos Deputados Beto Albuquerque e Paulo Foletto “altera a lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”, para que os exames sejam realizados no prazo de 30 (trinta) dias”. Como prevê a ementa, em casos em que a hipótese principal seja neoplasia maligna, o médico responsável fundamentará a solicitação e os exames serão realizados em trinta dias no máximo. O Projeto de Lei 310, de 2015, do Deputado Kaio Maniçoba, o Projeto de Lei 275, de 2015, da Deputada Carmen Zanotto e o Projeto de Lei 1.513, de 2015, do Deputado Uldurico Junior, também apensados, trazem ementa e teor idênticos.

Tramita em conjunto ainda o Projeto de Lei 278, de 2015, do Deputado Heuler Cruvinel, que “dispõe sobre a obrigatoriedade de agendamento de cirurgias eletivas dentro do prazo de validade dos exames pré-operatórios no âmbito do Sistema Único de Saúde na forma que especifica”. A proposta estabelece que o médico responsável solicitará exames pré-operatórios, agendará a consulta de retorno e a cirurgia dentro do prazo de validade dos exames. Deverá ser garantida a realização na data estabelecida, sendo que o descumprimento sujeita à pena de multa.

O próximo apensado, Projeto de Lei 1.459, de 2015, da Deputada Flávia Morais, “estabelece prazo para a realização de cirurgia eletiva sensível ao tempo e dá outras providências”. O texto determina que cirurgias eletivas sensíveis ao tempo, na esfera do SUS ou de planos e seguros privados de saúde, sejam realizadas no prazo máximo de cento e oitenta dias após a indicação médica. O médico responsável pode fixar prazo menor, quando a situação recomendar. O parágrafo 3º do artigo 2º conceitua cirurgia eletiva sensível ao tempo aquelas cujo adiamento possa provocar danos à saúde do paciente. Em seguida, informa que a lista constante do anexo pode ser complementada pelos órgãos reguladores. O artigo 3º sujeita gestores a penalidades administrativas previstas em lei e regulamento.

A seguir, o anexo traz o código e o nome dos procedimentos considerados como sensíveis ao tempo, que incluem facectomia, tratamento cirúrgico de varizes, vitrectomia, correção de estrabismo, revascularização miocárdica, infartectomia ou aneurismectomia, cirurgia em valvas, implante de marcapasso e troca de gerador, adenoidectomia ou amigdalectomia, timpanoplastia, nefrolitotomia.

O Projeto de Lei 4.239, de 2015, do Deputado Marcelo Belinati “dispõe sobre a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) em oferecer para crianças com pré-diagnóstico de câncer, a realização de exames complementares e tratamento no prazo de no máximo 30 dias, visando a proteger a saúde dessas crianças”. O art. 1º explicita que o prazo será contado a partir do dia em que for firmado o diagnóstico. Considera iniciado o tratamento se for realizada cirurgia, radio ou quimioterapia. O § 2º estabelece que o exame deve ser realizado se forem cumpridas as exigências do *caput*.

A seguir, o Projeto de Lei 4.387, de 2016, do Deputado Wilson Filho “estabelece prazos para realização de exames no Sistema Único de Saúde – SUS”. Estipula, assim, o prazo máximo de trinta dias para exames e procedimentos de rotina ou eletivos e quinze dias em caso de urgência. Se os prazos não forem obedecidos, a autoridade sanitária deve encaminhar o paciente para a rede privada. Por fim, impõe a pena de multa, além de sanções civis e penais para a desobediência.

O Projeto de Lei nº 6.501, de 2016, de autoria do Deputado Célio Silveira, que “estabelece prazo máximo para a realização de consulta de retorno no Sistema Único de Saúde - SUS após a realização dos exames complementares”. A proposta determina que a consulta de retorno seja realizada trinta dias após estar disponível o resultado dos exames complementares solicitados. Explicita que o regulamento apontará exceções e que serão aplicadas as penas da Lei 9.437, de 20 de agosto de 1977, para o descumprimento.

O PL 6985, de 2017, de autoria do Deputado Roberto de Lucena, prevê que as unidades de saúde pública ficam obrigadas a realizar atendimento aos usuários dentro dos seguintes prazos: 10 dias para exames médicos; 40 dias para consulta; 50 dias para cirurgias eletivas; 5 dias para idosos, portadores de necessidades especiais ou de obesidade mórbida e gestantes. Exceções são os casos de atendimento de urgência e emergência ou Unidades de Terapia Intensiva, que exigem atendimento imediato. O PL propõe, ainda, a abertura de processo administrativo para o descumprimento. Por fim dispõe que o não cumprimento dos prazos fixados nesta lei implicará abertura de processo administrativo pelo órgão competente para apuração e responsabilidade.

O PL 7490, de 2017, apresentado pelo Deputado Fábio Sousa, propõe alteração na Lei nº 12732/2012, ao estabelecer que, caso não seja possível o início do tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), o paciente será obrigatoriamente encaminhado para iniciar o tratamento na rede privada de saúde,

com todos os custos cobertos diretamente pelo Estado da Federação, onde o paciente reside, inclusive nos casos que demandarem tratamento fora do domicílio.

O último projeto apensado, o PL 7505/2017, também de autoria do Deputado Fábio Sousa, insere dispositivo à Lei 8080/1990, no sentido de determinar que as unidades que atendem o Sistema Único de Saúde, públicas ou privadas, fiquem obrigadas a realizar atendimento aos seus usuários com espera razoável para a realização de consultas, exames e procedimentos para recuperação da saúde, sendo o tempo máximo de espera de 30 (trinta) dias corridos para consultas e exames médico-laboratoriais; 60 (sessenta) dias para procedimentos cirúrgicos; e 03 (três) dias úteis no caso de pacientes idosos, portadores de necessidades especiais, gestantes, crianças de até 12 (doze) anos de idade ou valetudinários. A proposição prevê ainda que, não atendidos os prazos especificados, o Poder Público estará obrigado à imediata realização por meio de unidade de rede privada de saúde com atendimento disponível, cabendo a apuração de responsabilidade nos casos de não realização de consulta, exame ou procedimento. Por fim, determina a plena efetividade, os entes públicos deverão realizar atendimento diuturno, em escala de regime integral, especialmente para esgotar a demanda represada ao longo dos anos.

Decorrido o prazo regimental, não foram apresentadas emendas.

As proposições foram despachadas para apreciação conclusiva das Comissões de Seguridade Social e Família, de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e Cidadania.

## **II – VOTO DO RELATOR**

O Projeto de Lei 3.752, de 2012, no mesmo sentido de seus apensados, aborda questões centrais para o aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde: a universalização do acesso, a qualidade e integralidade da atenção e o respeito ao usuário. O tempo de espera para realização de exames e de procedimentos é um dos fatores que determina o resultado final para o paciente. Evidentemente, quanto mais precoce a intervenção, maior a chance de cura e menores os danos para a pessoa, em termos de sequelas e complexidade de tratamentos e, via de regra, menores gastos em saúde.

O primeiro apensado, o Projeto 4.841, de 2012, tem a mesma preocupação. No entanto, a fórmula que propõe abriga tantas exceções, que torna

difícil seu cumprimento. Por exemplo, quando reduz o prazo de atendimento para portadores de doenças graves, implica a exigência de se definir os critérios para caracterizá-las. Muitas doenças corriqueiras podem apresentar complicações bastante sérias. Queixas aparentemente simples podem esconder alterações orgânicas que levam à morte. A depender do estado clínico da pessoa, mesmo uma doença banal pode representar risco de morte.

As próximas proposições, Projetos de Lei 6.266, de 2013 e 8.160, de 2014, parecem-nos igualmente de difícil implementação. Além disto, conflitam com diversos fluxos e instâncias já estabelecidos na legislação sanitária. Por exemplo, o encaminhamento de denúncias dos usuários tem foro nas Ouvidorias do SUS e nos Conselhos de Saúde, não na esfera consumerista. A transferência de pacientes para internação obedece a contratos de organização, e existe uma Central de Regulação para identificar leitos aptos para os receberem, tanto em unidades públicas quanto privadas, contratadas ou conveniadas ao Sistema Único de Saúde. Assim, o pagamento pelos serviços de assistência é suportado pelo SUS, mas com a observância de parâmetros e limites acordados.

Fazemos ainda a ressalva de que o encaminhamento para serviços privados não será panaceia para desafogar o SUS, como também sugerem os Projetos de Lei 4.387, de 2016; 7.490, de 2017; 7505, de 2017, haja vista a atual incapacidade de atendimento de unidades vinculadas a planos e seguros de saúde e mesmo de serviços privados. No caso do PL 4387, de 2016, parece-nos ainda de pouco impacto determinar que se encaminhe a serviço privado pessoas que aguardem uma hora após preencher ficha de identificação para atendimentos que não requeiram agendamento prévio, que são muito poucos, de fato.

Outra ponderação é quanto aos recursos para apoiar essa determinação, cujo custo terá, obrigatoriamente, de ser pactuado entre os diferentes atores de acordo com as diretrizes do SUS, sob pena de desequilibrar gravemente o orçamento alocado.

Estabelecer trinta dias para exames diagnósticos em pacientes com suspeita de neoplasia maligna é um complemento oportuno para a Lei que disciplina o prazo de sessenta dias para o primeiro tratamento para neoplasias no SUS, conforme propõem os projetos 8.271, de 2014; 275, de 2015; 310, de 2015; 1.513, de 2015; 4.239, de 2015 e 6.501, de 2016.

O Projeto de Lei nº 278, de 2015, toca em um ponto essencial para a consolidação da linha de cuidado com paciente cirúrgico – assegurar a realização da cirurgia no prazo em que os exames pré-operatórios sejam válidos

para conferir segurança ao ato. Ainda deve-se garantir a realização na data estabelecida, sendo que o descumprimento sujeita à pena de multa.

O Projeto de Lei 1.459, de 2015 adota o conceito de cirurgia sensível ao tempo, que enquadra a maioria das cirurgias oncológicas, para determinar que sejam realizadas em no máximo, cento e oitenta dias. Levando-se em consideração que, quando há indicação inequívoca de intervenção cirúrgica eletiva, qualquer adiamento traz prejuízos para o paciente.

A Autora do referido projeto faz menção a relatório do Tribunal de Contas da União que constata a superlotação das emergências, falhas na regulação de leitos, inúmeras dificuldades com profissionais da saúde. A conclusão reforça que, se as medidas de atenção básica estivessem sendo desempenhadas da forma ideal, a consequência natural seria o desafogamento das unidades de pronto atendimento com redução de custos para o SUS.

O perigo de elaborar listas, como a do anexo, ainda que possam ser complementadas no futuro, como diz o texto, é a impossibilidade de serem exaustivas. Por esse motivo, a nosso ver, elas devem integrar normas regulamentadoras, de mais fácil atualização. Por exemplo, não constam cirurgias para correção de hérnias inguinais ou de litíase biliar na relação anexa. Sabe-se, entretanto, das complicações que essas duas condições, aparentemente simples, podem trazer aos pacientes que demoram a ser operados.

**Note-se que todos os projetos sob comento, ainda que tenham suas especificidades, são unânimes em definir prazo máximo para atendimento no SUS e, nesse sentido, refletem a vontade de evitar o agravamento das doenças das pessoas e reforçam as diretrizes constitucionais do Sistema Único de Saúde – ações e serviços para promoção, proteção e recuperação, com atendimento integral e acesso universal, priorizando-se atividades preventivas sem prejuízo da assistência.**

Apesar de o SUS ter alcançado expressivas conquistas na ampliação da cobertura de ações e serviços, as ainda numerosas filas, a demanda reprimida e mesmo a falta de medicamentos e de profissionais, frequentemente denunciadas na mídia, são a expressão concreta de que ainda não se atingiu o ideal traçado pela Constituição de 1988. Era de se esperar que a situação apontada tivesse sido resolvida antes, como decorrência natural do cumprimento do texto constitucional. No entanto, persistem problemas estruturais bastante graves e ainda não corrigidos, que deixam evidente que o objeto das proposições não é senão consequência de um desafio maior que precisa ser superado. Algo como a ponta do iceberg.

Dentre esses problemas, a crônica falta de recursos financeiros para o SUS talvez seja um dos mais pungentes. O padrão de financiamento pela União permanece praticamente inalterado, contingenciado e tende a se reduzir. Estados e Municípios encontram dificuldades em ampliar e qualificar ações e serviços de saúde e informam aportar recursos em proporções muito superiores às definidas em lei.

Por outro lado, o Programa Mais Médicos aliviou a falta de profissionais de saúde e logrou melhorar o acesso de populações em situação de desigualdade a ações e serviços de saúde. No entanto, a despeito do progresso da atenção básica, persistem empecilhos na atenção de média e alta complexidade. O aperfeiçoamento da gestão do sistema e a consolidação de redes de saúde ainda não alcançam a extensão requerida. Faltam leitos, unidades, profissionais, medicamentos, equipamentos. Enfim, percalços na construção do SUS ideal se abatem sobre os usuários, retratados por filas e demanda reprimida e pior, pelo agravamento das patologias.

Nesse cenário, consideramos que é importante, sim, estabelecer prazos para os diversos tipos de atendimento no âmbito do Sistema Único de Saúde, bem como limitar o tempo de espera nas recepções ou antessalas, até mesmo para reforçar o direito de o cidadão ser atendido com respeito.

Como comparação com o setor de planos e seguros privados de saúde, a Resolução Normativa 259, de 2011, da Agência Nacional de Saúde Suplementar, estabelece, por exemplo, prazos máximos para atendimento de três dias úteis para serviços de diagnóstico por laboratório de análises clínicas em regime ambulatorial, de sete dias úteis para realização de consulta básica de pediatria e ginecologia, e de 21 dias úteis para atendimento em internação eletiva. Esses prazos referem-se aos serviços e não a profissionais específicos.

A Resolução do Conselho Federal de Medicina 2077, de 2014, considera desejável que, em serviços de emergência, cada médico atenda um máximo de três pacientes por hora. Foi amplamente adotado o acolhimento com classificação de risco, que indica o atendimento imediato apenas em casos de risco de morte iminente. Com esse exemplo, vemos em que medida o dimensionamento e a quantificação de recursos humanos representam outro grande obstáculo para o fluxo de atendimentos à saúde.

É concreta a dificuldade de estabelecer o prazo ideal para que alguém seja atendido no serviço de saúde. O ideal será sempre o imediato, ou o mais rápido possível. No caso presente, o essencial é identificar a cadeia de causas

que resultam na insuficiência de atendimento às pessoas e trabalhar arduamente no sentido de apoiar as mudanças necessárias. A solução não reside apenas em editar uma lei para indicar um tempo máximo de espera, entretanto os sistemas de saúde precisam atuar com base em parâmetros quantificáveis e facilmente verificáveis pelo cidadão.

A dificuldade que se tenta remediar com leis depende do aperfeiçoamento da gestão em todos os níveis, com definição de redes e regulação, qualificação do atendimento e fornecimento regular e suficiente de insumos. Essas são ações típicas do Poder Executivo.

Se não existe estrutura para cumprir o que a legislação determina, a penalização de gestores será a única saída para a situação, mas certamente não a solucionará. Essa é a sugestão de alguns apensados, contudo não é isso o que se deseja.

Os princípios legais que norteiam o Sistema Único de Saúde estabelecem a competência da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, em seu âmbito administrativo de “elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde”.

Tendo isso em vista, optamos por apresentar duas proposições nesse Relatório, uma Indicação e um Substitutivo.

A Indicação sugere que o SUS defina, em todos os níveis, prazos para os diversos procedimentos, incluindo a questão da validade de exames pré-operatórios. Optamos por esse instrumento em respeito ao que prega o Regimento Interno da Câmara dos Deputados:

*“Art. 113. Indicação é a proposição através da qual o Deputado: I – sugere a outro Poder a adoção de providências, a realização de ato administrativo ou de gestão, ou o envio de projeto sobre a matéria de sua iniciativa”.*

Assim, julgamos prudente que o próprio SUS se incumba de definir prazos reais e atingíveis, estabelecendo metas para que eles sejam progressivamente encurtados, à medida que se adotam estratégias para ampliar recursos orçamentários, humanos e de infraestrutura, bem como o aperfeiçoamento da gestão, sem abrir mão de determinar um teto razoável de seis meses para a realização das cirurgias eletivas.

No que tange ao substitutivo que apresentamos em anexo, além de estabelecer que o SUS defina os prazos máximos para a prestação de serviços de assistência à saúde, quando da elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade, o que vai ao encontro das propostas apresentadas, mantemos, ainda alterações sugeridas por diversos projetos.

Diante do exposto, somos pela aprovação do Projeto de Lei 3.752, de 2012 e dos Projetos de Lei apensados **PLs 4.841, de 2012; 6.266, de 2013; 8.160, de 2014; 8.271, de 2014; 275, de 2015; 278, de 2015; 310, de 2015; 1.459, de 2015; 1.513, de 2015; 4.239, de 2015; 4.387, de 2016; 6.501, de 2016; 6.985, de 2017; 7490, de 2017; 7505, de 2017**, na forma do substitutivo que apresentamos a seguir.

Sala da Comissão, em 4 de julho de 2017.

Deputado SÉRGIO VIDIGAL  
Relator

### **SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 3.752, DE 2012**

**(Apensados os PLs 4.841, de 2012; 6.266, de 2013; 8.160, de 2014; 8.271, de 2014; 275, de 2015; 278, de 2015; 310, de 2015; 1.459, de 2015; 1.513, de 2015; 4.239, de 2015; 4.387, de 2016; 6.501, de 2016; 6.985, de 2017; 7490, de 2017; 7505, de 2017)**

Altera as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990; 9.656, de 3 de junho de 1989 e 12.732, de 22 de novembro de 2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O artigo 15 da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

“Art. 15. ....

*Parágrafo único.* A elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade referidos no item V contemplará a definição de prazos máximos para a prestação de serviços de assistência à saúde.” (NR)

Art. 2º. O art. 2º da Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º e do inciso I:

“Art. 2º. ....

.....

§ 3º. Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica for a de neoplasia maligna, os exames necessários à detecção e diagnóstico, e seus respectivos resultados, devem ser realizados no prazo máximo de trinta dias mediante solicitação fundamentada do médico responsável.” (NR)

I – O início do cumprimento do prazo estipulado no § 3º será contado a partir da data de solicitação do exame.

Art. 3º. O artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12º. ....

VIII – Em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art 1º desta Lei, as cirurgias eletivas sensíveis ao tempo deverão se realizar dentro do prazo máximo de vinte e um dias úteis contados da data de sua indicação médica.

§ 1º Nos casos em que a situação concreta recomendar, a cirurgia deverá se realizar em prazo menor, fixado pelo médico responsável pelo paciente.

§ 2º Consideram-se cirurgias eletivas sensíveis ao tempo os procedimentos relacionados a casos em que seu adiamento puder provocar danos à saúde do paciente.

Art. 4º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

Sala da Comissão, em 4 de julho de 2017.

Deputado SÉRGIO VIDIGAL  
Relator

### III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, aprovou unanimemente o Projeto de Lei nº 3.752/2012, o PL 4841/2012, o PL 6266/2013, o PL 8271/2014, o PL 4387/2016, o PL 6501/2016, o PL 6985/2017, o PL 7505/2017, o PL 278/2015, o PL 1459/2015, o PL 8160/2014, o PL 275/2015, o PL 310/2015, o PL 1513/2015, o PL 4239/2015, e o PL 7490/2017, apensados, com substitutivo, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Sergio Vidigal.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Hiran Gonçalves - Presidente, Conceição Sampaio, Geovania de Sá e Dr. Jorge Silva - Vice-Presidentes, Adelmo Carneiro Leão, Adelson Barreto, Alan Rick, Antonio Brito, Benedita da Silva, Carlos Gomes, Carlos Manato, Carmen Zanotto, Eduardo Barbosa, Flavinho, Geraldo Resende, Jandira Feghali, Jean Wyllys, João Paulo Kleinübing, Jones Martins, Jorge Solla, Laura Carneiro, Leandre, Mandetta, Mara Gabrielli, Marcus Pestana, Miguel Lombardi, Misael Varella, Nilton Capixaba, Osmar Bertoldi, Paulo Foletto, Pepe Vargas, Pompeo de Mattos, Pr. Marco Feliciano, Saraiva Felipe, Sérgio Moraes, Sergio Vidigal, Shéridan, Zenaide Maia, Arnaldo Faria de Sá, Diego Garcia, Elizeu Dionizio, Fabio Reis, Flávia Moraes, João Campos, Laercio Oliveira, Moses Rodrigues, Professora Dorinha Seabra Rezende, Professora Marcivania, Raimundo Gomes de Matos, Raquel Muniz, Roberto Britto e Sâguas Moraes.

Sala da Comissão, em 9 de agosto de 2017.

Deputado HIRAN GONÇALVES

Presidente

## SUBSTITUTIVO ADOTADO PELA COMISSÃO

### SUBSTITUTIVO AO PROJETO DE LEI Nº 3.752, DE 2012

(Apensados os PLs 4.841, de 2012; 6.266, de 2013; 8.160, de 2014; 8.271, de 2014; 275, de 2015; 278, de 2015; 310, de 2015; 1.459, de 2015; 1.513, de 2015; 4.239, de 2015; 4.387, de 2016; 6.501, de 2016; 6.985, de 2017; 7490, de 2017; 7505, de 2017)

Altera as Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990; 9.656, de 3 de junho de 1989 e 12.732, de 22 de novembro de 2012.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º O artigo 15 da lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, que “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

“Art. 15. ....

*Parágrafo único.* A elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade referidos no item V contemplará a definição de prazos máximos para a prestação de serviços de assistência à saúde.”  
(NR)

Art. 2º. O art. 2º da Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012, que “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início”, passa a vigorar acrescido do seguinte § 3º e do inciso I:

“Art. 2º. ....

.....

§ 3º. Nos casos em que a principal hipótese diagnóstica for a de neoplasia maligna, os exames necessários à detecção e diagnóstico, e seus

respectivos resultados, devem ser realizados no prazo máximo de trinta dias mediante solicitação fundamentada do médico responsável. ” (NR)

I – O início do cumprimento do prazo estipulado no § 3º será contado a partir da data de solicitação do exame.

Art. 3º. O artigo 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1988, que “dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art. 12º. ....

VIII – Em todos os tipos de produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art 1º desta Lei, as cirurgias eletivas sensíveis ao tempo deverão se realizar dentro do prazo máximo de vinte e um dias úteis contados da data de sua indicação médica.

§ 1º Nos casos em que a situação concreta recomendar, a cirurgia deverá se realizar em prazo menor, fixado pelo médico responsável pelo paciente.

§ 2º Consideram-se cirurgias eletivas sensíveis ao tempo os procedimentos relacionados a casos em que seu adiamento puder provocar danos à saúde do paciente.

Art. 4º Esta lei entra em vigor cento e oitenta dias após sua publicação.

Sala da Comissão, em 09 de agosto de 2017.

Deputado **HIRAN GONÇALVES**  
Presidente

**FIM DO DOCUMENTO**