



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR – SERERP
COORDENAÇÃO DE REDAÇÃO E MONTAGEM – COREM

SF - 1

PARECER N° 43, DE 2020-PLEN/SF,

20/05/2020

sobre o PL 2324/2020 e Emendas

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE)

Para proferir parecer.) – Sr. Presidente, Sras. Senadoras e Srs. Senadores, eu queria, antes de ler o meu relatório, tecer algumas considerações que são relevantes para a compreensão da lógica do relatório que eu produzi dialogando com os Senadores, dialogando com setores prestadores de serviço, dialogando com gestores de saúde, enfim, a partir do esforço que nós fizemos para tentar, o máximo possível, encontrar uma saída, uma alternativa que pudesse atender a todos ou à grande maioria.

Pois bem... (Pausa.)

Alô! (Pausa.)

O SR. WEVERTON (Bloco Parlamentar Senado Independente/PDT - MA) – Desligue o vídeo, Senador.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE)

– O quê?

O SR. WEVERTON (Bloco Parlamentar Senado Independente/PDT - MA) – Desligue o seu vídeo e fique apenas com o áudio para facilitar a transmissão, porque a sua internet está lenta.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PE)

– Está bem.

Então, como eu dizia, primeiro é importante a gente contextualizar um pouco esse projeto.

Hoje, no Brasil, nós temos um sistema de saúde público que atende três quartos da população, mas que tem menos da metade dos leitos de UTI que existem no Brasil. Do outro lado, o sistema suplementar, ou privado, tem aproximadamente 47 milhões de pessoas que são atendidas por ele, sendo que ele concentra mais da metade dos leitos de UTI do Brasil. Afora essa disparidade, essa desigualdade, nós temos também as desigualdades regionais, por exemplo, no Amazonas nós só temos leitos de UTI na capital, apesar de termos cidades de porte razoável no interior; vários outros Estados também têm a concentração dos leitos – em pequena quantidade, mas concentrados – na capital ou em algumas cidades mais importantes. Então, essa é a primeira questão, o que significa que nós precisamos, para que os gestores possam enfrentar adequadamente essa pandemia, trabalhar levando em consideração essas desigualdades.

O outro aspecto diz respeito ao seguinte: no Brasil nós já temos legislação que permite o uso público compulsório de serviços privados de saúde mediante a justa indenização. A Constituição Federal prevê isso no art. 5º, inciso XXV; a Lei Orgânica da Saúde, a 8.080, no art. 15, inciso XIII; e o próprio decreto de calamidade pública que nós aprovamos em fevereiro permite a utilização de serviços privados. O que está em discussão aqui é qual o tipo de utilização que se vai fazer. Nós temos aí vários modelos.

Temos um modelo, por exemplo, que faz parte de muitas das emendas apresentadas, que propõem a substituição do termo "uso compulsório" por esta expressão, que é a "requisição administrativa". Ela está prevista na Lei 8.080, está prevista também na Lei 13.979 e, nessa condição, quando a gente está falando de requisição administrativa, significa que o setor público vai requisitar aqueles leitos, vai montar aqueles leitos e vai administrar aqueles leitos. Vários lugares fizeram isso. Quando se faz, às vezes, um hospital de campanha ou quando se contrata, como aconteceu muito em São Paulo, agora, leitos privados, muitas vezes, você contrata aquele espaço, monta, coloca pessoas para trabalhar e continua a gerir. Isso aí muitos já fizeram, é legítimo, é bom que se faça, só que nós estamos tratando de uma outra situação. A gente pode ter também a contratação emergencial. Aí há um entendimento, um contrato que é feito entre o setor privado e o setor público. E há isso que nós estamos chamando de utilização compulsória, com regulação pública, mas administração privada.



20/05/2020

O que quer dizer isso que a gente está querendo fazer? Eu estou querendo trabalhar uma situação concreta, que é a seguinte: nós estamos diante da pandemia, temos uma lista de pessoas, um sistema procurando leitos de UTIs para essas pessoas, os quais não existem mais no setor público, mas existem leitos ociosos no setor privado. Então, vejam que eu estou utilizando algumas expressões para ficar bem claro que nós não estamos aqui promovendo nenhum tipo de ingerência nem agressão ao segmento privado. Apenas nós estamos levando em consideração a possibilidade de alguns leitos poderem ser utilizados pelo setor público, num momento emergencial – vida ou morte para quem está ali naquela fila –, e, ao mesmo tempo, aqueles leitos permanecerão sob administração privada.

Inclusive, a partir do momento em que aquela pessoa utilizar o leito e sair, volta novamente para o hospital aquele leito que estava sendo provisoriamente utilizado. Veja que é diferente dessas coisas da requisição, porque a requisição é parte de um processo de planejamento. Muita gente fez. Não é uma coisa para ser feita de uma hora para outra – ele vai, faz a requisição, recebe o espaço, monta, contrata os profissionais, regula, começa a administrar, a bancar aquilo ali. O que nós estamos querendo é, numa situação emergencial, poder utilizar o leito que é ocioso mediante o pagamento de uma indenização justa.

Existem várias formas de se poder, por exemplo, fazer a requisição ou fazer a contratação de emergência. Você pode fazer uma chamada pública, pode fazer uma licitação e pode fazer essa contratação.

Vou dar um exemplo de requisição: lá na Bahia, o Governo do Estado requisitou um hospital privado que estava fechado. Aqui em Pernambuco, o Governo do Estado requisitou alguns andares de um hospital privado. Ali eles montaram os recursos do Estado e estão gerindo aqueles leitos. É diferente. O que a gente está querendo agora é simplesmente utilizar, pagar, para uma situação emergencial para a qual eu não tenho a mínima condição de ter um preparo para fazer o enfrentamento.

Essa regulação é importante e boa, de um lado, porque dá uma segurança jurídica ao gestor para ele poder fazer isso. E é importante também para dar uma segurança jurídica ao setor privado.

A coisa mais comum que a gente vê hoje – eu estava vendo, recentemente, um caso do Ceará – são decisões judiciais em que o juiz diz o seguinte: "Você tem que garantir o leito de UTI para essa pessoa que está na fila; tem que garantir ou no público, ou no privado, como for". Isso, sim, desorganiza o pessoal do segmento privado, do hospital privado, as operadoras, porque é uma situação em que não há critérios por meio dos quais se possa fazer a utilização desses leitos.

No caso nosso, no caso dessa proposição que o Rogério apresentou e de que estou sendo o Relator, nós estamos deixando claras algumas coisas. Primeiro, que nós estamos falando de leito de UTI, basicamente de leito de UTI, não estamos discutindo outros leitos. Segundo, estamos dizendo que o leito tem que estar ocioso. O que é o leito ocioso? Pode haver ali um leito que não está sendo usado, mas, por exemplo, pode ser que haja alguém na emergência daquele hospital que vai para aquele leito ou alguém que saiu para fazer uma cirurgia e, acabada a cirurgia, tem que ocupar aquele leito. Esses não estão entrando nessa conta. São apenas aqueles que estão destinados para a Covid-19, e que não estão sendo utilizados. E eles só serão utilizados se nós tivermos abaixo de 85% da utilização daqueles leitos de UTIs.

Então, são regras bem claras que dão ao gestor público a condição de poder, ultraemergencialmente, salvar a vida de pessoas e que, por outro lado, garantem a quem tem a gestão hospitalar, a quem tem os leitos, que não vai haver nenhum absurdo, porque a vida de alguém que é tratado pelo SUS é tão importante quanto a vida de alguém que tem um plano de saúde. Nós não podemos cobrir um santo para descobrir outro. É uma



20/05/2020

coisa articulada, organizada, previamente definida. Haverá, inclusive, antes da definição desse uso compulsório, um processo de negociação e uma comunicação 24 horas antes para que aquele leito possa vir a ser utilizado.

Dito isso, então, eu quero fazer a leitura do relatório, para podermos fazer a nossa votação.

Relatório.

Vem ao exame do Plenário, em substituição às Comissões, o Projeto de Lei nº 2.324, de 2020, de autoria do Senador Rogério Carvalho e outros Senadores, que altera a Lei nº 13.979, de fevereiro de 2020, para dispor sobre uso compulsório de leitos privados disponíveis, de qualquer espécie, pelos entes federativos para a internação de pacientes acometidos de Síndrome Respiratória Aguda Grave ou com suspeita ou diagnóstico de Covid-19, e dá outras providências.

O art. 1º da proposição altera o art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019, acrescentando-lhe nove parágrafos, designados como parágrafos 12 a 20.

O §12 estabelece que os hospitais públicos e privados, participantes complementarmente do Sistema Único de Saúde (SUS) ou não, ficam obrigados a informar diariamente à central de regulação do Estado ou do Distrito Federal, nos termos definidos pelas suas secretarias de saúde, os dados discriminados em seus dois incisos: o total de leitos, sejam em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) ou em enfermaria ou apartamento, especificando de modo discriminado, os livres e os ocupados (inciso I); o total de ventiladores pulmonares, discriminando os que estão em uso, livres ou em manutenção (inciso II).

O §13 especifica que, no relatório das informações, o gestor hospitalar deverá diferenciar os leitos e equipamentos já destinados ao tratamento da Covid-19.

O §14 determina que os leitos privados disponíveis, de qualquer espécie, poderão ser utilizados de modo compulsório pelos entes federativos para a internação de pacientes acometidos de Síndrome Respiratória Aguda Grave ou com suspeita ou diagnóstico de Covid-19, na forma prevista na proposta.

O §15 esclarece que o uso compulsório de leitos privados não exclui a possibilidade de a autoridade sanitária negociar com a entidade privada a sua contratação emergencial.

O §16 dispõe que os dirigentes estaduais devem decidir na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de acordo com as demandas dos entes federativos, a distribuição dos leitos públicos e a utilização compulsória dos leitos privados disponíveis, considerando as necessidades identificadas.

O §17 ressalva que a utilização compulsória dos leitos privados vagos deve ser precedida de comunicação ao hospital, de acordo com a disciplina definida pela CIB, cabendo à central de regulação estadual ou distrital a sua coordenação.

O §18 salienta que a justa indenização devida pelo uso compulsório dos leitos privados, sob qualquer modalidade, será definida de modo justificado pela CIB.

O §19 ressalta que a inobservância do disposto no art. 3º da lei alterada pela proposição será considerada infração sanitária, sujeitando o infrator às penalidades previstas na Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, sem prejuízo das demais sanções de natureza civil ou penal.

Por fim, o §20 obriga a União a destinar recursos para o financiamento dos custos do uso compulsório de leitos privados ou a sua contratação emergencial mediante transferência obrigatória de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais ou municipais. Esses recursos serão acrescidos às dotações federais destinadas a ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR – SERERP
COORDENAÇÃO DE REDAÇÃO E MONTAGEM – COREM

SF - 4

20/05/2020

2012, sob a modalidade de recursos adicionais ao mínimo obrigatório previsto constitucionalmente.

Na justificação, os autores da proposta lembram que o novo coronavírus explicitou a enorme desigualdade da capacidade instalada dos serviços de saúde no Brasil. Eles ressaltam, por um lado, que cerca de três quartos da população brasileira dependem exclusivamente do SUS, enquanto a rede pública dispõe de menos da metade dos leitos de UTI. Por outro lado, 47 milhões de pessoas têm acesso à saúde suplementar, que concentra mais da metade dos leitos de UTI. Não bastasse as desigualdades entre as redes pública e privada, os legisladores salientam a enorme disparidade do ponto de vista regional, ressaltando que diversos Estados já se aproximam da taxa de 100% de utilização dos leitos na rede pública, o que configura uma crise sanitária sem precedentes e inviabiliza a garantia do direito à saúde da maior parte da população.

Os autores do projeto de lei entendem, portanto, que o Estado brasileiro não pode assistir inerte ao quadro de sobrecarga do SUS produzida pela pandemia do novo coronavírus; e que, diante de tal realidade sanitária, o Congresso Nacional é instado a aprovar medidas legislativas que garantam aos gestores do SUS os meios para o cumprimento de suas finalidades e a efetivação do direito à saúde. Eles defendem a premissa de que o uso público, de modo compulsório, de leitos privados disponíveis, mediante justa indenização, encontra fundamento no art. 5º, XXV, da Constituição Federal e no art. 15, XIII, da Lei nº 8.080, de 1990 (Lei Orgânica da Saúde).

Por essa razão, a proposição que eles apresentam altera a Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020 – que proclamou a emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus responsável pelo surto de 2019 –, para prever que os leitos privados disponíveis, de qualquer espécie, poderão ser utilizados de modo compulsório pelos entes federativos para a internação de pacientes acometidos de Síndrome Aguda Respiratória Grave (na verdade, a denominação de uso mais corrente é Síndrome Respiratória Aguda Grave) ou com suspeita ou diagnóstico de Covid-19.

Segundo o projeto de lei em análise, os dirigentes estaduais devem decidir na Comissão Intergestores Bipartite, que envolve a secretaria estadual e as secretarias municipais, de acordo com as demandas dos entes federativos, a distribuição dos leitos públicos e a utilização compulsória dos leitos privados disponíveis.

A forma prevista para o resarcimento dos hospitais privados é a indenização pelo uso dos leitos, conforme as regras editadas pela CIB. Mas o projeto também estabelece que o uso compulsório dos leitos não exclui a possibilidade de a autoridade sanitária negociar com a entidade privada a sua contratação emergencial.

Os autores da proposta chamam a atenção para o fato de que as perdas de recursos para o financiamento da saúde, em razão do congelamento do piso de aplicação em ações e serviços públicos de saúde pela Emenda Constitucional nº 95, são da ordem de R\$22,5 bilhões entre 2018 e 2020. E lembram que a União vem reduzindo sua participação nos gastos públicos de saúde, de 58% para 43% do total entre 2000 e 2018, e que, por essa razão, os entes subnacionais, especialmente os Municípios, são obrigados a aplicar, em média, percentuais significativamente maiores do que o mínimo constitucional exigido.

Por essa razão, o projeto de lei determina que a União destine recursos para o financiamento dos custos do uso compulsório de leitos privados mediante transferência obrigatória de recursos do Fundo Nacional de Saúde aos fundos estaduais ou municipais, ressaltando que esses recursos serão acrescidos às dotações federais e aplicados adicionalmente ao mínimo constitucional obrigatório.

Relatado o conteúdo do PL nº 2.324, esclarecemos que foram apresentadas 18 emendas.

A Emenda nº 1 propõe que seja dada publicidade aos dados informados pelos hospitais sobre leitos e respiradores disponíveis e sugere mudança da redação do §12.



20/05/2020

A Emenda nº 2, de autoria do Senador Roberto Rocha, propõe que não se trata de “utilização compulsória” de leitos privados, mas sim de “requisição” de leitos privados pelas autoridades sanitárias, assinalando que compulsório não é o uso dos leitos – pois as autoridades só os utilizarão se tiverem necessidade –, mas sim o dever dos hospitais privados de disponibilizar os leitos requisitados. A Emenda nº 3, de autoria do Senador Antonio Anastasia, insere o art. 3º-A na Lei 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, para especificar que, durante a vigência do estado de calamidade pública reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 6, de 20 de março de 2020, e da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19), decretada pelo Ministro de Estado da Saúde em 3 de fevereiro de 2020, fica dispensado o prazo de 12 meses a que se refere o caput do art. 3º da Lei nº 12.101, de 27 de novembro de 2009. O objetivo é possibilitar que, durante a emergência de saúde pública, o Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social (Cebas) seja conferido a entidades em funcionamento há menos de doze meses.

A Emenda nº 4, de autoria do Senador Lasier Martins, reduz para seis o número de parágrafos a serem incluídos no art. 3º da Lei nº 13.979, e altera a redação desses parágrafos, visando a dois objetivos principais:

I) determinar que a requisição administrativa de leitos privados deve ser obrigatoriamente precedida da adoção de medidas pelo gestor local do SUS para viabilizar a contratação emergencial desses leitos junto aos prestadores de serviços de saúde; e

II) estabelecer a obrigatoriedade de a Administração Pública prever uma remuneração justa dos leitos requisitados, levando em consideração os valores normalmente praticados pelo prestador de serviços hospitalares, e informar esse valor e também a forma e a periodicidade do pagamento no momento da requisição.

A Emenda nº 5, de autoria do Senador José Serra, inclui no PL nº 2324, de 2020, um art. 2º, que altera a Lei nº 13.992, de 22 de abril de 2020, acrescentando-lhe o art. 1º-A. O objetivo é estender o benefício previsto no art. 1º daquela lei – a suspensão por 120 dias, a contar de 1º de março do corrente ano, da obrigatoriedade da manutenção das metas quantitativas e qualitativas contratualizadas pelos prestadores de serviço de saúde no âmbito do SUS – às organizações sociais de saúde, que ficam autorizadas a renegociar as metas e os prazos de seu contrato de gestão, sem prejuízo do recebimento dos créditos orçamentários e das liberações financeiras originalmente programadas.

A Emenda nº 6, também de autoria do Senador José Serra, altera a redação do §18 a ser incluído no art. 3º da Lei nº 13.979, para prever que a justa indenização devida pelo uso compulsório dos leitos privados, sob qualquer modalidade, será definida do seguinte modo: quando se tratar de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (adultos e pediátricos), para atendimento exclusivo dos pacientes com Covid-19, a diária de leito será de mil e seiscentos reais (inciso I); para os demais casos, a indenização se dará pela aplicação dos valores constantes da Tabela de Procedimentos, Órteses e Próteses do SUS, acrescida de complementação contratada com o gestor do SUS que requisitar o leito, conforme previsto no §15 (inciso II).

A Emenda nº 7, de autoria do Senador Wellington Fagundes, permite que os hospitais privados utilizem a indenização dos leitos requisitados para compensar tributos federais vencidos ou vincendos.

A Emenda nº 8, de autoria do Senador Omar Aziz, reproduz o texto dos parágrafos acrescentados ao art. 3º da Lei nº 13.979, de 2020, e apresenta um art. 4º-J, cujo caput prevê que a requisição de leitos privados deverá ser precedida de edital de chamamento público para a oferta dos serviços pelos hospitais privados.

O §1º especifica que o edital deve prever a quantidade de leitos, os valores mínimos e o prazo de utilização pelo gestor público. O §2º determina que os valores seguirão as



20/05/2020

esmas regras definidas para o ressarcimento ao SUS pelos planos privados de saúde. E o §3º autoriza o Poder Executivo a proceder ao chamamento público.

A Emenda nº 9, também de autoria da Senadora Rose de Freitas, propõe alterações na redação do relatório, como: substituir as expressões "uso compulsório" ou "utilização compulsória" pelo termo "requisição"; enfatizar o principal comando legal – a possibilidade de requisição de leitos em hospitais privados, pelos gestores do SUS –, destacando-o como caput de um art. 3º-A a ser inserido na Lei nº 13.979, de 2020; corrigir alguns termos, a exemplo da denominação da Síndrome Respiratória Aguda Grave e da referência aos gestores do SUS, em vez de dirigentes estaduais; e alterar ainda a sequência dos parágrafos do novo art. 3º-A.

As Emendas de nº 10, do Senador Zequinha Marinho, e nº 11, do Senador Fernando Bezerra Coelho, atribuem a mesma redação – com numeração diferente – aos parágrafos a serem incluídos no art. 3º da Lei nº 13.979, de 2020. As alterações propostas visam aos seguintes objetivos: restringir a possibilidade de requisição aos leitos de terapia intensiva; exigir que a requisição compulsória de leitos seja feita de maneira equânime entre as unidades privadas de saúde, dando preferência àquelas sem fins lucrativos, e seja precedida pela comprovação inequívoca da indisponibilidade de leitos na rede pública, permanente ou provisória, em todas as suas esferas, inclusive nos hospitais federais, universitários e militares; exigir que a requisição compulsória de leitos seja precedida pela comprovação da impossibilidade de expansão da capacidade de atendimento dos hospitais públicos e, posteriormente, por chamamento público para fins de contratação, dos leitos privados disponíveis, por prazo determinado e por valores mínimos negociados a preços justos; autorizar o poder público estadual e distrital a proceder à condução do chamamento público.

A Emenda nº 12, de autoria do Senador Rodrigo Cunha, lembra a triste realidade de que, além dos leitos livres e dos ocupados, existem também os leitos "blockeados" por falta de profissionais de saúde ou de materiais hospitalares, situação que ocorre sobretudo em hospitais públicos do Rio de Janeiro administrados por Organizações Sociais (OS). Na justificação, ele informa que, recentemente, o Ministério Público estadual estabeleceu prazo para os gestores do Município e do Estado tomarem as medidas, as providências para o desbloqueio desses leitos. Então, conforme estabelece a emenda, o substitutivo também prevê as obrigações dos hospitais públicos de informar o número de leitos bloqueados e dos gestores estaduais e municipais de tomar as providências necessárias para fazer esse desbloqueio emergencial.

A Emenda nº 13, do Senador Angelo Coronel, inclui um §4º no art. 3º da Lei nº 13.979, de 2020 – renumerando-se os subsequentes –, para determinar que os órgãos públicos, por si ou suas empresas, concessionárias, permissionárias ou sob qualquer outra forma de empreendimento, bem como o setor privado de bens e serviços deverão adotar medidas de prevenção à proliferação de doenças, como a assepsia de locais de circulação de pessoas e interior de veículos de toda natureza usados no serviço e a disponibilização aos usuários de produtos higienizantes e saneantes.

A Emenda nº 14, do Senador Weverton, inclui um §21 no art. 3º da Lei nº 13.979, de 2020, para estabelecer que o hospital deverá preparar os leitos requisitados em, no máximo, 48 horas após a comunicação prevista no §17 do art. 3º.

A Emenda nº 15, de autoria do Senador Arolde de Oliveira, altera a redação dos §§16, 17 e 18 a serem incluídos no art. 3º da Lei nº 13.979, de 2020, para substituir a Comissão Intergestores Bipartite pela Comissão Intergestores Tripartite.

A Emenda nº 16, de autoria do Senador Luis Carlos Heinze, altera a Lei nº 9.656, de junho de 1998, para prever que as operadoras de planos de saúde movimentem, independentemente de autorização da Agência Nacional de Saúde Suplementar, 50% de



20/05/2020

seus ativos garantidores de provisão técnica para ações de combate ao coronavírus ou custeio de despesas assistenciais.

A Emenda nº 17, de autoria da Senadora Eliziane Gama, propõe a inclusão de um §19, renumerando os demais, para prever que o valor pago pelos leitos privados não ultrapasse a média cobrada nos 6 meses anteriores ao estado de calamidade reconhecido pelo Congresso Nacional.

A Emenda nº 18, também de autoria do Senador Fernando Bezerra Coelho, propõe alteração na redação do §20 para modificar a expressão "destinará" para "poderá destinar". Em sua justificação, o Parlamentar afirma que tal mudança é importante para a harmonização do texto, uma vez que a matéria não traz estimativa de impacto orçamentário.

Partimos, então, para a análise.

O PL nº 2.324, de 2020, será apreciado pelo Plenário, nos termos do Ato da Comissão Diretora nº 7, de 2020, que instituiu o Sistema de Deliberação Remota do Senado Federal.

A análise de seus aspectos formais permite concluir que o projeto não apresenta inconformidades de constitucionalidade, de juridicidade ou de regimentalidade.

No que tange ao mérito, é inegável que a pandemia provocada pelo novo coronavírus e pela doença por ele causada, Covid-19, vem impactando sobremaneira os sistemas de saúde em todos os países do mundo e acarretando um verdadeiro colapso de tais sistemas em alguns desses locais, nos quais a disponibilidade de leitos hospitalares, de vagas em unidades de terapia intensiva e de ventiladores mecânicos têm sido tristemente insuficientes para atender ao enorme número de vítimas acometidas pela pandemia.

Por essa razão, é essencial buscar medidas que possam suprir, de forma emergencial, a carência do SUS, do qual dependem 75% de nossa população.

De fato, conforme argumentam os autores do projeto de lei, nossa Constituição Federal fornece o embasamento para as medidas propostas, pois o inciso XXV do seu art. 5º prevê, no caso de iminente perigo público, que a "autoridade competente poderá usar de propriedade particular, assegurada ao proprietário indenização ulterior, se houver dano".

O projeto de lei é altamente meritório na medida em que busca dar maior efetividade ao sagrado direito à saúde insculpido em nossa Carta Magna, posto que visa a possibilitar o uso compulsório de leitos privados que estejam vagos para o atendimento e tratamento de pacientes que estejam acometidos de síndrome aguda respiratória grave, bem como suspeita ou diagnóstico de Covid-19, mediante indenização.

Neste particular, é importante frisar que os hospitais das redes pública e privada, sendo que no caso desta independe a sua natureza em relação ao Sistema Único de Saúde, ficarão obrigados a prestar informações acerca do total de leitos, especificando de forma detalhada a ocupação destes. Além disso, deverão informar ainda a totalidade de ventiladores pulmonares: os que estão sendo efetivamente utilizados, os livres e os que estiverem em manutenção.

Portanto, devemos enfatizar que a questão do fornecimento das indispensáveis informações, tanto pelos hospitais públicos como privados, é de fundamental importância, pois permitirá que os gestores públicos tenham conhecimento de todos os leitos existentes no sistema de saúde, permitindo que seja realizada uma gestão única, com uma administração ampla dos leitos pelo Sistema Único de Saúde, pertinentes numa situação de crise como a pandemia.

Os Estados brasileiros vivem uma situação caótica em seu sistema público de saúde. No Nordeste, por exemplo, Pernambuco, segundo boletim divulgado pela Secretaria Estadual de Saúde, está com uma taxa de ocupação de UTI que ultrapassa os 90%; no Ceará, o índice é superior a 88%.



20/05/2020

Vários têm sido os esforços de negociação entre o setor público e a rede prestadora de serviços, de forma a garantir uma ampliação dos leitos disponíveis para o SUS. Esses esforços e acordos devem ser priorizados pelos agentes públicos. Em que pesem essas oportunas iniciativas, entendemos que possa ser necessária a utilização de leitos que porventura continuem ociosos.

É de se ressaltar que, em virtude da superlotação do Sistema Único de Saúde, faz-se imprescindível a adoção da possibilidade de utilização compulsória de leitos da rede privada, de modo a afastar a gigante desigualdade social no acesso aos serviços públicos de saúde em nosso País, uma vez que a esmagadora maioria da população não tem o acesso a planos de saúde, dependendo única e exclusivamente da rede pública, que atualmente já está com sua capacidade comprometida devido à grande quantidade de casos da pandemia do coronavírus, e a possibilidade da ociosidade de leitos privados.

A requisição dos leitos privados já foi autorizada por este Congresso no decreto de calamidade pública, com o objetivo de fortalecer o combate à pandemia do novo coronavírus, prevendo o pagamento posterior de indenização ao setor privado.

Ainda nesse sentido, a Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, prevê requisição administrativa de leitos privados em situações de necessidades coletivas, urgentes e transitórias decorrentes de situações de calamidade pública ou irrupção de epidemias.

Nesse sentido, a matéria que ora analisamos busca dar maior segurança jurídica aos gestores públicos de saúde para que possam continuar trabalhando efusivamente pelo fim desta pandemia, que tanto afeta a vida dos brasileiros, e que possam disponibilizar para a população os leitos necessários para superar o desafio de tratar os pacientes acometidos com Covid-19. Para o setor privado, também é fundamental que haja regras objetivas regendo a questão, evitando, por exemplo, que a utilização dos leitos privados pelo setor público seja feita de forma desorganizada, fruto da judicialização que já se verifica em diversas unidades da Federação.

Nesse sentido, o PL cumpre papel essencial, diferenciando as modalidades de utilização de leitos privados pelo setor público: a) contratação emergencial; b) utilização compulsória dos leitos, na qual os leitos ficam sujeitos à regulamentação pública, mas seguem sob administração do setor privado; c) requisição administrativa, nos termos da Lei nº 8.080, de 1990 e da Lei nº 13.979, de 2019, na qual os leitos privados passam a ser administrados pelo setor público.

Passemos a analisar as emendas apresentadas ao referido projeto de lei.

A Emenda nº 1, da Senadora Rose de Freitas, deve ser acolhida integralmente, pois entendemos pertinente que seja dada ampla publicidade aos dados que serão prestados obrigatoriamente pelos hospitais públicos e privados, em estrita observância aos princípios da publicidade e transparência que norteiam a Administração Pública, além de concordar com a redação sugerida, pois torna mais clara e afasta qualquer questionamento acerca de quais hospitais, inclusive os que não participam de maneira complementar do SUS, estão obrigados a prestar informações à central de regulação do Estado ou do Distrito Federal.

Com relação à Emenda nº 2, acolhemo-la parcialmente na forma de subemenda, com um parágrafo rememorando as estruturas legais para requisição, uma vez que esta já é permitida pela Lei 8.080, de 1990, bem como pela Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020. Reforça-se, contudo, que as requisições já estão permitidas nesses institutos legais, e o projeto inova a utilização compulsória. Essa emenda é do Senador Roberto Rocha.

No que tange à Emenda nº 3, do Senador Antonio Anastasia, rejeitamo-la por considerar que, a despeito de sua imprescindibilidade para o debate, a despeito do mérito da matéria, as modificações nos critérios para conferir o Certificado de Entidades Beneficentes de Assistência Social devam ser feitas, diante da importância do tema, em matéria específica, já que o tema tem, inclusive, implicações tributárias.



20/05/2020

As Emendas nºs 4, 9, 10 e 11 – a de nº 4, do Senador Lasier Martins, e a de nº 9, da Senadora Rose – serão parcialmente acatadas na forma de emenda de Relator. Compreendemos que alguns ajustes precisam ser feitos no relatório, como a previsão da possibilidade de requisição administrativa e os ajustes nas nomenclaturas, para que possamos padronizar a nossa legislação e, assim, conferir segurança jurídica aos gestores.

A Emenda nº 5, de autoria do Senador José Serra, será integralmente acatada. É importante que a Lei 13.992, de 2020, traga em seu texto, de forma clara e lúcida, que as Organizações Sociais de Saúde, fundamentais para complementar as ações do Sistema Único de Saúde durante o combate à pandemia que ora nos assola, sejam igualmente beneficiadas pela suspensão de prazo de que trata a referida lei.

As Emendas nº 6, de autoria do Senador José Serra, e nº 17, que, se não me engano, é da Senadora... Não está aqui identificada, mas vamos continuar. Elas serão acatadas parcialmente na forma de subemenda, por entendermos ser importante determinar na legislação como os valores a serem indenizados deverão ser definidos. Todavia, consideramos que essa definição não deve estar cifrada em lei, mas deve tomar como referência as disposições do Ministério da Saúde ou ser decidida pelo colegiado da Comissão Intergestores Bipartite.

Quanto à Emenda nº 7, o §6º do art. 150 da Constituição Federal determina que qualquer anistia – essa emenda é do Senador Wellington Fagundes – ou remissão que envolva matéria tributária ou previdenciária só poderá ser concedida através de lei específica, federal, estadual ou municipal, o que impede a inclusão da medida sugerida no texto da Lei nº 13.979, de 2020.

Em relação à Emenda nº 8, do Senador Omar Aziz, posicionamo-nos contrários à exigência de que o uso compulsório de leitos seja precedido de chamamento público para a contratação emergencial, pois poderá... Aqui há uma mudança: nós, na verdade, estamos adotando a ideia do chamamento prévio para a contratação emergencial, mesmo antes da decretação da utilização compulsória de leitos e da definição dos valores a serem pagos pelo setor público. Então, a ideia é que se possa ter, portanto, esse chamamento.

Entendemos, contudo, que a negociação entre os entes públicos e privados para a contratação emergencial deve preceder o uso compulsório, e é nesse sentido que oferecemos emenda para acatar parcialmente o disposto na Emenda nº 8. Conforme eu disse, a negociação deverá acontecer anteriormente à definição da utilização compulsória.

Da mesma forma, a Emenda nº 15 pode dificultar o andamento da requisição de leitos, pois os gestores estaduais e municipais são aqueles que detêm o necessário conhecimento da situação local e podem atuar com mais dinamismo, sobretudo no cenário atual em que as medidas adotadas por Prefeitos e Governadores não têm recebido respaldo por parte do Governo Federal. A emenda é do Senador Arolde de Oliveira.

A Emenda nº 12 não será acatada por compreendermos que o texto original do projeto de lei e os ajustes de redação que oferecemos neste relatório abrangem de forma clara os leitos privados disponíveis a serem utilizados. Os leitos bloqueados – essa é uma emenda do Senador Rodrigo Cunha – poderão ser requisitados administrativamente, não cabendo a determinação do uso compulsório destes.

Somos contrários à Emenda nº 13 por compreendermos que o tema nela proposto deva ser discutido em outra matéria, uma vez que este não guarda correlação com o que ora analisamos. Essa emenda é extremamente importante, é do Senador Angelo Coronel e procura determinar medidas preventivas que devem ser aplicadas pelo serviço público nas instalações que a ele competem, mas nós entendemos que ela deva ser objeto de outro projeto, assim como há uma série de temas relevantes que deixaram de fazer parte de projetos aprovados. E a minha sugestão, inclusive, é que os Líderes possam organizar a apresentação de projetos de lei específicos atendendo a essas preocupações que são absolutamente relevantes.



20/05/2020

A Emenda nº 14, a despeito de seu mérito, não será acatada, porque dá um prazo de 48 horas no máximo para o setor privado organizar o leito para a utilização, isso porque só serão disponibilizados para a central de regulação os leitos ociosos já organizados e disponíveis. Então, ela não se torna necessária. Dessa forma, o prazo estipulado pela emenda pode não surtir o efeito desejado, podendo, na verdade, atrasar a disponibilidade dos leitos. Um exemplo: suponha que exista um leito vago, porém ele está no aguardo de alguém que está sendo submetido a uma cirurgia eletiva; é um leito que está ali vago, mas na verdade ele nem está disponível nem é ocioso, porque alguém da emergência do hospital poderá utilizar aquele leito ou deverá utilizar aquele leito. Então, em vista disso, não acolhemos essa proposição.

A Emenda nº 16 não será acolhida, pois compreendemos que esse é um assunto a ser regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, pois se trata do fundo garantidor do sistema suplementar. Isso, inclusive, já foi objeto da Resolução Normativa nº 191, publicada no Diário Oficial da União do dia 20 de maio de 2020.

Opinamos também pela rejeição da Emenda nº 18. No momento atual, de enfrentamento da pandemia, é crucial que o apoio da União aos entes subnacionais ocorra sob a forma de recursos novos.

Aqui também eu quero prestar um esclarecimento: eu estou acatando a proposta do Senador Fernando Bezerra, e, em vez de nós colocarmos que o Governo Federal "deverá arcar com esse custos", nós estamos aceitando a orientação de "poderá arcar", porque, como está havendo e deverá continuar acontecendo a transferência de recursos federais, conforme tudo que nós temos aprovado aqui no Congresso Nacional e conforme as medidas provisórias que o Governo tem lançado, esses Municípios e esses Estados poderão utilizar desses recursos que estão recebendo ou que vão receber para o pagamento dessas indenizações. De toda forma, não se fecha a possibilidade de que o Governo Federal possa ampliar essa sua participação.

Pois bem, com o objetivo de promover ajustes na redação da matéria, oferecemos em nossa emenda modificações na redação do §14 para prever que os leitos privados a serem utilizados na forma do projeto de lei serão aqueles identificados em serviços com taxa de ocupação inferior a 85%, na forma do regulamento dos gestores do Sistema Único de Saúde, destinados à Covid-19. Além disso, modificamos o inciso II do §12 para retirar a exigência da informação sobre os ventiladores, pois entendemos que esta possa ser imprecisa considerando a dinâmica própria do uso dos aparelhos.

Esse final é relevante. Quero só deixar marcado para todas as pessoas que estão nos ouvindo: os leitos que serão utilizados são leitos de UTI que já foram destinados pelo próprio hospital privado para pacientes de Covid-19 e só serão requisitados se houver uma folga de 15% de leitos ociosos, de leitos disponíveis. Até quando haja 85% de ocupação ou acima de 85% de ocupação, esses leitos não serão utilizados compulsoriamente.

Voto.

Destacamos que, no mérito, opinamos pela aprovação do projeto.

Diante do exposto, votamos pela constitucionalidade, juridicidade e, no mérito, pela aprovação do Projeto de Lei nº 2.324, de 2020, com a emenda que oferecemos, pela aprovação das Emendas nºs 1 e 5, pela aprovação parcial das subemendas e pela rejeição das Emendas nºs 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 18.

Então, a emenda que apresentamos diz: **EMENDA Nº 19-PLEN**

Dê-se a seguinte redação ao inciso II do §12 e aos §§13, 14 e 15 a serem incluídos no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, nos termos do art. 1º do Projeto de Lei nº 2.324, de 2020:

"Art. 1º.....

Art. 3º.....



20/05/2020

§12.....
II – o total de pacientes na unidade de emergência ou enfermaria/apartamento aguardando vaga de Unidade de Terapia Intensiva [ou seja, essa informação também deverá ser dada].

§13. Os dados informados pelo gestor hospitalar, na forma do §12, deverão especificar os leitos e equipamentos em uso ou já utilizados por pacientes acometidos de Síndrome Respiratória Aguda Grave ou com suspeita ou diagnóstico de infecção pelo novo coronavírus, devendo a central de regulação publicar diariamente boletim com estas informações.

§14. Os leitos privados de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) designados para internação de pacientes acometidos de Síndrome Respiratória Aguda Grave ou com suspeita ou diagnóstico de Covid-19, que estejam disponíveis em serviços com taxa de ocupação inferior a 85%, poderão ser utilizados de modo compulsório pelo setor público para a internação desses pacientes, nos termos do regulamento dos gestores do Sistema Único de Saúde.

§15. A negociação entre os gestores do Sistema Único de Saúde e as entidades privadas para a contratação emergencial dos leitos privados disponíveis deverá preceder o uso compulsório de que trata esta Lei [conforme eu havia dito].

....."
SUBEMENDA

O art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, modificado pelo art. 1º do Projeto de Lei nº 2.324, de 2020, passa a ser acrescido do seguinte §21:

"Art. 1º

Art. 3º

.....
§ 21. Os leitos privados de Unidade de Terapia Intensiva de que trata o §14, de qualquer espécie, poderão ser requisitados pelos entes federativos para a internação de pacientes acometidos de Síndrome Respiratória Aguda Grave ou com suspeita ou diagnóstico de Covid-19, nos termos do inciso VII do art. 3º desta Lei, e do inciso XIII do art. 15 da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990."

SUBEMENDA (À EMENDA Nº 6)

Dê-se ao §18 a ser incluído no art. 3º da Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020, nos termos do art. 1º do Projeto de Lei nº 2.324, de 2020, a seguinte redação:

"Art. 1º

Art. 3º

Aqui eu vou ler a redação que ficou em definitivo, que é a parte que diz respeito aos valores a serem pagos como indenização justa. Queria, inclusive, que todos os Senadores prestassem atenção. O próprio Senador Eduardo Braga que nos ajudou, juntamente com o Senador Fernando Bezerra, na formulação dessa proposição.

Ela diz o seguinte:

A justa indenização devida pelo uso compulsório dos leitos privados ociosos, sob qualquer modalidade, será definida pelo colegiado da Comissão Intergestores Bipartite, sendo precedida de chamamento público e cotação prévia de preços no



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR – SERERP
COORDENAÇÃO DE REDAÇÃO E MONTAGEM – COREM

SF - 12

20/05/2020

mercado, observando como valor máximo o preço de referência para contratação de leitos de UTI destinados à Covid-19, praticado pelo gestor local do SUS.

Então, é esse o relatório, Sr. Presidente.