



O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Bom dia. São 9 horas e 30 minutos.

Eu quero convidar o Dr. João Gabbardo dos Reis, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde; o Sr. Edson Araujo, Economista Sênior do Banco Mundial; o Sr. Leonardo Moura Vilela, Presidente do CONASS — Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, ou o seu representante; o Sr. Carlos Augusto de Melo Ferraz, do Tribunal de Contas da União; e o Sr. Mauro Junqueira, Presidente do CONASEMS — Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde — ou o seu representante, até que ele chegue —, para comporem a Mesa.

Declaro aberta a presente reunião. Informo aos Srs. Parlamentares que esta reunião está sendo transmitida ao vivo pela Internet no *site* da Câmara dos Deputados. Informo ainda que as imagens, áudio e vídeo estarão disponíveis para *download* na página desta Comissão logo após o encerramento dos trabalhos e que as fotos do evento serão disponibilizadas no Banco de Imagens da *Agência Câmara*, na página da Câmara dos Deputados.

Esta reunião de audiência pública foi convocada nos termos do Requerimento nº 14, de 2019, do Deputado Ricardo Barros, subscrito pelos Deputados Marco Bertaiolli, Pedro Westphalen e Célio Silveira, aprovado por esta Comissão, para debater o tema *Apresentação do Relatório do Banco Mundial "Proposta de Reforma do Sistema Único de Saúde Brasileiro"*.

Comunico aos senhores membros desta Comissão que o tempo destinado para cada convidado fazer sua exposição será de 15 minutos, prorrogáveis a juízo desta Presidência, não podendo ser apartado. Os Deputados inscritos para interpelar os convidados poderão fazê-lo estritamente sobre o assunto da exposição pelo prazo de 3 minutos, tendo o interpelado igual tempo para responder, facultadas réplica e tréplica pelo mesmo prazo, não sendo permitido ao orador interpelar qualquer dos presentes.

Dando início aos trabalhos, passo a palavra, por 15 minutos, ao Sr. Edson Araujo, Economista Sênior do Banco Mundial. Antes, eu quero registrar a presença do ex-Ministro Alexandre Padilha, que nos prestigia neste evento com vários assessores de setores ligados à saúde. Quero dizer que, nesta audiência pública, será apresentada a visão do Banco do Mundial sobre o SUS, o que, imediatamente, será contraposta ou não. Nós concordaremos ou discordaremos do que vai ser colocado.



Eu trouxe também para participar desta audiência o CONASS, o CONASEMS, o Ministério da Saúde, que implementam as ações do SUS, e o Tribunal de Contas da União, que tem sido um freio de mão puxado para que nós avancemos. Lamentavelmente, o Tribunal de Contas da União não nos permite fazer o que nós precisamos fazer no SUS. "O rabo abana o cachorro", e ficamos com uma dificuldade enorme de avançar. Mas os problemas não são só com o TCU, mas também com outros órgãos de controle. No Ministério Público e no Judiciário, há 7 bilhões de reais em judicialização da saúde.

Então, o que nós queremos fazer aqui é avançar no sentido da visão do SUS. O diagnóstico de problemas do SUS é praticamente conhecido por todos.

Eu vou passar a palavra, antes da apresentação do Dr. Edson Araujo, ao Deputado Alexandre Padilha, para que ele faça...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - V.Exa. não quer falar primeiro?

O SR. ALEXANDRE PADILHA (PT - SP) - Eu agradeço a deferência, meu colega, ex-Ministro Ricardo Barros, mas eu vou me inscrever depois das falas. Eu conheço o relatório, mas quero assistir às apresentações do TCU, CONASS e CONASEMS primeiro.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Está bem.

Como não temos aqui um retorno de imagens do painel, os membros da Mesa poderão se posicionar na plateia ou aqui para assistirem ao processo da maneira mais adequada.

Eu peço ao Dr. Edson que faça a apresentação de pé, ao lado do painel, para um entendimento mais claro do conteúdo a ser apresentado. V.Sa. pode iniciar a apresentação e disporá do tempo necessário para a sua conclusão. Depois, nós faremos o debate.

Obrigado.

O SR. EDSON ARAUJO - Em primeiro lugar, bom dia a todos e a todas. Eu queria agradecer a oportunidade de vir aqui à Comissão de Seguridade Social e Família para falar sobre o relatório, em especial ao Deputado Ricardo Barros pelo convite. Quero cumprimentar o Sr. João Gabbardo, Secretário-Executivo do Ministério da Saúde; o



representante do CONASEMS; o Sr. Carlos Ferraz, Secretário do TCU, e o Deputado Alexandre Padilha, ex-Ministro.

Esta é uma oportunidade para o Banco Mundial. Nós tivemos discussões sobre o relatório em outros ambientes com o Ministério, com o CONASEMS e com o CONASS, mas é a primeira vez que temos a oportunidade de discutir isso aqui na Câmara. Então, eu espero que possam surgir novos encaminhamentos sobre a discussão.

(Segue-se exibição de imagens.)

Este relatório foi publicado no ano passado, um pouco antes do período eleitoral. Eu acho que já foram distribuídas as cópias. Então, a minha apresentação é um sumário disso aqui. Há dois pontos a serem abordados sobre isso. O primeiro é que o relatório é baseado nos trabalhos que o Banco Mundial tem feito sobre o setor da saúde em um período de mais de 10 anos. Ressaltei aqui alguns relatórios. Os dois últimos são esses da proposta, e há um diagnóstico dos desafios do SUS. Nos últimos 20 anos, temos produzido bastante conhecimento sobre o Sistema Único de Saúde, tanto em relação ao que outros países podem aprender com o Brasil, mas também sobre os aperfeiçoamentos que podem ser feitos no Sistema Único de Saúde brasileiro.

Então, a apresentação é um sumário desses documentos, do qual temos algumas cópias que podem ser distribuídas. Todo esse material também está disponível no *site* do Banco Mundial Brasil.

A apresentação está dividida basicamente em três tópicos. No primeiro, eu vou discutir um pouco sobre a sustentabilidade dos sistemas de saúde, porque acho que este é um tópico presente em todas as discussões sobre sistema de saúde no mundo, ou seja, como garantir acesso a serviços de saúde de forma sustentável, eficiente e com qualidade.

Depois, eu vou abordar um pouco os desafios do Sistema Único de Saúde, como eu falei nos relatórios que apresentei antes, e, em seguida, principalmente, eu vou abordar o tópico da reunião, que é a discussão das propostas de reformas por parte do Banco Mundial.

É claro que o Banco Mundial, através de estudos e de debates públicos com diversos atores importantes no Sistema Único de Saúde... Muitas coisas não são só criações do Banco Mundial, também são fruto do que aprendemos no debate público nos últimos anos.



O primeiro ponto é a questão dos gastos públicos. Nos últimos 10 anos, mais de 10 anos, de 2003 a 2017, o crescimento dos gastos com saúde no Brasil ultrapassou o crescimento dos gastos do PIB *per capita*. Aqui no gráfico da esquerda, vemos que, entre 2003 e 2004, a taxa de crescimento dos gastos com saúde sempre foi maior que a taxa do crescimento do PIB *per capita*, o que levanta uma discussão sobre a sustentabilidade dos gastos. Esqueçam o setor da saúde. Estou falando do setor da economia como um todo: se os gastos com saúde cada vez mais crescem e absorvem uma parte significativa do que a economia produz, temos um problema de sustentabilidade no longo prazo. Depois de 2003, há uma queda do PIB devido à crise. Os gastos com saúde também caem um pouco, mas vemos que a recuperação dos gastos com saúde é mais rápida do que a recuperação do crescimento do PIB *per capita*.

Aqui do lado direito, um gráfico da Secretaria do Tesouro Nacional mostra as projeções para o futuro. Vemos que, em todos os cenários, o gasto com saúde é maior depois da implementação da emenda constitucional do teto dos gastos públicos, que é a linha pontilhada laranja. Então, temos o desafio de sustentabilidade econômica, mas também temos o desafio de sustentabilidade fiscal, porque os gastos com saúde vão superar muito o que está previsto para os próximos anos, de acordo com a PEC.

É importante pensar também, como eu falei no início, que essa não é uma discussão só do Brasil. Essa é uma discussão universal, de todos os países. O crescimento dos gastos com saúde é maior do que o crescimento do PIB. A saúde absorve o que a economia produz numa taxa mais rápida.

Aqui do lado esquerdo, um gráfico da OECD mostra que, em todos os países da OCDE, o crescimento dos gastos com saúde sempre esteve acima do crescimento do PIB. Vemos que, mesmo na crise, em 2008 e 2010, quando o PIB caiu muito, os gastos com saúde diminuíam, mas a taxa continua mais alta do que a do crescimento do PIB. Depois, é claro, o PIB volta a crescer, mas a taxa de crescimento dos gastos com saúde está sempre acima. E aqui, à direita, isso fica até mais claro. Aqui está o crescimento do PIB, e aqui está o crescimento dos gastos com saúde. Vemos que Luxemburgo foi o único país em que, na média, o crescimento dos gastos com saúde não foi maior que o crescimento do PIB.

Outro assunto importante, que todos do setor da saúde entendem e conhecem bem, são os desafios de a inflação do setor de saúde ser maior que a inflação da economia



como um todo. Esses são os dados do IPCA no Brasil. A linha vermelha são os planos de saúde; a linha azul, os serviços de saúde em geral; e a linha verde, o IPCA. Os gastos com saúde, além de crescerem rápido, puxam os índices gerais de preços da economia.

Para ilustrar um pouco, apresento esses dados dos Estados Unidos, que nos permitem entender o que acontece no mundo, entender o que acontece no Brasil. Vemos que, no caso da direita, a maioria dos itens que ficaram mais caros através do tempo são relativos à saúde.

O ponto é que a saúde absorve cada vez mais parte da produção da economia, do crescimento da economia. Então, a questão da eficiência é uma questão universal, é uma questão que todos os países estão enfrentando. E é necessário que ela seja enfrentada.

Aqui temos um estudo da União Europeia. No lado esquerdo, temos uma fronteira de produção. Quem está mais perto da fronteira são os países mais eficientes. Eu trouxe isso só para mostrar que existe uma variabilidade muito grande quando se fala em eficiência em sistemas de saúde ao redor do mundo. O estudo da União da Europeia diz que, entre os países da União Europeia, poderia haver uma economia de 25% dos gastos, o que não acontece devido à ineficiência. E aqui estão umas projeções. Vemos o espaço que seria possível alcançar de eficiência nesses países, se os sistemas de saúde fossem mais eficientes. O ponto é que a questão da eficiência é uma questão que todos os sistemas de saúde enfrentam.

Mesmo se o Brasil gastasse hoje 10% do PIB com saúde, ainda estaríamos discutindo a questão da eficiência, porque a sustentabilidade é indispensável. Não é só aumentar os gastos, é aumentar os gastos de forma eficiente.

Agora vamos falar mais especificadamente sobre o SUS, dos desafios do SUS. Espero que os pontos possam estimular o debate sobre as soluções. Como o Deputado Ricardo Barros falou no início, é a visão do Banco Mundial, mas gostaríamos de trazê-la para o debate público.

O primeiro desafio é o da qualidade. Aqui está a pesquisa CNI/IBOPE. Vejam que a aprovação do sistema público de saúde, desde 2009 até 2018, tem variações muito grandes. No lado direito, estão os maiores problemas de reclamação que as populações enfrentam. É claro que nós sabemos que isso é a qualidade percebida — não necessariamente a qualidade dos serviços, a qualidade clínica, a resolutividade do serviço —, é o que a população percebe. Sabemos também que, muitas vezes, o debate público



para a saúde é sobre as filas, sobre o que as pessoas veem na televisão e ficam com medo. De qualquer forma, existe, sim, essa questão da baixa qualidade percebida. Podemos perceber isso, por exemplo, entre os anos de 2008 e 2010, com o crescimento da economia. A economia do Brasil estava crescendo bem, com a nova Classe D. Uma das primeiras coisas que as pessoas faziam era comprar plano de saúde, para não ter que ir ao SUS.

Então, existe uma questão de percepção da qualidade do SUS, o que influencia muito o que a população pensa sobre isso. Um ponto positivo é que, entre 2011 e 2018, um dos maiores problemas foi resolvido ou parcialmente resolvido, que era a demora e a dificuldade em ser atendido. É claro que há outros fatores, mas isso é visto como um avanço positivo do sistema. O desafio da qualidade é o primeiro ponto.

O segundo desafio é o da eficiência, que tem sido um tópico em que o Banco Mundial tem trabalhado nos últimos anos, não só na saúde, mas em outros setores como educação, proteção social e infraestrutura. Especificamente na saúde, um diagnóstico que fizemos, 2 anos atrás, é que existia um escopo de aumentar a eficiência no sistema. Calculamos para 2014 22 bilhões de reais, com a estimativa de que, se a taxa de crescimento nominal permanecer a mesma, os gastos com saúde, em 2030, chegarão a 700 bilhões de reais. Se essas medidas de eficiência forem implementadas, poderemos ter uma economia de quase 1 trilhão de reais nesse período. Há muita discussão sobre a Previdência, mas o valor fica quase igual aos ganhos que poderiam ter havido. Esse é o diagnóstico.

Agora vou falar um pouco mais sobre o que está por trás das ineficiências. A primeira coisa são as economias de escala. A eficiência do gasto com saúde está diretamente relacionada ao tamanho do Município. Aqui na linha vermelha, está a análise da atenção primária e da atenção de média e alta complexidade. Vamos ver primeiro a atenção primária, que corresponde à linha vermelha. Na linha vermelha, vemos que existe um gradiente. Os Municípios vão crescendo de acordo com seu tamanho, que é a linha horizontal, e a média nacional de eficiência é de 0,63, numa escala de 0 a 1, o que corresponde a 63%. Na linha azul, que é média e alta complexidade — hospitais, ambulatorios, etc. —, a média nacional é 0,29, muito baixa, se pensarmos na escala de 0 a 1, muito abaixo da atenção primária. Há duas coisas sobre isso. A primeira é que a atenção primária é mais eficiente, sem dúvida, e a segunda coisa é que existe um



gradiente de tamanho do Município, que significa escala e produção eficiente de serviços de saúde. Nesse caso, o mais interessante é que, para o Município alcançar a média nacional de eficiência dos dois níveis de atenção, ele tem que ter, pelo menos, 20 mil habitantes. E, como os senhores sabem, 80% dos Municípios brasileiros têm até 20 mil habitantes.

Então, há um desafio muito grande em relação a se fazer a escala, porque os Municípios pequenos produzem um serviço de saúde de forma relativamente ineficiente. Não é culpa dos Municípios, é questão de escala. O Secretário Mauro está aqui e pode falar um pouco mais sobre isso. E aí entram os esforços que já têm sido feitos no Brasil, como trabalhar com redes integradas, consórcios, pactuação planejada, etc. O primeiro desafio é a escala, a escala no Município. É essencial que os Municípios possam trabalhar juntos, porque, com até 20 mil habitantes, não há uma escala necessária para ser eficiente.

O segundo desafio é a rede hospitalar. A maioria dos hospitais brasileiros são pequenos: 55% têm até 50 leitos, os hospitais de pequeno porte; e 80% têm até 100 leitos. A literatura internacional fala que o tamanho ótimo de um hospital seria o que tem entre 200 e 250 leitos. Menos de 10% dos hospitais brasileiros têm esse tamanho. Existe um desafio muito grande.

Do outro lado, fizemos a análise da eficiência dos hospitais. Vemos que é quase uma linha linear a relação entre tamanho dos hospitais e eficiência. Nos hospitais, começamos aqui com 0,23%, de 0 a 1, que são os hospitais com até 50 leitos. Isso mais que dobra quando vemos os hospitais com mais de 300 leitos. O hospital pequeno é muito ineficiente. Há 3.600 no Brasil todo, 60% públicos, não necessariamente todos conveniados ao SUS.

Além disso, há outro aspecto. Os hospitais pequenos são ineficientes — eles não têm escala —, e também têm qualidade menor. Quem é médico, quem é da área de saúde entende a questão do volume: quanto maior o volume do serviço, melhor a qualidade. Por exemplo: aqui há um estudo de 2003, de um pesquisador da Escola Nacional de Saúde Pública, relacionando o volume de procedimentos com a mortalidade hospitalar. Então, vê-se aqui, na primeira coluna, a classe de volume, que vai de 150 a 600. Quanto maior o volume, menor a taxa de mortalidade hospitalar, ou seja, existe uma relação direta entre volume e resultados, qualidades.



Voltando à questão dos hospitais, além de serem pequenos, eles também são ineficientes e matam mais. É claro que eu não estou dizendo que todos os hospitais pequenos são hospitais que têm alta taxa de mortalidade. Pode haver hospital pequeno com uma alta taxa de volume, que faça vários procedimentos. Então, esses são bons. Secretário Gabbardo, esses são aqueles hospitais especializados que fazem vários procedimentos. Portanto, é importante até que eles continuem.

É claro também que outro aspecto é onde esses hospitais estão. Falamos sempre que esses hospitais estão no Amazonas, nas zonas distantes das Regiões Norte e Nordeste, mas só 8% desses hospitais estão na Região Nordeste; a maioria está no Sudeste e Sul. Eu tinha uma tabela. Não sei se ela está aqui, mas posso mostrá-la depois. Então, assim, não é verdade que esses hospitais estão só nas zonas remotas. É claro que, em alguns lugares remotos, vai ser preciso manter um hospital pequeno por questões de acesso, mas essa não é a regra de distribuição desses hospitais no País.

Outro desafio é o da gestão. Já temos uma discussão longa sobre modelos alternativos de gestão de provedores, e aqui eu trago uns dados sobre a comparação entre OSs — Organizações Sociais e hospitais da administração no Estado de São Paulo. Aqui no lado esquerdo, estão alguns indicadores de desempenho hospitalar. Vemos que, em quase todos indicadores, os serviços geridos pelas OSs têm os melhores indicadores. Podemos pegar um só aqui, a taxa de ocupação hospitalar, que é o penúltimo indicador. Vemos a barra azul: organizações sociais, 85%; administração direta, 82%.

Aqui são os hospitais só de São Paulo, cujas OSs conseguimos identificar. Se analisarmos a eficiência, como está demonstrado do lado direito desta imagem, nesses mesmos hospitais — e esse foi um estudo feito pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo —, vemos a seguinte diferença: 82% de eficiência nos hospitais geridos por OSs; 0,66%, em hospitais geridos por administração direta.

Aqui é só um indicador que mostra um pouco dos desafios que temos. Esses são os dados em relação à projeção de internação cirúrgica. Ou seja, fazendo a análise, conseguimos ver quanto mais poderia ser feito daquele serviço.

Quando fazemos isso para a OS, vemos que ela poderia aumentar em 54% o número de internações cirúrgicas. Quando se vai para os hospitais geridos pela administração direta, esse aumento chega a 173%, quase 200% de possibilidade de aumento.



É claro que há contextos. Sabemos que no Brasil há algumas OS que funcionam muito bem e outras que não funcionam muito bem; há a questão do controle — e o TCU pode falar muito sobre isso, sobre a questão da corrupção mesmo, da má gestão —, mas também há um quadro em que é preciso pensar em formas alternativas de gestão dos serviços de saúde.

Por fim, essa é a análise sobre a questão da baixa produtividade. Do lado esquerdo projetamos o que poderia ser feito em termos de consultas. A barra laranja indica a projeção, sobre o que poderia ser feito a mais; e a barra azul é a situação atual, no ano de 2015. Portanto, ao tomarmos como exemplo o Brasil, veremos que 8,36% poderia ser feito, ou seja, quase 5 vezes mais consultas na atenção primária poderiam ser feitas, se fosse mais eficiente a atenção primária.

Se vocês se lembrarem do que eu falei sobre a qualidade, uma das maiores reclamações da população é a dificuldade do acesso. Então, assim, as condições estão dadas: podemos aumentar o número de consultas — e essas aqui são em relação à atenção primária —; podemos também aumentar o número de internações e de serviços ambulatoriais, mas precisamos ter uma gestão melhor, mais eficiente. E precisamos fazer isso sem gastos adicionais. Vou falar um pouco mais a frente sobre isso.

Outra coisa é o mercado de trabalho. Sabemos das dificuldades que o Governo teve, o Governo anterior, com o Mais Médicos. E uma coisa interessante que vemos no Brasil é que a média dos salários dos médicos, representada pela linha vermelha aqui, em 2014, era de 9.800 reais, ou seja, mais alta do que a média dos salários dos 10% mais ricos. Ou seja, existe uma necessidade de se pensar no mercado de trabalho de forma a se estabelecer mecanismos de regulação. Existe, por exemplo, a prática dupla, com os profissionais trabalhando no setor público e no setor privado. Há, também, os desafios que os gestores municipais têm de atrair profissionais de saúde para nessas regiões. Portanto, têm que ser pensadas formas alternativas de como os Municípios, principalmente os mais distantes, conseguirão manter esses profissionais tendo que pagar um salário tão alto.

Do outro lado, há a discussão da produtividade. Precisamos estabelecer mecanismos de incentivos para aumentar a produtividade da força de trabalho na saúde.

Outro desafio é a ineficiência alocativa. Apresento dois gráficos aqui, que parecem um pouco complexos, mas a mensagem é simples: em primeiro lugar, gasta-se muito na



média e alta complexidade — e o Sr. Secretário sabe bem disso —, que são menos eficientes; mas gasta-se relativamente pouco na atenção primária, que é mais eficiente.

Então, quando fazemos uma análise, quando comparamos produtividade e desempenho — aqui está a média e alta complexidade; ali, a atenção primária — o que observamos? Que na média e alta complexidade gasta-se relativamente muito para o que se produz, ou seja, produz-se pouco para o que se gasta; quando, na atenção primária, gasta-se pouco para o muito que se produz. Ou seja, a produtividade é alta, e o desempenho é baixo.

Mas o principal fator para o desempenho ser baixo na atenção primária é a escassez de recursos, é a alimentação orçamentária. É aí que nós, economistas, dizemos que na atenção primária existem retornos crescentes. De cada real investido na atenção primária, o resultado, em termos de eficiência, vai ser maior do que com o que é investido, por exemplo, na média e alta complexidade.

Então, se eu fosse investir o próximo real num setor de saúde brasileiro, sem dúvida, eu investiria no fortalecimento e na expansão dos serviços de atenção primária.

Eu tenho mais informações sobre isso. Vemos neste gráfico uma análise que fizemos comparando a eficiência da média e da alta complexidade com a eficiência da atenção primária. Então, o que observamos? Essa linha laranja com inclinação, como dizemos no "economês", representa a taxa de relação entre um nível de atenção e outro nível de atenção, mas, basicamente, ela está nos dizendo que, quanto mais eficiente a atenção primária, mais eficiente vai ser o sistema como um todo. E mais ainda: isso é em retornos crescentes. Ou seja, quando a atenção primária vai ficando mais eficiente, o impacto na eficiência da média e alta complexidade é ainda maior. Portanto, o investimento em atenção primária terá um retorno que é mais do que o dobro.

Eu tenho um exemplo que deixará bem claro o que estou falando, que trata da questão das internações evitáveis. Eu sei que é um indicador ainda um pouco controverso na saúde, mas vemos que, no Brasil, o Sistema Único de Saúde gasta mais ou menos 2 bilhões ao ano com internações evitáveis, que são aquelas internações que são sensíveis. Se a atenção primária for boa, aquelas internações não vão ocorrer.

Então, tentamos fazer uma relação aqui entre eficiência da atenção primária e o gasto com internações evitáveis. Tudo bem que não existe uma relação direta, porque há alguns *outliers*, alguns Municípios que estão lá em cima. Mas vemos que, neste ponto



aqui (*mostra gráfico*), em média, eu diria que os Municípios mais eficientes, que têm um escore de eficiência mais alto, evitam mais essas internações, ou seja, é uma conta simples, Secretário, você pode ver quanto pode ser economizado só fazendo a atenção primária mais eficiente.

A outra coisa é que, além de ter uma relação entre eficiência na atenção primária e na média e alta complexidade, o que observamos também é que, quanto maior a cobertura das equipes do Saúde da Família, maior vai ser a eficiência da atenção primária no Município. De novo, a questão é expandir a atenção primária.

Esta semana — e vocês acompanharam o noticiário — houve várias discussões sobre como o setor privado de saúde suplementar no Brasil — o que ocorre não só aqui, mas em muitos outros países também —, a exemplo da Amil, UNIMED e outros operadores, está fortalecendo o serviço de atenção primária como uma forma de conter custos, de regular o cuidado. Vou voltar um pouco a esse assunto.

Então, as propostas do Banco Mundial, como eu falei, estão nestes documentos (*mostra documento*). Temos algumas cópias aqui. Nós podemos distribuí-las até o final da sessão.

O documento tem, se eu não me engano, 11 propostas. Claro, eu não vou entrar nos detalhes de todas, mas são propostas que focam na gestão do sistema; focam em questões que, como bons economistas, nós classificamos em demanda e oferta. Então, há algumas propostas do lado de demandas, algumas propostas do lado da oferta, além das formas de financiamento. E o objetivo é melhorar a qualidade, focar em resultado, em eficiência, além de melhorar o acesso e a proteção financeira.

Há dois pontos que vou comentar mais, o primeiro deles é a questão das redes integradas. É essencial fazer os Municípios trabalharem juntos, não só os Municípios, mas os provedores também. Falamos um pouco sobre a questão da fragmentação geográfica.

O segundo ponto é introduzir a função de porta de entrada. Em todos os países que têm sistema universais de saúde, principalmente no Canadá e no Reino Unido, a atenção básica, a atenção primária é a porta de entrada. Há uma coisa romântica, como a Declaração de Alma-Ata, da década de 70, que fez 40 anos o ano passado, mas acho que evoluímos para a racionalidade econômica também.



A atenção primária não é só para garantir que as crianças sejam vacinadas, o que é importante; ou que os pré-natais sejam feitos. A atenção primária é importante também para garantir a regulação do cuidado. Ou seja, as pessoas só vão ter acesso a serviços de média e alta complexidade se tiverem o encaminhamento do médico da família. Essa não só é uma questão humanitária, para garantir o serviço, mas também é uma questão de eficiência econômica.

O maior desafio de qualquer sistema de saúde — vários Ministros, Secretários e profissionais de saúde entendem assim — é regular o acesso, fazer um acesso racional. No setor de saúde, os economistas podem dizer que há muita assimetria de informação. Então, você tem que ter uma entidade ou um ente que coordene o cuidado, que regule o acesso ao cuidado. E, na maioria dos sistemas universais de saúde, esse regulador é o médico da família ou a equipe do Saúde da Família.

O último ponto sobre isso é reformar o pagamento aos prestadores. Lembro-me de que o Deputado, ex-Ministro, dizia que no Brasil pagamos pela doença. Então, realmente temos que evoluir no sistema de pagamento e pagar para que os profissionais mantenham as pessoas saudáveis, mantenham as pessoas fazendo o serviço de acompanhamento, principalmente numa situação de aumento de casos de doenças crônicas, aumento de envelhecimento populacional. Então, há necessidade de pagar aos provedores, pagar aos profissionais de saúde, para que eles consigam fazer o cuidado de forma longitudinal, o que é essencial.

É claro que isso envolve a engenharia de pensar o pagamento, a complexidade de um País com mais de 5 mil Municípios e as formas de transferências entre diferentes entes da Federação.

Os pontos principais, como eu disse, são a implementação de redes de assistência à saúde. Eu sei que já existe no Brasil muito conhecimento formado sobre isso, mas um ponto essencial é pensar essas redes de assistência à saúde e pensar os incentivos dessa rede de assistência à saúde.

O segundo ponto é uma melhor coordenação com o setor privado. E uma das coisas é que observamos, quando fizemos análises sobre as incidências do benefício nos gastos com saúde, é que os gastos do Sistema Único de Saúde, os gastos públicos, beneficiam os mais pobres. Quando você considera os gastos com saúde suplementar,



principalmente os gastos com renúncia fiscal de seguro-saúde, você constata que esses gastos são regressivos porque eles beneficiam os mais ricos da sociedade.

Então, esses gastos representaram 13 bilhões de reais para 2018, de acordo com a Secretaria do Tesouro Nacional. Então, uma das propostas que temos é revogar esses gastos. Temos um Sistema Único de Saúde que oferece seu serviço a todos os cidadãos. Então, esses gastos poderiam ser introduzidos no SUS. E eles são gastos tributários, gastos indiretos, que beneficiam, como eu disse, uma pequena parcela da população, ou seja, são altamente regressivos.

Outro objetivo é estimular a provisão privada do serviço de saúde. Já mostrei dados sobre as OS, sobre o serviço social autônomo, mas também existe um esforço para haver cooperativas de profissionais, como no Reino Unido, onde os médicos da família se juntam e proveem serviços ao sistema de saúde inglês. São 7.500 médicos da família no sistema inglês, sendo que nenhum é funcionário público, ou seja, todos são contratados pelo sistema.

Portanto, existe a necessidade de se pensar um pouco sobre a provisão privada. Temos a evidência de que a provisão através de organizações sociais e serviços sociais autônomos são mais eficientes, mas também é possível explorar outras possibilidades com o setor privado.

Como eu já disse, é preciso expandir a cobertura da ação primária em 100% e introduzir a porta de entrada. Nesse sentido, o Ministério tem sinalizado a criação da Secretaria Nacional de Atenção Básica, o que é um avanço. Ou seja, eu imagino que seja necessário enxergarmos a importância relativa da atenção primária.

E uma coisa importante, que também é controversa, é ampliar o escopo da prática dos outros profissionais, como, por exemplo, enfermeiras. Quando você vai a países como o Reino Unido e o Canadá, você observa que o primeiro ponto de contato numa equipe de saúde da família é uma enfermeira, não é um médico. Então — e eu até já falei —, o Governo poderia pensar para o futuro o "Mais Enfermeiras". Isso significa aumentar o papel das enfermeiras no sistema de saúde, como é feito ao redor do mundo, porque o custo de produzir é menor, a massa salarial é menor e, na verdade, elas já fazem muitas coisas no sistema. Então, sem dúvida, aumentar o escopo da prática desse profissional é essencial e é feito nos outros países que têm sistemas universais e até sistemas públicos também.



É preciso racionalizar a oferta de serviços ambulatoriais. Isso se refere àquilo que eu disse sobre os hospitais de pequeno porte. Mas não só hospitais de pequeno porte, eu iria até além e diria que também sejam incluídos os hospitais de menos de 100 leitos. É preciso racionalizar a oferta de serviço hospitalar no Brasil. Esses hospitais são ineficientes e matam mais.

Nós fizemos análise de cardiologia, oncologia e maternidade e vimos que, em todas essas especialidades, existe uma relação direta entre mortalidade e volume. É preciso racionalizar. Eu sei que isso é controverso, porque os Municípios não vão querer perder um hospital — ninguém quer perder um hospital na cidade —, mas nós podemos ser inovadores nisso. Há exemplos de Estados fazendo convergência: pegando os hospitais de pequeno porte e transformando-os em cuidados intermediários, assistência aos idosos, etc.

Portanto, é necessário pensar como podemos pegar o financiamento desses hospitais e trazê-lo para a atenção primária. Ontem, fizemos uma conta e chegamos ao total de 1,8 bilhão de reais por ano, que é o valor gasto nesses hospitais de pequeno porte, o que poderia representar recursos adicionais, Secretário, para a atenção primária.

Aqui fizemos um gráfico só para tentar ilustrar um pouco, que mostra o ponto principal da função de reguladora da atenção primária. Hoje o que acontece é que você tem a demanda espontânea — nem todo mundo passa pela atenção primária — e a demanda programada. Ou seja, você quer evitar que as pessoas vão ao serviço de saúde sem que recebam um encaminhamento da atenção primária. A atenção primária tem que fazer a regulação disso aqui.

E é claro que há o desafio disso aqui também: como incorporar o setor de saúde complementar dentro do sistema, para que não haja uma porta alternativa? Hoje temos uma porta dupla.

Então, temos que pensar essas duas coisas. A primeira é a função de porta de entrada. É essencial haver uma função de porta de entrada como reguladora da atenção primária e que essa porta de entrada também seja a porta de entrada da saúde suplementar. Temos que pensar em toda a engenharia disso, mas temos algumas propostas no documento.

E a segunda sugestão é que haja um sistema de referência e contrarreferência. Ou seja, não basta apenas que o paciente vá até aqui, entre para o serviço de média e alta



complexidade; é necessário que ele também volte. E aqui a regulação deve existir. Nesse caso tem que se pensar nas formas de pagamento: como pagaremos tantos esses daqui quanto esses daqui, de forma que essa referência e contrarreferência aconteça de fato?

Há a questão do financiamento. Como eu disse antes, existe o escopo de aumentar os gastos com atenção primária, que é basicamente oferecida pelos Municípios. Então, existe o escopo de aumentar o financiamento. Segundo os cálculos que fizemos, existe um escopo de até 21 bilhões de reais por ano, seja de ganhos de eficiência, seja de ganhos de transferência da média e da alta complexidade para a atenção primária. Esse recurso é incorporado à atenção primária, sendo transferido principalmente aos Municípios, que são os executores na ponta das políticas de saúde, principalmente da atenção primária.

Vou falar um pouco sobre o futuro do SUS. É claro que é essa a discussão que tem sido feita nos últimos anos, desde a celebração dos 30 anos do SUS, mas o ponto principal é que temos desafios. Entre estes, há os desafios atuais: o desafio da qualidade, sobre o qual já falei; o desafio da gestão; o desafio das eficiências. Mas também há desafios próximos, como o que está em discussão na Previdência: o envelhecimento populacional. Mas essa discussão é importantíssima para a saúde também, como todos sabemos aqui. Então, temos os desafios futuros, que não são tão futuros assim, mas estão na porta já: envelhecimento da população, o que vai aumentar os gastos com saúde, e o aumento de carga de doenças crônicas. Esses dois fatores vão trazer um peso ainda maior para a necessidade de financiamento e eficiência do sistema.

Por fim, como eu disse no início, o Banco Mundial usa o SUS como exemplo para outros países, mas também espera que esses documentos e os trabalhos que temos feito sejam um impulsionador de mudanças.

Obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Agradeço a apresentação do Dr. Edson Araujo, do Banco Mundial. Trata-se de uma visão que nos é útil, porque compara o Brasil com outros países, e outras soluções são estimuladas.

Agradeço também ao representante Conselho Nacional de Saúde, que está presente, representado pelo Sr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho, Vice-Presidente. Quero também lembrar que temos uma boa notícia: a equipe técnica do Tribunal de Contas da União foi substituída. Há um rodízio lá não só dos Relatores, como também das equipes



técnicas. Então, temos o Carlos Augusto de Ferraz aqui, que representa uma nova visão sobre tudo o que já foi discutido e decidido pelo TCU. E esperamos que agora, com essa nova equipe do TCU, possamos avançar mais no sentido de poder dar eficiência às medidas.

Já conhecemos esse diagnóstico faz tempo. O problema é como implementar a solução dessas questões. E as tentativas de avanço precisam ser respaldadas e ter velocidade de entrega para a população. Depois, vamos tratar disso oportunamente em outras audiências públicas sobre informatização de saúde e formação dos agentes comunitários, as quais serão realizadas na Comissão de Fiscalização Financeira e Controle. Nós vamos tratar dessas questões nessas audiências.

Então, eu vou passar a palavra aos nossos companheiros de Mesa. Vou lembrar que o ideal para nós é que isso seja um debate. Portanto, quanto mais sucintas as colocações, mais teremos oportunidade de ouvir os Parlamentares e responder as dúvidas que eles tenham, até para aproveitar a presença dos Parlamentares aqui, porque eu sei que muitos têm outros compromissos.

Quero cumprimentar o Deputado Hiran Gonçalves, ex-Presidente desta Comissão, que também está prestigiando o evento.

Eu vou passar a palavra ao Sr. Mauro Junqueira, Presidente do CONASEMS, para suas considerações. O tempo máximo é 15 minutos. Peço-lhe a maior brevidade possível, para iniciarmos o debate com os Parlamentares.

O SR. MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA - Bom dia a todos e a todas. Gostaria de cumprimentar o ex-Ministro e agora Deputado Federal Ricardo Barros, agradecendo-lhe o convite. Cumprimento o João Gabbardo, do Ministério da Saúde; o Carlos Augusto, da SECEX Saúde, do Tribunal de Contas da União; o Edson, do Banco Mundial; o Dr. Leonardo Vilela, do CONASS.

Eu sou Secretário de Saúde há 25 anos e atuo no sistema de saúde desde 1986, desde as Ações Integradas de Saúde. Presido hoje o CONASEMS, que representa os 5.570 Municípios e tem o dever de zelar pelo cumprimento da ordem constitucional, dar informação aos Secretários Municipais de Saúde e fazer com que as discussões tripartites cheguem à ponta, a esses 5 mil Municípios.

O SUS existe para 200 milhões de habitantes, ele é para todos nós. Todos nós usamos o SUS. Há 150 milhões de brasileiros que têm o SUS como seu único plano de



saúde, e para eles são disponibilizados 48% dos recursos para saúde. Para os outros 50 milhões de brasileiros, que dizem que não usam o SUS, são disponibilizados 52% dos recursos. Esses que dizem que não usam o sistema único esquecem que compram medicamento em farmácia e, quando o fazem, o SUS está lá, desde o começo da cadeia produtiva até o medicamento chegar à ponta. Esses que dizem que não usam SUS esquecem que, se sofrem um acidente de trânsito em qualquer lugar deste País, quem chega primeiro é o SAMU. Se alguém toma uma facada, é o SAMU e o hospital público que salvam a vida. Se há um acidente numa barragem, como o que aconteceu em Minas Gerais, em Brumadinho, quem chega primeiro é o SAMU, é o Corpo de Bombeiros. Então, o SUS é para todos nós.

Esses 50 milhões de brasileiros que dizem que não usam o SUS, no começo do ano, principalmente em março, pegam todo o gasto privado que tiveram em saúde, com os planos de saúde, por exemplo, e abatem no imposto de renda. Isso significa uma isenção fiscal na casa dos trinta e pouco bilhões de reais, recursos que poderiam ser disponibilizados para o SUS.

Antes de entrar num documento que nós produzimos e divulgaremos a partir de hoje, quero comentar algumas questões apontadas pelo nosso amigo Edson, do Banco Mundial, com relação à cobertura da atenção básica. Nos últimos 5 anos a nossa cobertura de atenção básica está na casa de 60%. O motivo é falta de médico? Não. É a Lei de Responsabilidade Fiscal, que impede o Prefeito de gastar mais do que 50% dos recursos com pessoal. É a dificuldade do Prefeito, principalmente nos Municípios brasileiros com menos de 20 mil habitantes, mais de 70% do total, que recebe o recurso para exercer o cargo e não pode pagar mais para um profissional de saúde, principalmente para um médico, que não consegue ir para essas cidades para ganhar 6 mil, 7 mil, 8 mil reais. Então, nós temos que discutir a Lei de Responsabilidade Fiscal, principalmente se quisermos efetivamente chegar a 100% de cobertura da atenção básica.

Edson, nós queremos chegar a 100% de cobertura da atenção básica — atenção básica ou atenção primária, da forma como quiserem chamar — com ampliação de acesso, mas também com melhoria na qualidade. Nós precisamos formar os profissionais para medicina de família e comunidade. Nós temos neste País apenas 5.500 médicos



formados nessa especialidade, e essa é a cadeira de graduação em que sobra vaga todo ano, pois ela não tem atrativo.

Da mesma forma, é preocupante que a formação para pediatra e obstetra não atraia mais profissionais neste País. Nós estamos com dificuldades e, em pouco tempo, vamos ter problema para conseguir pediatra e obstetra, porque os profissionais de saúde não vêm essas formações como atrativas.

Então, eu acho que aí é preciso a mão do Estado para induzir o processo e anunciar: *"Vamos abrir tantas vagas nas universidades públicas, que têm que servir para formar essas cadeiras"*.

Precisa-se dificultar um pouco mais a questão da subespecialização. Daqui a pouco, nós estaremos formando o cidadão para cuidar do dedão do pé direito, tamanha é a quantidade de subespecialidades que nós estamos discutindo. Então, é um cenário que precisa ser discutido para melhorarmos a atenção básica, termos profissionais capacitados para atender a população e sermos mais resolutivos.

A questão do subfinanciamento é clara. Nós temos 3 reais e 89 centavos por habitante por dia, para cuidar da saúde, para cumprir tudo o que está na Constituição Federal: saúde integral, equânime, igualitária, para promoção, proteção, recuperação, reabilitação, para fazer desde o primeiro atendimento da atenção básica, como porta de entrada, até um transplante de órgãos, até um medicamento de alto custo, até um atendimento de SAMU, até uma cirurgia de alta complexidade.

Esses 3 reais e 89 centavos são menos do que custa uma passagem de metrô em São Paulo. A 3 reais e 50 centavos por dia, nós compramos uma motocicleta neste País, que é a segunda causa de maior mortalidade neste País. E o Brasil ainda se dá ao luxo de dar isenção fiscal para a fabricação de motocicleta, um veículo que levou 162 mil brasileiros às nossas salas de urgência, de órteses e de próteses e de reabilitação. E elas foram parar na Previdência no final, porque essas pessoas se encostam e às vezes vão para a aposentadoria.

Fala-se em gestão. Há problemas de gestão no SUS? Sim, é lógico. Eu estou há 3 anos e meio como Presidente do CONASEMS. Meu mandato encerra-se agora em julho. Nesses 3 anos e meio, eu estou fazendo contato com o quinto Ministro. Nesses 3 anos e meio, pelos 26 Estados, passaram 47 Secretários de Estado da Saúde. E já passa de 3 mil o número de Secretários Municipais novos.



Então, não há o que se discutir. Com essa rotatividade toda na gestão municipal, estadual e federal, é lógico que vai haver problema de gestão. Não há continuidade nas políticas. E por que rodam? Porque nós, secretários municipais, somos iguais a técnico de time de futebol: quando a torcida reclama, troca-se o técnico. É isso o que acontece com um Secretário Municipal de Saúde. A judicialização está na porta. O juiz chega à minha porta, ele sabe onde eu moro, ele sabe onde eu busco alimentação, ele sabe onde é a secretaria municipal de saúde. Ele manda toda hora cumprir mandados em 24 horas, sob pena de condução coercitiva, com multas diárias.

O Secretário Municipal de Saúde é ordenador de despesa. A partir do momento em que assumiu a pasta da saúde, o CPF dele está comprometido pelos 30 ou 40 anos seguintes. Independentemente do tanto de dias que ele conseguir ficar, até por que fica pouco, ele vai responder aos órgãos de controle por tudo aquilo que ele fez. É diferente dos outros colegas de outras pastas das secretarias do Município. Ele é o único, além do Prefeito, que é ordenador de despesa. E ele trabalha em uma carga horária que não é só de 8 horas, igual a do Secretário de Educação, do Secretário de Turismo ou do Secretário de Administração. Na hora em que a prefeitura fecha, os problemas do Secretário de Saúde continuam: é a ambulância que não saiu, o médico que não foi dar plantão, a picada de mosquito que virou um problema, uma picada de cobra que demanda a aplicação de um soro, a vacina que faltou. Quando você acorda no dia seguinte, está lá o despachante do Juiz na porta, com mandado de segurança para você cumprir em 24 horas.

Então, ninguém mais quer ser Secretário de Saúde neste País por causa disso. É muita dor de cabeça para um salário que nem vale a pena comentar.

Nós temos que melhorar, sim, a atenção primária. Nós temos que formar profissionais de medicina de família e comunidade, não só médicos, mas também enfermeiros, ou seja, toda a equipe.

Nós temos que mudar a questão da residência, torná-la mais atrativa, discutir a mão de obra para o Estado induzir, aproximar a Academia do Sistema Único de Saúde. A Academia está muito longe do Sistema Único de Saúde. Nós não formamos profissionais nas nossas universidades públicas para o Sistema Único de Saúde. Eles ficam cooptados pela iniciativa privada, dentro da universidade pública. Então, ali nós temos que ter uma mão forte para poder orientar como fazer.



Temos que trabalhar, sim, a questão da regionalização com participação tripartite. Não deve ser uma regionalização só feita pelos Municípios, por meio de consórcios ou outras formas, é preciso que o Estado e a União participem na área de saúde, para fazer essa reestruturação.

Nós temos, sim, que discutir a questão das emendas impositivas, no sentido de ajudar a organizar e vencer os vazios assistenciais. Não dá para o meu Prefeito ou qualquer outro chegar aqui e levar uma ressonância magnética ou um mamógrafo para um Município de 10 mil a 20 mil habitantes. Elas vão ficar na caixa, paradas, como tem ocorrido em muitos Municípios.

Então, nós temos que discutir com este Congresso, com os Prefeitos, com o Estado e a União. As emendas impositivas são muito importantes para nós, mas elas não podem desorganizar a assistência na ponta. É preciso que o Parlamentar olhe o vazio assistencial na saúde daquela região e possa fazer assim a sua indicação de emenda.

Nós produzimos no CONASEMS e vamos divulgar um documento que traz uma nova preocupação, documento que está inteiramente ligado a essa questão que nós estamos discutindo hoje. Eu tenho 4 minutos só, vou avançar.

Em relação à desvinculação dos orçamentos públicos, é preciso olhar a questão e fazer uma discussão rápida sobre isso, pois 93% das despesas primárias têm um destino predefinido por lei. Então, para a União, a desvinculação vai significar quase nada.

As receitas destinadas à execução de políticas essenciais para o desenvolvimento social apresentam-se com o risco de fragilizar ainda mais o financiamento do segmento da saúde e da educação. Como consequência, o Estado, procurando garantir a sustentabilidade fiscal, pode se enfraquecer com agente promotor e garantidor do desenvolvimento nacional e redutor das desigualdades sociais e regionais.

A questão das renúncias fiscais tem que ser discutida rapidamente. Esse tema tem que ser abordado. De 2003 a 2017, o País abriu mão de 4 trilhões em renúncia fiscal — 4 trilhões! Isso é muita coisa! Se trouxermos esse número para a saúde, todo ano nós damos dois orçamentos do Ministério da Saúde em renúncia fiscal. Eu vou registrar mais uma vez: temos renúncia fiscal para fabricação de motocicleta, caminhões e linha branca, para abater no Imposto de Renda daqueles que falam que não usam o SUS. Nós temos que ter coragem de discutir isso.



Os Estados, por sua vez, para buscar melhor competição e atrair empresas, abriram mão de 50 bilhões, em 2014, e de 60 bilhões, em 2015, em renúncia fiscal. É preciso discutir essa questão, para que nós possamos apresentar soluções e ter recursos.

Em 2017, em ações e serviços públicos de saúde, os Municípios colocaram 31 bilhões além do mínimo constitucional. Nós pegamos todo o IPTU dos Municípios e colocamos na saúde. Os Estados, por sua vez, aplicaram 8,3 bilhões. E a União aplicou 6 bilhões. Nós temos um quadro que nós estamos discutindo em que mostramos essa aplicação desde 2012 até 2015.

Nós subtraímos dos recursos do Orçamento Geral da União a questão das desvinculações, aquelas que possivelmente não entrarão no cômputo de desvinculação, ou seja, pagamento de juros e encargos da dívida e respectiva amortização, benefício previdenciário, transferências para Estados e Municípios e folha de pagamento. Isso não vai ser desvinculado, pois são despesas obrigatórias. Então, do orçamento de 3 trilhões da União, sobram apenas 562 bilhões para serem desvinculados.

O documento vai ser distribuído aqui pelo CONASEMS e vai ficar à disposição também. Mas a nossa preocupação é que, com a desvinculação que está sendo veiculada, nós podemos ter um Município que não vai fechar a porta, um Município que não consegue fechar porta nenhuma de assistência, porque a população que está lá cobra, e esse Município já está colocando, em média, 24% de recursos próprios na saúde. A União, por sua vez, pouco pode desvincular, porque tem uma sobra muito pequena para ser distribuída pelo Governo Federal. E os Estados, que já estão comprometidos — nós temos seis Estados da Federação com insuficiência no financiamento, com decreto de falência financeira —, vão gradativamente retirar mais e mais recursos da saúde. Esse ente, sim, vai tirar recurso da saúde e da educação para se equilibrar, porque está numa situação muito difícil. Então, esta é mais uma questão para ser discutida.

Nós entendemos e estamos à disposição para o debate, para que possamos avançar. Nós defendemos o Sistema Único de Saúde. Ele funciona! Nós fazemos muito com muito pouco recurso.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Mauro Junqueira.



Eu quero registrar aqui a presença do Deputado Professor Alcides, da Deputada Adriana Ventura, do Deputado Paulo Nogueira, do Deputado Pedro Westphalen, do Deputado Hiran Gonçalves, Deputado Santini, Deputado Alcides Rodrigues, Deputada Dra. Soraya Manato, Deputado Jorge Solla, Deputado Alexandre Padilha, Deputada Flávia Arruda, Deputado Luiz Lima e Deputado Dr. Luiz Ovando, que estão prestigiando a nossa reunião, que tem um excelente quórum para uma quinta-feira de manhã. Digo isso apenas para destacar como é importante e valorizado o debate sobre o SUS — Sistema Único de Saúde. Aqui nós trazemos todas as visões, principalmente as dos atores que fazem com que o SUS aconteça: União, Estados e Municípios.

Tem a palavra o meu colega Deputado Leonardo Vilela, que é Presidente do CONASS — Conselho Nacional de Secretários de Saúde, por até 15 minutos.

O SR. LEONARDO MOURA VILELA - Obrigado, Deputado e ex-Ministro da Saúde Ricardo Barros.

Quero cumprimentar o Edson Araujo, o Carlos Augusto, o João Gabbardo, o colega Mauro Guimarães, do CONASEMS — Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, e todos os Parlamentares presentes.

É importante contextualizar aquilo que o Edson, do Banco Mundial, apresentou no seu relatório. Do Conselho Nacional de Secretários de Saúde participam Secretários dos 26 Estados e do Distrito Federal, e nos últimos 4 anos é recorrente naquela entidade a ideia de que temos duas agendas prioritárias: a primeira é a gestão, que foi muito bem abordada pelo Edson; a segunda é o financiamento. Nós não podemos esquecer que, além dos problemas de gestão, existe um problema crônico de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde — SUS. E isso é importante colocar dentro desse contexto.

Sobre a gestão, eu gostaria de acrescentar algumas visões do CONASS em relação ao que foi apresentado pelo Edson. Nós concordamos plenamente que a escala é um problema sério. Veja bem, Edson, a maioria dos 5.570 Municípios — o Mauro pode confirmar isso — tem gestores que ganham pouco mais de 1 salário mínimo. Que nível de gestão, de conhecimento e de qualificação nós podemos esperar desses gestores que ganham pouco mais de 1 salário mínimo e que têm auxiliares diretos que ganham exatamente 1 salário mínimo para fazer a gestão da saúde municipal? Essa é a realidade da grande maioria dos mais de 5.000 Municípios do Brasil.



E nós começamos a perceber distorções. Nas Secretarias de Saúde dos Estados há profissionais que ganham entre um terço e um quinto do que ganham os profissionais de controle do próprio Estado, ou seja, na área finalística muitas vezes trabalham economistas, contabilistas e advogados que ganham, Secretário Carlos Augusto, uma fração do que ganham os mesmos profissionais que estão no controle interno ou nos órgãos de controle externo, como os Tribunais de Contas dos Municípios, dos Estados e da União.

A qualificação dos profissionais, Presidente e Ministro Ricardo Barros, também é totalmente diferente. Muitas vezes — ou na maioria das vezes, porque isso é constante —, nos órgãos de controle interno do próprio Estado nós encontramos profissionais mais bem remunerados e muito mais qualificados do que nas Secretarias Estaduais. Há profissionais muito qualificados que fazem controle e profissionais pouco qualificados que atuam fazendo licitação, pregão eletrônico, fiscalização de contratos e redigindo termos de referência. Essas são fragilidades de gestão. Na minha opinião, como ex-gestor — eu fui Secretário de Saúde de Goiás durante 4 anos —, isso é uma inversão de valores.

Agora, nós entramos em outra questão que tem sido extremamente prejudicial, que é a crescente judicialização da saúde, que traz problemas gravíssimos no seu bojo. Primeiro, ela desorganiza o orçamento. A cada ano, o gestor reserva uma quantidade de recursos para a judicialização. Enquanto as receitas de Estados, Municípios e União aumentam de 2% a 3% em termos reais ao ano, a judicialização aumenta 30%, 40%, 50% ao ano. Isso estoura o orçamento e compromete qualquer processo de planejamento por parte do gestor. Se com a judicialização o dinheiro é usado para pagar um tratamento particular, para pagar um medicamento que não existe no SUS, vai ser necessário tirar recurso da atenção primária ou do atendimento da média e da alta complexidade. Enfim, esse recurso vai ter que sair de algum lugar.

Além do mais, as punições para o gestor são cada vez mais frequentes. O Mauro já falou sobre bloqueio de contas, bloqueio de bens e pedido de prisão quando não se consegue entregar, em 24 horas, um medicamento que só existe da Índia, que não tem registro no Ministério ou que não tem registro da ANVISA. Isso é impossível de se fazer.

Essas punições geram constrangimentos, e o resultado disso é a altíssima rotatividade. Corroborando aquilo que o Mauro falou, nós estamos no início do mês de abril, e quatro Secretários Estaduais que assumiram no dia 1º de janeiro já foram



substituídos. Foram quatro Secretários Estaduais, média de um por mês. E a rotatividade dos Secretários Municipais é ainda maior. Não existe continuidade de gestão.

Há outras questões que o Mauro já levantou, como a Lei de Responsabilidade Fiscal. Vejam bem, tanto a atenção primária em saúde quanto a atenção de média e alta complexidade são extremamente intensivas em mão de obra. A saúde é feita com médico, enfermeiro, odontólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, psicólogo, com profissionais de saúde. Quando a Lei de Responsabilidade Fiscal coloca limites de 50%, de 60% de comprometimento da folha de pagamentos em relação à receita corrente líquida do ente federativo, seja do Estado, seja do Município, ela não leva em conta as particularidades da saúde. Na estratégia de saúde da família, 90% do gasto corresponde à mão de obra dos profissionais de saúde. Em um hospital de média ou alta complexidade, 70% do custo corresponde aos profissionais de saúde, e 30% ao resto, que são insumos como medicamentos, água, luz e outras despesas.

Se nós queremos ampliar a atenção primária, como nós vamos fazê-lo se temos um limitador legal, que é a Lei de Responsabilidade Fiscal, se depois os Tribunais de Contas vão cobrar isso dos gestores, dos ordenadores de despesas, e se nós temos limites orçamentários? Nós vamos ficar estagnados.

Nós conseguimos um grande salto quando, nos últimos 15 anos, a cobertura estratégica de saúde da família saiu de 30% a 40% e foi para 60% a 65%. Se a Câmara dos Deputados não fizer alguma mudança, se o Congresso não fizer alguma modificação, vamos ficar estagnados, com tendência a regredir.

Com a emenda constitucional que instituiu o teto de gastos, fazemos a projeção de que, nos próximos 20 anos, o volume dos recursos destinados à saúde diminua em relação ao PIB. Enquanto países do mundo inteiro, em desenvolvimento e desenvolvidos, aumentam os gastos de saúde em relação ao PIB, o Brasil tende a ter um comportamento inverso: nos últimos 20 anos, nós tivemos uma linha horizontal contínua e mantivemos na saúde 1,6% dos investimentos da União em relação ao PIB. Do jeito que as coisas vão, pelas leis e pelas limitações — e isso pode ser agravado ainda mais se vier para o Congresso uma proposta de emenda constitucional de desvinculação das receitas da União —, os Estados não vão aplicar os 12% constitucionais da receita corrente líquida na saúde. E os Municípios já estouraram o limite. É uma situação extremamente grave.



Eu também afirmo que a situação fiscal que o Brasil atravessa — os entes federativos, sejam Estados, sejam Municípios, não estão em situação diferente — compromete os investimentos em saúde. Hoje, Estados e Municípios têm dificuldade para pagar em dia o salário, que é uma coisa básica. Assim, com certeza, os investimentos em saúde ficam extremamente prejudicados.

Eu gostaria de falar mais. O Edson mostrou aqui que as parcerias com o terceiro setor e com o setor privado podem ser um caminho para melhorar a gestão. Isso está acontecendo na atenção primária à saúde, na média e na alta complexidade. Mas aí vem o grande receio: nós temos visto a burocratização dos contratos de gestão por parte dos órgãos de controle, por parte dos órgãos fiscalizadores. As parcerias de 20 anos feitas com organizações sociais e, mais recentemente, com serviços sociais autônomos — esta é a instituição jurídica do Hospital de Base, aqui de Brasília — foram importantes, porque seus regulamentos de compras, regulamentos de contratação de serviços e de contratação de pessoal eram muito menos burocráticos do que aqueles a que está submetida a administração direta. Quando vemos as exigências feitas a essas parcerias cada vez mais se aproximando das exigências da fiscalização em relação à administração direta, daqui a uns dias não haverá nenhuma vantagem em fazer parcerias com o terceiro setor. Será preferível assumir o ônus e continuar com a administração direta, apesar de todas as dificuldades.

A Lei de Licitações não considera as particularidades da saúde. A judicialização ou o questionamento de uma empresa que perde a concorrência pode levar a um vácuo, a um vazio de gestão durante até 10 anos, enquanto a Justiça não tomar uma decisão. Então, como foi falado, aqueles 20 ou 30 bilhões de reais de ineficiência do SUS são consequência não apenas de omissão, de desqualificação, de falta de conhecimento do gestor, mas também das condições às quais ele está submetido.

Deputado Ricardo Barros, para concluir a minha breve fala eu gostaria de chamar atenção para outra preocupação do CONASS: o pacto federativo. Há 30 anos, quando foi criado o SUS pela Constituição de 1988, a União participava com 72% de todos os recursos aplicados na saúde pública no Brasil. Hoje a União participa com 42% desses recursos. Em 1988, o SUS foi criado com a concepção de gestão tripartite. Um dos seus pilares foi a gestão tripartite entre Estados, Municípios e União. Naquela época, a União participava com 72% dos recursos, e Estados e Municípios arcavam com 28%. Hoje a



União participa com 42%, enquanto Estados e Municípios participam com 58%. Isso é uma distorção. Os Municípios estão absolutamente asfixiados e não conseguem aumentar os investimentos em saúde. Os Estados caminham na mesma direção, há vários Estados em situação caótica. Os exemplos estão aí, eu não preciso citar nominalmente nenhum Estado. Enquanto isso, a União cada vez mais se retira desse financiamento. Essa é uma equação que deve ser discutida pelas Sras. Parlamentares e pelos Srs. Parlamentares, porque ela agrava a situação da saúde no Brasil.

Muito obrigado. Estamos à disposição para o debate.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Secretário Leonardo Vilela.

Passo a palavra ao Sr. Carlos Augusto de Melo Ferraz, Secretário da Secretaria de Controle Externo da Saúde — SECEXSAÚDE, do Tribunal de Contas da União, por 15 minutos no máximo.

Quero registrar a presença da Vereadora Catarina Severo e do Vereador Leonardo Vargas, de Rosário do Sul, no Rio Grande Sul, terra do Gabbardo.

O SR. CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ - Bom dia. Cumprimento o Exmo. Deputado Ricardo Barros, os demais componentes da Mesa, os Deputados aqui presentes e os demais cidadãos que estão nesta audiência.

Eu vou dividir minha fala em três etapas. Primeiro, vou fazer comentários inaugurais; depois, vou falar da coerência das propostas do Banco Mundial em relação àquilo que o Tribunal vem decidindo, em relação àquilo que preconiza a literatura mundial; por fim, vou falar do alinhamento que existe entre o diagnóstico do Banco Mundial e o que o Tribunal está se propondo a fazer doravante.

Eu começo dizendo que o Tribunal de Contas é, preponderantemente, um órgão de fiscalização da legalidade, porque essa atribuição lhe foi dada por este Congresso. Muitas vezes, os gestores têm a expectativa de promover avanços, que são esperados e são positivos, mas essas questões devem ser tratadas nesta Casa, no Congresso Nacional. O Congresso Nacional, por meios das normas que cria, define a atuação do TCU. Então, não se espere que o Tribunal aja de forma diferente em relação àquilo que esta Casa determina. A mesma coisa acontece com o Judiciário. Cito um exemplo: o Congresso Nacional criou na Constituição de 1988 o princípio da integralidade, regulamentado somente em 2013. Foi dito que integralidade era agir de acordo com os protocolos etc.



Depois, por meio de uma lei ordinária, tentou-se mudar o conteúdo do que era estabelecido na Constituição. Naturalmente, o Poder Judiciário, ao discutir a questão da judicialização, não viu com bons olhos a interpretação da lei que teve a pretensão de fazer essa mutação constitucional. Os órgãos de controle observam a legalidade, algo que precisa ser considerado. Então, o Congresso precisa discutir e definir políticas para que os órgãos de controle atuem adequadamente.

Como exemplo de como isso funciona em outros países, além de citar o caso da integralidade, eu indico o Government Performance and Results Act, que é uma lei de desempenho e resultados do Governo americano. No Brasil nós nos preocupamos em discutir como é o processo de licitação e quem ganha a licitação. Lá eles têm uma lei de desempenho e resultados. No final daquela lei que regulamenta o desempenho das instituições — vou fazer uma tradução precária — afirma-se que aquele texto legal não gera direitos subjetivos. Nós temos o hábito de criar direitos subjetivos, quando, às vezes, não há provisão de recursos para isso. Se direitos subjetivos foram criados, esses direitos são exigíveis perante o Poder Judiciário, e o resultado disso é a judicialização. Então, não é possível culpar os órgãos de controle por leis que foram criadas por esta Casa. Esta Casa deve refletir sobre a criação de leis e a titulação de direitos aos cidadãos.

A segunda parte diz respeito às recomendações que foram feitas. Várias das recomendações feitas pelo Banco Mundial são consistentes com recomendações que o TCU já fez. Eu cito o exemplo da implementação das redes integradas de atenção à saúde. Vários acórdãos do TCU tratam dessa ação e são consistentes com a recomendação do Banco Mundial: Acórdão nº 360, de 2012; Acórdão nº 2.843, de 2011; Acórdão nº 1.130, de 2017. Este último, em especial, recomenda que a pactuação em saúde deve ser feita com base em evidências, que os fóruns de pactuação devem levantar necessidades e responsabilidades na região de saúde e nas redes de atenção à saúde acompanhadas de informações adequadas relativamente às ações e aos serviços em saúde da população em territórios que necessitam, sobre a oferta, sobre a necessidade de financiamento etc.

Em relação à Recomendação nº 2 — melhorar a coordenação do sistema de saúde suplementar —, eu vou me ater especificamente a um item, que é: fazer valer os reembolsos de tratamentos e seguros privados realizados pelo SUS. Isso foi objeto de uma fiscalização em 2008 e teve um primeiro monitoramento em 2012. Em 2008, a



fiscalização resultou no Acórdão nº 502, de 2009. O primeiro monitoramento, em 2012, resultou no Acórdão nº 2.879, de 2012, e o segundo monitoramento, no Acórdão nº 3.078, de 2016. Constatou-se uma melhoria significativa no ressarcimento ao SUS. Então, apesar da crítica feita pelo Banco Mundial — que está correta —, na realidade, houve uma melhoria substancial.

No período de 2004 a 2008, por exemplo, o valor anual ressarcido era de 10 milhões de reais. No ano passado, 2018, o valor ressarcido foi de 783 milhões de reais, o que denota que houve um esforço substancial da Agência Nacional de Saúde — ANS para aprimorar esse ressarcimento. Quer dizer, existe alguma coisa melhorando nesse sentido. Na verdade, a ANS tem aprimorado bastante o processo.

Eu tenho que fazer um elogio à ANS não só nessa questão, mas em outra questão que também foi levantada pelo Banco Mundial: os modelos de remuneração. Agora, em 2019, a ANS lançou o *Guia de Implementação de Modelos de Remuneração Baseados em Valor*, o que é bastante positivo. O Brasil adota essencialmente o modelo *fee-for-service* para a remuneração da prestação do serviço. A ANS desenvolveu esse trabalho muito bacana que merece ser avaliado para o SUS.

A Recomendação nº 6 — fazer respeitar a função de *gatekeeper* da atenção primária à saúde por meio da introdução de incentivos aos provedores dos cuidados e aos pacientes — também foi tratada pelo tribunal no Acórdão nº 1.714, de 2015, que teve relatoria do Ministro Benjamin Zymler. Então, a recomendação também é consistente com aquilo que o Tribunal tem recomendado. Destaco aqui um trecho do voto do Relator: "*O fortalecimento da atenção básica é necessário para ampliar a resolutividade, compreendida como resolução final dos problemas apresentados pela comunidade do sistema de saúde, melhorar a equidade do serviço de saúde e propiciar a adequada relação custo-benefício*". Então, isso também tem sido objeto de recomendação do TCU.

A Recomendação nº 8 também é consistente com aquilo que o Tribunal tem recomendado, que é criar um pacote de benefícios bem definido a ser coberto pelo SUS.

O Tribunal fez um trabalho sobre judicialização, identificou os problemas da judicialização. Eu já mencionei a Lei nº 12.401, de 2011, que pretendeu dar um significado à integralidade, mas na realidade ela veio depois da Constituição. O Judiciário tem dificuldade, naturalmente, de interpretar a Constituição em conformidade com a lei, dado



que, ao contrário, a lei é que deve ser interpretada em conformidade com a Constituição. Mas o fato é que a matéria foi tratada pelo TCU.

É claro que há várias questões levantadas pelo Banco Mundial que não foram tratadas pelo TCU, mas elas são recomendadas, estão na literatura mundial. Aqui eu trouxe vários relatórios da OCDE em que se discute, por exemplo, o desperdício na área de saúde e as causas da falta de efetividade na área da saúde. Recomendam-se medidas diversas, muitas delas consistentes com aquilo que o Banco Mundial propõe.

Outro relatório do Banco Mundial discute os custos hospitalares e preconiza, entre outras coisas, exatamente a modificação do modelo remuneratório. O Banco Mundial estudou o assunto e fez essa recomendação. Então, existem várias recomendações na literatura nesse sentido.

Por último, o terceiro item a ser tratado é o alinhamento do diagnóstico do Banco Mundial com aquilo que o TCU enxerga como problemas que precisam ser tratados na área de saúde. Neste exato momento, o Tribunal está reformulando o seu planejamento estratégico e o planejamento estratégico para a saúde. Temos dialogado com o Banco Mundial já há algum tempo, temos algumas propostas de trabalho em conjunto. Ainda não foi aprovada uma estratégia, mas eu antecipo que o planejamento do Tribunal é dividido essencialmente em cinco objetivos estratégicos para a saúde.

O primeiro deles é a discussão da sustentabilidade do SUS, questão grave que precisa ser tratada. Esse é um dos próximos problemas que teremos após a Previdência. Em países como os Estados Unidos, por exemplo, essa questão é mais relevante, pois é causa do débito fiscal americano ser maior do que o seu débito previdenciário. Nós teremos um problema a tratar. Então, o Tribunal pretende discutir essa questão e está fazendo tratativas com o Banco Mundial para fazermos um trabalho conjunto nesse sentido.

O segundo objetivo estratégico estabelecido pelo Tribunal é a discussão da eficiência e da qualidade dos serviços prestados, exatamente o que o Banco Mundial está discutindo. Nós estamos propondo que se faça um levantamento da eficiência, de forma muito parecida com o que o Banco Mundial fez. Em conjunto com o Banco Mundial, queremos fazer um trabalho para avaliar a eficiência das unidades prestadoras de serviço para diagnosticar quais são eficientes, quais são ineficientes e por que acontece essa eficiência ou essa ineficiência.



Nós também devemos tratar das Organizações Sociais — OS. Na realidade, já está até programado um evento que o Tribunal deve fazer nos dias 4 e 5 de novembro para tratar das OS. Essa é uma questão relevante, porque esse tem sido o mecanismo que as Prefeituras estão utilizando. Isso está crescendo e tem tido uma expectativa positiva.

Existem alguns diagnósticos positivos. É claro que o Tribunal de Contas da União — TCU é um órgão de auditoria. Então, quando nós olhamos um monte de números, costumamos desconfiar deles. Nós vamos ter que avaliar se aquelas unidades que estão sendo avaliadas como eficientes são realmente eficientes e vamos tentar identificar quais as causas de ineficiência daquelas que são tidas como ineficientes. Muitas vezes, não é isso que acontece, por causa dos incentivos que existem. Por exemplo, há incentivo para que as OS lancem produção que não acontece. Então, nós precisamos avaliar isso com certa cautela. Faremos isso ao longo deste ano, ao longo dos próximos anos.

O terceiro objetivo estratégico que o Tribunal está estabelecendo é contribuir para o desenvolvimento do complexo industrial da saúde, matéria que é cara ao Exmo. Deputado Ricardo Barros. Percebam que existe uma mudança de perspectiva no Tribunal.

O quarto objetivo estratégico é a melhoria da qualidade dos dados e a disponibilidade de informações na saúde. Não temos nenhuma dúvida de que isso é preciso. Informação e tratamento de dados são uma questão central na saúde, porque trazem a perspectiva de redução substancial de gastos. Também temos tratativas com o Banco Mundial para fazer alguns trabalhos conjuntos nessa área.

Por fim, o último objetivo estratégico é contribuir para o cumprimento das metas do Plano Nacional de Saúde. Na realidade, esse trabalho é com o Dr. Gabbardo, e não com o Banco Mundial. Registro que nós temos visitado as Secretarias do Ministério da Saúde, temos debatido com os Secretários e temos pedido a todos eles que apresentem diagnósticos externos e internos das suas áreas, com os problemas que eles pretendem abordar. Demandamos aos Secretários que apresentem as suas estratégias de atuação. A nossa pretensão é construir uma estratégia de atuação junto ao Ministério da Saúde, para que as auditorias do TCU contribuam mais efetivamente para entregar resultados para o cidadão. Então, nós temos feito esse diálogo.

Assim, esperamos contribuir mais do que eventualmente contribuimos no passado.

Obrigado.



O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Agradeço a participação do Tribunal de Contas da União.

Antes de passar a palavra ao Sr. João Gabbardo dos Reis, Secretário Executivo do Ministério da Saúde, registro a presença dos Deputados Dr. Leonardo, Edson e Pastor Gildenemyr, que estiveram aqui também conosco por algum tempo assistindo à apresentação.

Estão inscritos para o debate os Deputados Alexandre Padilha, Adriana Ventura, Hiran Gonçalves, Pedro Westphalen, Dr. Luiz Ovando, Flavio Nogueira, Santini e Jorge Solla. S.Exas. falarão em blocos de 3 minutos, e os convidados responderão ao final, para que haja agilidade. Eu sei que todos têm outros compromissos em seguida.

Concedo a palavra ao Dr. João Gabbardo dos Reis.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Bom dia a todos.

Quero cumprimentar o ex-Ministro e Deputado Federal Ricardo Barros pela iniciativa de trazer esse relatório do Banco Mundial para a discussão.

Cumprimento o Sr. Edson pelo trabalho desenvolvido e pela apresentação que fez; o Sr. Carlos, representante do Tribunal de Contas da União; meus colegas Mauro, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde — CONASEMS, e Leonardo, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS.

Também quero cumprimentar os demais Parlamentares aqui presentes, representados pelo Deputado Pedro Westphalen e pelo Deputado Santini, que são dois Parlamentares do Rio Grande do Sul. Eu cumprimento todos os demais Parlamentares presentes, as equipes técnicas do CONASS e do CONASEMS, os assessores dos Parlamentares e a imprensa.

Esse é um tema extremamente relevante. Deu para ver isso inclusive pelo quórum. O Mauro e o Leonardo já falaram e aprofundaram o assunto, fizeram várias provocações relacionadas ao financiamento ou ao subfinanciamento. Esse é um tema que nós discutimos com uma frequência muito grande. É muito comum constatar que temos pouco dinheiro, mas não é comum pararmos para pensar em como estamos aplicando esses recursos, na questão da eficiência. Eu acho que esta é uma oportunidade que nós temos para discutir um pouco mais a eficiência. Existe subfinanciamento, e isso não é novidade. Todos nós concordamos com essa afirmação. Agora, também é verdade que o Banco



Mundial nos mostra nessa apresentação que nós poderíamos utilizar um pouco melhor os escassos recursos que temos à nossa disposição. Existem desperdícios significativos.

O Banco Mundial falou na duplicidade de procedimentos. No relatório, consta que se fazem muitos procedimentos de forma duplicada e que não há controle sobre a autorização desses procedimentos. Eu faço referência a isso porque esse processo exigiria incorporação de tecnologia ao sistema. Nós trabalhamos ainda de uma forma muito precária, com processos de autorização sendo feitos com planilhas de Excel, com unidades de saúde que não estão informatizadas, e sem transmissão de informação de uma unidade para outra. O paciente faz consulta num local, faz uma série de exames, vai a outro local e repete os mesmos exames, porque não existe uma base de dados para que isso fique registrado.

Temos que destacar todo o esforço que o Sr. Ministro Ricardo Barros fez na sua gestão à frente do Ministério da Saúde para tentar informatizar esse sistema. Eu acho que é fundamental, quando nós falamos em acabar com desperdícios e em usar melhor nossos recursos, completar esse processo de informatização da rede.

Nesse relatório, o Banco aponta que em 2017 mais de 50% das unidades básicas de saúde estavam informatizadas e tinham prontuário eletrônico. Há prontuário eletrônico em mais de 50% das unidades básicas de saúde. Então, o nosso esforço é para concluir esse processo, para ampliar esse processo, para que haja um número maior e uma cobertura maior de unidades informatizadas. Com certeza, isso vai trazer resultados importantes para aplicar melhor nossos recursos.

O Banco Mundial destaca também a nossa sistemática de pagamento. O SUS implantou a autorização de internação hospitalar — AIH em 1982, se não me engano, no Rio Grande do Sul. Então, há 37 anos implementou-se o sistema de AIH, em substituição ao modelo anterior, que ficava medindo quantos metros de esparadrapo, quantas seringas, quantos frascos de medicamentos foram utilizados. O sistema de saúde na época ainda não era o SUS, mas o sistema de informação era extremamente avançado, muito mais avançado do que o dos planos de saúde. Quando implantou um sistema informatizado, em 1980, o Ministério da Saúde — na época, o Ministério da Previdência e Assistência Social — deixou de usar o que os planos de saúde usam hoje. Infelizmente, nós não tivemos condições de dar a atualização necessária nesse sistema para que tivéssemos hoje o melhor sistema de pagamento do mundo. Nenhum outro país tem o



mesmo volume e o sistema de pagamento integrado para todas as unidades como nós temos no Brasil.

Nós temos que corrigir algumas questões extremamente relevantes e implementar no valor do pagamento o desfecho, o que aconteceu com esse paciente ao final do seu tratamento. Não é possível pagar a mesma coisa para o hospital A e para o hospital B quando um paciente sai de A totalmente curado, reabilitado, e outro paciente, com o mesmo diagnóstico, na mesma situação clínica, sai de B pior do que entrou ou sem nenhuma melhoria.

O sistema tem um defeito tão grave que eu vou dar dois exemplos que podem até ser um pouco caricatos, mas é para deixar muito claro o que isso significa. Se um hospital se esforça para melhorar a qualidade do atendimento e implanta um sistema de controle de infecção que diminui a possibilidade de o paciente contrair infecção hospitalar, esse hospital vai ganhar X reais pelo atendimento desse paciente. Já outro hospital que não tem esse cuidado, onde o paciente vai ter infecção hospitalar, vai ficar mais tempo internado, vai para a UTI, vai fazer hemodiálise e vai fazer uma série de procedimentos, esse hospital vai ganhar mais. Então, o hospital que investiu no controle da infecção hospitalar e evitou que o paciente tivesse uma série de complicações vai ganhar menos do que o hospital que não se preocupou com isso. Este ganha mais, tem uma receita maior, porque tem uma série de intercorrências para serem cobradas do sistema.

Eu vou dar outro exemplo. Se o paciente vai para uma cirurgia e, no transporte do bloco cirúrgico para o seu leito ou para a sala de observação, ele for mal manuseado, derrubado no chão e sofrer um traumatismo cranioencefálico, o hospital que derrubar o paciente vai ganhar mais do que aquele que não o derrubou, porque o que não o derrubou vai receber apenas o valor do procedimento realizado. O outro vai colocar na UTI o paciente que caiu, vai cobrar o tratamento do traumatismo cranioencefálico, vai botar as diárias adicionais de que esse paciente precisa. Nós temos que alterar essa forma de pagamento. Eu acho que o Banco Mundial aponta isso com muita precisão. Há necessidade de mudar nossa sistemática de pagamento.

A outra questão importante apontada no relatório é o modelo de gestão. Nós temos que admitir que o sistema público, os hospitais geridos de forma estatal são menos eficientes do que as outras experiências que nós temos com as organizações sociais ou com o que chamamos de serviço social autônomo. Como é que nós não vamos



reconhecer os avanços que o sistema de saúde da Bahia teve quando o Secretário Solla implementou parcerias com organizações sociais e conseguiu melhorar dramaticamente a qualidade do atendimento no Estado da Bahia? Isso não é nenhuma questão de partido político, de viés ideológico, nada disso. Esse é um sistema que todos nós temos que ter convicção de que ele é melhor e tem que ser implementado.

Quanto à utilização e à importância do sistema de atendimento primário, atendimento básico, certamente é outra coisa que nenhum de nós aqui tem divergência. Todos nós pensamos da mesma forma, todos nós sabemos que temos que investir mais no atendimento primário, na atenção básica. Queremos fazer isso nessa gestão do Ministério da Saúde não só com o discurso, mas queremos fazer isso com a prática. E o primeiro indicativo de que isso, efetivamente, vai ocorrer e de que vai ser dada a importância necessária é a criação da Secretaria de Atenção Primária no Ministério da Saúde. Desde o primeiro dia em que o Ministro Mandetta assumiu o Ministério, ele já nos recomendou que fizéssemos todos os estudos necessários para mudar a estrutura do Ministério da Saúde, criando uma Secretaria para tratar especificamente da atenção primária. Isso está feito, está na Casa Civil um decreto, que vai ser publicado, mudando a estrutura do Ministério da Saúde. E nós vamos criar a Secretaria de Atenção Primária em Saúde.

Por último, Ministro Ricardo Barros, em relação ao Banco Mundial, esse relatório é extremamente relevante para nós. Ele tem sido um guia para avançarmos na nossa gestão no Ministério da Saúde. Nós estamos quase dando um crachá para o Edson, porque, nesses primeiros 3 meses, ele tem tido reuniões constantes com a nossa equipe, que vai cuidar da atenção primária, com o Secretário Erno, que será o Secretário da Atenção Primária. E nós estamos muito avançados com o Banco Mundial para tornar isso que o relatório apontou uma realidade no Ministério da Saúde. Nós queremos dar consistência e concluir esse processo com a implementação dessas várias ações.

Eu não vou precisar dos 15 minutos, até porque eu gostaria de ficar à disposição dos Parlamentares para responder aos seus questionamentos.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Dr. Gabbardo, pela sua explanação, em nome do Ministério da Saúde.



Vou passar a palavra ao Deputado Alexandre Padilha, que vai acumular o tempo de Liderança do Partido dos Trabalhadores, portanto, por 8 minutos. Depois terão a palavra a Deputada Adriana Ventura, os Deputados Hiran Gonçalves, Pedro Westphalen, Dr. Luiz Ovando, Flavio Nogueira, Santini e Jorge Solla.

Peço aos senhores que estão à Mesa que anotem as perguntas, por favor. Cada orador anote as questões, porque serão respondidas ao final do bloco. É importante que anotem o que cada um dos nossos Parlamentares questionou para que nada fique sem resposta. E, se for necessário, faremos réplica e tréplica.

Consulto o Plenário se, ao final da participação dos Srs. Parlamentares, posso passar a palavra ao representante do Conselho Nacional de Saúde. Isso não é regimental, mas, havendo concordância do Plenário, passarei a palavra para ele também, por 3 minutos. *(Pausa.)*

Está bem. Então, depois do Deputado Jorge Solla, falará o representante do Conselho Nacional de Saúde, por 3 minutos.

Tem a palavra o Deputado Alexandre Padilha, por 8 minutos.

O SR. ALEXANDRE PADILHA (PT - SP) - Muito obrigado, Sr. Presidente. Parabenizo V.Exa. pela iniciativa desta audiência pública. Trata-se de um debate bastante importante. Eu acho que o prestígio, numa quinta-feira de manhã, tem a ver com a sua capacidade de mobilização e com a força do tema.

Eu quero saudar aqui, já no começo, além dos membros da Mesa, duas figuras que para mim são muito importantes. Primeiro saúdo o Prof. Heleno, que representa o Conselho Nacional de Saúde. Ele foi meu professor de epidemiologia na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. É muito bom reencontrá-lo aqui, ele com muito mais cabelos brancos do que eu, e eu não tinha nenhum cabelo branco à época. Aliás, como você foi meu professor de epidemiologia, querido Edson, eu queria lhe perguntar — não precisa responder — onde encontrar mais claramente a metodologia de avaliação da eficiência que vocês utilizaram como métrica para fazer a avaliação da eficiência dos Municípios.

Quero também saudar o pessoal que integra todo o serviço do Sistema Nacional de Auditoria do SUS, os servidores do Ministério, o Ministro Ricardo Barros e o pessoal da UNA-SUS. Todos são atores fundamentais para o debate sobre qualidade do gasto



público, melhoria da gestão, reformas necessárias de aprimoramento do Sistema Único de Saúde.

Edson, eu discordo das premissas, mas concordo com boa parte das propostas. Então, eu quero falar um pouco das premissas, porque eu acho que é importante dizer qual é a discordância que eu tenho em relação a elas.

Em toda a sua fala você só falou um termo: eficiência, eficácia e efetividade. Em nenhum momento apareceu o conceito da eficácia ou da efetividade. Pelo olhar do seu estudo, do relatório, que tenta avaliar como se pode economizar, como você disse, até 1 trilhão de reais, com esforço de aprimoramento do gasto público. A minha diferença é que eu quero economizar 1 trilhão de reais não para tirá-los da saúde. Eu quero gastar melhor, investir melhor na saúde para colocar mais 1 trilhão de reais nessa área, se for necessário e se for possível.

Eu parto de duas premissas. A primeira é a da saúde como um direito, que é o que esta Casa e a Constituição construíram. Nós ainda excluimos boa parcela da população brasileira do acesso ao direito à saúde, daquilo que nós conhecemos e que temos de melhor, que não necessariamente é mais caro, pode ser mais efetivo. Então, todo o esforço de melhoria do gasto público tem que ser para ampliar o acesso à saúde e a qualidade da saúde, não ser uma economia para direcionar recursos para outro setor.

A segunda premissa é que eu sou daqueles que acredita que investir em saúde é bom para economia, é bom para o desenvolvimento. Então, não concordo com a ideia de que economizar na saúde é fundamental para a sustentabilidade do sistema ou da economia do País. Pelo contrário, vários estudos mostram que investir em política social, investir em saúde impacta positivamente o PIB também. É ruim para o Brasil, por exemplo, a notícia, publicada na semana passada, de que a Roche fechou a sua indústria de produção de medicamentos no País exatamente porque ela não vê mais perspectiva do mercado público na saúde, quando se tem um congelamento dos gastos públicos por 20 anos — 20 anos! Portanto, os atores econômicos, como as indústrias de medicamentos, de equipamentos, de serviços, de tecnologias de informação, que mobilizam os setores de formação de profissionais, quando vêem que não há perspectiva de ampliação de investimento durante os próximos 20 anos, começam a puxar o freio na perspectiva de construir um mercado — atividade econômica e geração de empregos — que tem a ver com o SUS.



Então, discordando da premissa ou talvez acrescentando à sua premissa da eficiência os conceitos da eficácia e da efetividade e de que investir em saúde ajuda a economia brasileira, ajuda a gerar emprego e desenvolvimento, eu quero dizer que existem três aspectos, que não foram citados só na sua fala, mas na de todos — e só vou citar três por conta do tempo — que acho fundamentais para este debate.

Primeiro, o tema da atenção básica de saúde. Nós precisamos ter o compromisso de fazer o que for necessário para fortalecer a atenção básica de saúde. Eu briguei com muita gente para criar o Mais Médicos. O Gabbardo e o Mauro foram meus aliados nessa luta e também o Ricardo Barros, nesta Casa, para, pela primeira vez, ultrapassar 10% do investimento na atenção básica com os recursos do Ministério da Saúde. Os investimentos chegaram a dobrar na minha gestão no Ministério da Saúde. E nós sabemos que foram levantadas aqui questões fundamentais. Não é só uma falta de desejo, há obstáculos decisivos.

Nós vamos discutir, como foi dito aqui pelo Mauro, pelo Gabbardo, pelo Leonardo, possibilidades — não de flexibilização, e sou defensor da LRF — que garantam que os gestores públicos municipal e estadual possam ampliar o número de profissionais. Só corrigindo aqui, Edson, não são 7.500 médicos generalistas, na Inglaterra, mas 65.000 para uma população de 60 milhões. Um quarto dos médicos do sistema nacional público do Reino Unido são médicos generalistas. A cobertura é de 1 para 1.000. A gente tem uma cobertura de 60, sendo 1 para 3.500 ainda.

Se não dá para flexibilizar e rever o critério do teto, vamos discutir com o TCU e com esta Casa, por exemplo, se ações consorciadas dos Municípios ou a experiência da fundação que o Deputado Solla fez na Bahia, onde se tem ganho de escala, participação do Estado para contratação dos profissionais da atenção primária, podem estar fora LRF. Nós precisamos discutir isso, senão vamos ficar travados com relação à perspectiva de ampliação e à formação, que é formação e indução do Estado.

Se há 65.000 médicos generalistas no sistema nacional público inglês não é por causa do mercado, não é pelo que se paga, não é por causa da carreira, mas porque há indução do Estado. Por exemplo, em outros países, se quiser ser anestesiológico, tem que fazer antes 2 anos de medicina de família e comunidade. Se quiser fazer uma especialidade, saiba que 60% das vagas de residência são em medicina de família e



comunidade. Quer ser médico no sistema nacional público espanhol? Tem de ter residência, e 50% das vagas são para medicina de família e comunidade.

Segundo debate. Nós precisamos superar, como diz o Gabbardo, a tabela SUS de vez. Temos de promover o enterro da tabela SUS. Não é uma discussão sobre reajuste linear. Está na hora, e esta Comissão criou um grupo de trabalho, Gabbardo, que vai ser conduzido pelo Deputado Luizinho, para discutir tabela SUS. Eu acho que o debate tem de ser como superar, Leonardo, enterrar. A gente já vem fazendo isso. Todos nós sabemos que a tabela SUS é uma referência.

Quando o Deputado Solla criou a contratualização dos hospitais, uma parte dos incentivos dos hospitais já não era o pagamento pelo serviço. Quando nós criamos as redes de atenção — e Gabbardo era secretário, na época; Mauro, na CONASEMS — boa parte dos investimentos era feita por critérios de qualidade ou indução de regionalização. Mas nós precisamos superar de vez isso como referência. Então, acho que esse é outro debate.

Terceiro debate. Município é fundamental, comunidade, comando único. Sou defensor disso sempre em todos os debates e conferências. A gente sabe que a unidade territorial não pode ser exclusivamente o Município. Então, precisamos aprofundar este debate. Como a região de saúde se torna uma unidade territorial? Isso significa mexer nos Poderes. Por exemplo, nós vamos ter um fundo regional de saúde? Eu escrevi um artigo acadêmico, outro dia, para debater isso, porque se não se mexer no poder do financiamento, como é que a indução vai ser regional?

Os hospitais de referência regional têm de ter conselhos regionais de gestão. Eu defendo isso. Se é um hospital de referência regional, seja ele do Município ou do Estado, ele tem que ter conselho regional, para a região como um todo participar do debate, para os Prefeitos daquela região participar do debate.

Eu quero apresentar — e tem a ver com o debate que está sendo feito aqui; eu coloquei em construção coletiva, foram 30 dias de construção coletiva — no CONASS, no CONASEMS, no Ministério da Saúde, no Banco Mundial e no Conselho Nacional de Saúde uma proposta de criação, que está no *site*, de um fundo de resgate da saúde pública. Nós precisamos ter uma alternativa de financiamento que passe à margem da EC 95, porque, senão, o que colocarmos a mais de recurso na saúde vai ficar vinculado ao teto. Eu estou propondo um fundo que permita isso, que as contribuições para esse fundo



não sejam recursos orçamentários, como do pré-sal. O dinheiro do combate à corrupção tem que vir para a saúde e não para um fundo privado de Ministério Público, mas para a saúde, para ser gerido.

Eu adoraria colocar mais recursos de tributo de cigarro nesse fundo, por exemplo, mas não posso. No entanto, quero apresentar para os senhores esse fundo de resgate da saúde pública, que estabelece duas linhas. Primeiro, o recurso tem de ser executado pelo fundo estadual e municipal, descentralização desde o começo; segundo, para projetos de fortalecimento da atenção básica e das redes regionais de saúde para tentar induzir essa transformação. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Deputado Alexandre Padilha.

Tem a palavra a Deputada Adriana Ventura, por 3 minutos.

A SRA. ADRIANA VENTURA (NOVO - SP) - Sr. Presidente, eu quero agradecer a V.Exa. a qualidade da apresentação. Deputado Ricardo Barros, muito obrigada por ter organizado esta audiência pública com a participação de convidados qualificados.

Falar depois do Deputado Padilha é uma super-responsabilidade, principalmente porque eu concordo com muita coisa que S.Exa. falou, mas discordo de várias. S.Exa. tem um amplo conhecimento, mas eu vou dar uma visão agora. Eu ouvi todos e o que eu percebi, pela qualidade das falas de cada um, é que cada um realmente parece que está num quadrado, e os quadrados não se conectam. Para mim, essa visão ficou muito clara. Todos têm suas razões, todos falam com propriedade do que estão falando, mas parece que cada um está num polo e que não existe telefone, não existe celular, não existe nada.

Então, isso me assusta um pouco. Primeiro, porque eu, como gestora — e não sou médica, mas sou gestora —, percebo claramente que falta um planejamento amplo, que tenha continuidade, que seja seguido e que haja comprometimento de todos os entes em colocar isso para frente. A ausência de comunicação clara faz com que haja um monte de distorções, que é o que vemos aqui.

Também há uma outra coisa que para mim como gestora é muito clara: falta discutir o essencial, porque eu concordo com o Deputado Padilha quando diz que precisa gastar melhor, que precisa dar qualidade, que precisa dar acesso. Eu concordo com isso, mas precisamos pensar em como fechar essa conta, como pagar essa conta. Parece



orçamento doméstico. Eu posso querer servir caviar e lagosta todo dia na minha casa, mas se ganho um salário mínimo, eu não tenho como fechar essa conta.

Então, acho que temos que arrumar meios de construir para que possamos dar acesso, como o Deputado Padilha falou com toda qualidade, mas que essa conta feche, porque senão nós vamos ficar correndo atrás de uma solução que não existe. Outra coisa que eu acho muito importante — e tenho 1 minuto ainda — é que há realmente essa falta de mapeamento e fiscalização de desperdícios. Nós temos uma torneira aberta o tempo todo e não conseguimos nem mapear, porque faltam dados. Como o próprio Secretário João falou, eu recebo Prefeitos todos os dias no meu gabinete que pedem que se construam hospitais nos Municípios deles, que têm 5, 6 mil habitantes. Como assim? Então, ali está faltando planejamento global.

A minha pergunta — na verdade, são duas — vai primeiro para o Secretário João Gabbardo. Eu queria saber, com base nos dados que o Edson Araujo trouxe, com aquela coisa de regionalização dos 20 mil habitantes para buscar eficiência, como o Ministério da Saúde vê a necessidade de atendimento de média e alta complexidade para regiões acima de 20 mil habitantes.

A outra pergunta vai especificamente para o Edson. Eu não sei quanto há de espaço para o ganho de eficiência com o uso de tecnologia e se os senhores têm isso projetado.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Deputada Adriana, por se ater ao seu tempo e pela visão.

Os senhores estão tendo a oportunidade de falar com os gestores do SUS, estão completos aqui — União, Estados e Municípios. Então, é bom dar o recado.

Deputado Hiran Gonçalves, Deputado Pedro Westphalen, eu não recebi o ofício da Liderança.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Chegou? Então, está bem.

Eu vou dividir o tempo entre V.Exas. O Deputado Hiran Gonçalves disporá de 8 minutos. Depois, falará o Deputado Pedro Westphalen.

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - Obrigado, Ministro Ricardo.



Eu quero saudar o meu amigo Mauro, o Dr. João Gabbardo, o Sr. Edson, do Banco Mundial, o Sr. Leonardo, do CONASS, e o Dr. Carlos Augusto, do Tribunal de Contas da União.

Quero também enfatizar a qualidade dos debates aqui e a sensibilidade do Ministro Ricardo, que, ao marcar esta audiência pública na quinta-feira, correu o risco de que todo o mundo houvesse viajado. Mas, pela importância do tema, está todo mundo aqui.

Nós temos um desafio muito grande, já com 30 anos de SUS. Eu iniciaria até fazendo uma pergunta para a Mesa. Alguém usa o Sistema Único de Saúde quando vai ao médico?

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - Usa? Bacana.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - SAMU, só nos acidentes. Mas eu acho que a maioria dos debatedores aqui não usa o Sistema Único de Saúde, até porque o SUS tem um problema muito grande: o problema da acessibilidade, além de longas filas nas cirurgias mais simples.

Nós precisamos de racionalidade no sistema, já que ele é subfinanciado. Nós precisamos racionalizar esse sistema. Pode-se racionalizar, como o Dr. Gabbardo falou, utilizando tecnologia da informação para fazer com que o acesso seja inteligente, que se evite duplicação de atendimentos, duplicação de procedimentos. Mas também há de se discutir aqui essa questão. Todo o mundo tem certo prurido de discuti-la. Falou-se aqui do sistema de saúde espanhol. Eu acho que o Ministro Padilha falou sobre o sistema espanhol. O sistema espanhol funciona bem, mas ele tem algumas coisas que nós não temos, como, por exemplo, a coparticipação, que pode nos ajudar a racionalizar o sistema.

Há outra coisa. Precisamos aqui discutir um dos conceitos que eu acho que desequilibra o sistema, que é o da universalidade. Até onde vai essa universalidade?

Eu sou de um Estado pequeno e pobre. Uma cidade de Roraima está vivenciando uma das maiores imigrações da nossa história, que eu acho que é única. No nosso Estado, hoje, 10% da população é venezuelana. Os venezuelanos chegam ao nosso País, entram numa central de acolhimento que é feita pelo Exército, e lá quem quer



vacinar vacina, porque não se pode forçar ninguém a vacinar. Lá eles recebem uma carteira de trabalho, um cadastro de refugiado e uma carteirinha do SUS.

Eu sou oftalmologista, Dr. Gabbardo, tenho clínica oftalmológica e opero muito pelo SUS. Hoje, quando fazemos mutirões para cirurgias oftalmológicas, como a de catarata, já há cerca de 20%, 30% de pacientes venezuelanos. Isso gera uma certa xenofobia. Por quê? O roraimense diz: *"Poxa, quando eu compro pão, minha cesta básica, eu pago todos os meus impostos. Por que eu não tenho prioridade aqui?"* Será que é justo essa universalidade? Nós atendemos a população de outros países da mesma maneira como atendemos a nossa. Eu acho que isso não é justo.

Nós temos que discutir isso, sem nenhum prurido. Aliás, isso acontece também em São Paulo. Muitos bolivianos vêm trabalhar na indústria de confecção e são atendidos no INCOR, na rede SUS do Estado de São Paulo. Ora, isso é justo? Nós temos que discutir isso.

O Dr. Mauro falou sobre os bombeiros que fizeram a assistência pré-hospitalar em Brumadinho. É interessante que inserimos os bombeiros na assistência pré-hospitalar, que o SAMU e eles trabalhem de maneira coordenada. Aliás, o Ministro Ricardo Barros tentou fazer isso. Eu acho que, por conta do tempo, nós não conseguimos evoluir, mas esse foi um modelo preconizado.

O Ministro Ricardo, que pautou a sua gestão na economicidade e eficiência, também provou que realmente, como o Dr. Edson falou, podemos, com eficiência, economizar e reaplicar esse recurso em atenção básica. Salvo engano, ele foi um dos Ministros que mais aplicou recursos provenientes dessa economicidade, do seu modelo de gestão em atenção básica.

A tabela SUS, como já se falou aqui, é risível. Aliás, quando falamos para os nossos pacientes que recebemos por uma consulta especializada 10 reais, eles acham que estamos mentindo. De vez em quando, ouvimos: *"Deixe de brincadeira. Isso não é verdade"*.

O modelo da tabela SUS vai ser discutido aqui. Como o Ministro Alexandre Padilha falou, o Deputado Luizinho já tem um grupo de trabalho formado, e nós vamos debater esse tema.

Em relação a aumentar o número de enfermeiros nos vazios, eu rechaço, com veemência, esse modelo de fazer medicina sem ser médico. Eu acho que nós temos que



ter uma equipe multiprofissional, porque medicina não se faz só com médicos, mas com equipe multiprofissional.

Agora, existem alguns problemas. O diagnóstico é privativo do médico. Então, com todo o respeito, isso, de certa forma, vai de encontro àquilo que o Dr. Edson falou aqui. Eu acho que nós temos que realmente descentralizar com os enfermeiros na assistência básica, porque ela realmente resolve 80% dos problemas, mas nós precisamos garantir a presença de médicos nos vazios. E nós só vamos garantir isso se tivermos uma carreira médica de Estado. Isso é uma coisa que tem sido cobrada por mim, foi muito mencionada aqui e está no plano de Governo do Presidente Bolsonaro. O nosso colega Mandetta sempre defendeu essa questão, e eu espero que o Ministério logo, logo lance um modelo que possa garantir a presença de médicos nos vazios deste País, descentralizando essa concentração crônica de médicos que nós temos nas Regiões Sul e Sudeste.

É preciso criar, corroborando um pouco com que o Mauro disse, um programa efetivo de controle de hipertensão, diabetes e acidente de trânsito. Se nós realmente fizermos um programa que privilegie a prevenção, de maneira eficiente, de maneira inteligente, nós vamos diminuir muito os nossos gastos com recursos na média e alta complexidade. Agora, isso deve ser feito de maneira pactuada entre as três esferas, para que seja realmente efetivo. Assim, nós vamos evitar um grande número de pacientes internados com as complicações dessas doenças.

Quanto à questão da judicialização, também se falou aqui no modelo espanhol. Na Espanha não há judicialização. Eu participei de uma reunião com o Ministro da Saúde espanhol e disse a ele: *"Quanto é que vocês gastam com relação à judicialização?"* Ele perguntou: *"Como é isso?"* Eu disse: *"Lá no Brasil, uma empresa às vezes financia a formação de um grupo de portadores, financia o advogado. O advogado já sabe como se faz a liminar e consegue dispensar esse medicamento de alto custo para os portadores da doença"*. Ele me disse: *"Quer dizer que um juiz autoriza que o Ministério faça contrabando de remédio?"* Eu disse: *"Se é assim que o senhor pensa, mas isso é uma coisa que temos que discutir aqui"*.

E, finalmente, faça uma pergunta para o Dr. Gabbardo.

Nós tivemos a Resolução nº 2.227, de 2018, do Conselho Federal de Medicina, que trata de telemedicina. Houve uma reação extremamente negativa. Nós nos assustamos aqui porque essa resolução não foi discutida amplamente e estava lá no seu bojo,



inclusive, autorização para a criação de escolas de medicina no ensino à distância. Nós inclusive chegamos a criar aqui um projeto de decreto legislativo para sustar essa resolução. O Conselho, então, voltou atrás.

Eu queria saber qual é a visão do Ministério da Saúde em relação não só à telemedicina, mas também à teleconsulta. São duas coisas absolutamente distintas.

Quero agradecer a generosidade do Ministro Ricardo, que me concedeu um pouco mais de tempo.

Muito obrigado a todos.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Deputado Hiran Gonçalves, nosso ex-Presidente.

Quero convidar o Deputado Alcides Rodrigues para que assuma a Presidência.

Eu preciso ir ao plenário porque vão encerrar a sessão e eu ainda não marquei presença.

Passo a palavra ao Deputado Pedro Westphalen, por 8 minutos.

O SR. PEDRO WESTPHALEN (Bloco/PP - RS) - Obrigado, Presidente Ricardo Barros.

Quero cumprimentá-lo pela oportunidade de fazermos deste debate um momento muito importante para um setor que preocupa a todos, tanto é que a presença aqui é maciça e haveria quórum até para deliberarmos.

Agradeço a presença do Carlos Augusto, do Leonardo, do Edson, do Gabbardo dos Reis, nosso querido amigo do Rio Grande do Sul, e do Mauro, que sofre na ponta, mais diretamente, as ações ou a falta de ações no Sistema Único de Saúde.

Os termos abordados pelo Banco Mundial são temas de mais alta importância. E são uma referência para um sistema de saúde — e se falou muito em assistencial — que está marchando para que os hospitais virem UTIs, até porque hoje a intenção e a atenção básica, que têm que ser e deverão ser o motivo maior das nossas ações, vão desospitalizar os pacientes, que já estão sendo desospitalizados, estão sendo retirados dos hospitais. Os hospitais vão virar UTIs na sua grande maioria.

Nós temos aqui o ex-Ministro Padilha, nós temos aqui o nosso João Gabbardo, que é um conhecedor do setor, nós temos o Edson, do Banco Mundial, nós temos o representante do CONASEMS, nós temos um Ministro hoje atuando, que esteve aqui nestas cadeiras, que está lá, que esteve nos três lados, que conhece saúde, temos um



quadro qualificado de Parlamentares preocupados com a saúde. Então, vejo o momento, Deputado Santini, de nós discutirmos esses temas e avançarmos bastante na busca, pelo menos, de um sistema que tenha razoabilidade. E passa, sim, por eficiência; passa, sim, por eficácia; passa, sim, pelo bom uso, pelo investimento adequado nas áreas da saúde.

Não se pode esquecer nunca — e ainda não ouvi falarem disso aqui — na formação dos profissionais de todas as áreas, da enfermagem, da administração, de médicos. Vejo com preocupação imensa a massificação da abertura de faculdades de medicina. São 250 faculdades de medicina de uma vez só. Eu sou médico, formado, com 4 anos de residência. Fiquei 2 anos no Hospital Conceição, em Porto Alegre, que forma profissionais multidisciplinares; fiquei 2 anos no Hospital Lazzarotto, que era um hospital privado, que hoje nem o prédio existe mais. Saí daquele hospital transplantando, fruto de uma política equivocada de estado em relação a esses atendimentos.

Então, eu vejo neste momento todos os elementos aqui para se poder avançar na busca de um modelo pelo menos razoável. Eu não posso admitir, como médico, que nós estejamos jogando no mercado profissionais credenciados pelo diploma, mas incapacitados para exercer a profissão, porque não sabem exercer a medicina, lamentavelmente. E isso vale para todas as áreas que envolvem a multidisciplinaridade necessária na área da saúde.

Vejo que essas preocupações são importantes, e os atores envolvidos neste momento estão aqui neste lado de cá e na Secretaria de Saúde, que tem sido parceira. O Gabbardo, quando procurado, tem escutado, tem conversado. Portanto, nós temos avançado. A ANS, que tem um trabalho fundamental nesse processo, está fazendo um trabalho muito importante.

Eu sou Vice-Presidente da Confederação Nacional de Saúde. Nós temos 250 mil entidades filiadas à nossa Confederação. Nós temos quadros qualificados e estamos a oferecendo esses quadros para que trabalhem juntos na formatação de um novo sistema, que não pode funcionar com o valor de um hemograma a 4 reais. Não tem como o laboratório funcionar com um valor de 4 reais! O Hiran falou no valor de 10 reais para uma consulta especializada. Eu falo do valor de um hemograma, que há 20 anos não tem reajuste. Tem uma tabela que acabou, a tabela do SUS acabou. Nós temos vários movimentos na Casa que precisam, podem e devem ser aproveitados — e estão sendo aproveitados — na busca de um elemento que faça das diferenças ideológicas o motivo



de aprendizado na busca do bem comum. E que isso não se torne, neste momento, um empecilho — e foi empecilho no passado, de todos os lados — para que cheguemos a um ponto comum, que, afinal de contas, é o que vocês estão fazendo aqui, que é atender bem o paciente. Essa é a finalidade.

Eu poderia rebuscar a história da fundação da CNS, da qual sou o fundador. Em 1988 fiz o primeiro sindicato lá em Cruz Alta. Fundamos a Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul. Depois, em dezembro de 1989, a FEHOSUL. Depois, em 1994, a CNS, desvinculando a Confederação. Mas, não! Nós tínhamos buscar essa história na essência pela qual nós existimos, que é prestar um bom atendimento. O gestor, da ponta de lá, ele vai para a cadeia.

A judicialização precisa ter câmaras setoriais de saúde nos Ministérios, nos tribunais de justiça — por que não? —, para orientar os juízes a não fazer, muitas vezes, apontamentos totalmente esdrúxulos, desnecessários, às vezes por dó, porque ele nem conhece o que está mandando judicializar. Duvido que o médico não tenha tido problema com isso. Cansei de ver centenas de mamografias, sem a necessidade de que fossem pedidas, que muitas vezes nem foram buscadas no sistema. É o controle que precisa haver.

Então, eu vejo neste momento, por iniciativa do Deputado Ricardo Barros, uma oportunidade de nós podermos colaborar. As nossas instituições podem colaborar. Os Parlamentares aqui presentes podem e têm como colaborar. Agora, a busca da excelência é fundamental. No Ministério temos o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional — PROADI, que é um programa de qualificação da administração dos hospitais. Nós temos 1.200 Santas Casas e hospitais filantrópicos, dos quais só 170 buscaram o PROADI. Eles têm que buscar mais. Esse é um programa gratuito do Ministério, que tem que investir no programa Primeira Infância Melhor, do Osmar Terra, que é um programa extremamente importante. A expectativa de vida do brasileiro diminuiu, mas não é porque ele chega aos 60, é porque ele morre aos 3 anos de idade, aos 2 anos de idade. Depois de 40 anos, ela é a mesma no Brasil inteiro.

Então, eu tenho uma porção de coisas aqui, mas na realidade não dá para falar tudo. Mas por que não temos pediatras e obstetras? Eu tenho uma filha que está se formando em medicina que está fazendo obstetrícia. Eu fiz obstetrícia e transplantes. Por que ela está fazendo obstetrícia? Por vocação, porque eu sou obstetra. O obstetra, hoje,



está toda hora com a Justiça na sua cola, no seu consultório, está sendo condenado pelo que não deve e não está sendo remunerado adequadamente. Então, o jovem para com isso aí. Na Inglaterra, há modelo em que existem realmente médicos generalistas — e que bom que existem —, mas já existem também médicos especializados em procurar médicos para tratar de uma patologia. Já existe essa especialização na Inglaterra, sim. Se existe um paciente com uma patologia diferenciada, eles dizem: "*Esse precisa de um pediatra, esse precisa de um infectologista*". E vai ser criada uma equipe médica para atendê-lo.

Agora, evidentemente, planos de cargos e carreiras na área da saúde para um médico é fundamental para que nós tenhamos médicos nos mais distantes recantos deste País.

Por fim, para terminar, eu tenho uma filha que é dentista, tem mestrado e doutorado em odontologia — e ela fez na Austrália —, casou-se com um italiano e mora na Itália. Para exercer na Itália a sua profissão, ela teve que fazer vestibular e sentar nos bancos escolares para acertar o currículo. Depois teve que defender o mestrado para exercer ortodontia lá, porque o italiano não permite que se exerça sem que se tenha qualificação comprovada em seu país. Isso nós precisamos implementar aqui também, e não preencher espaço sem ver a mínima qualificação dos profissionais que vão fazê-lo em todas as áreas.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Alcides Rodrigues. PRP - GO) - Obrigado, Deputado Pedro Westphalen.

Convido o titular, Ministro Ricardo Barros, a reassumir a Presidência desta Comissão.

Muito obrigado. (*Pausa.*)

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Tem a palavra o Deputado Dr. Luiz Orlando por 3 minutos.

O SR. DR. LUIZ OVANDO (PSL - MS) - Gostaria de fazer só uma pequena correção. O Presidente anterior disse o nome certo: Luiz Ovando.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Desculpe-me, Deputado, mas estava escrito aqui "Luiz Orlando".



O SR. DR. LUIZ OVANDO (PSL - MS) - Nobre Deputado Ricardo Barros, quero parabenizá-lo pela iniciativa da promoção da audiência pública, em nome de quem eu cumprimento todos da Mesa e também os Deputados e as Deputadas presentes.

De uma maneira geral, pude ver que todos disseram praticamente a mesma coisa: existe uma situação crítica em várias frentes, principalmente do ponto de vista econômico.

Sobre o subfinanciamento do SUS, não há dúvida de que todos concordam. Diante disso, nós temos de fazer, ou tentar fazer, uma conclusão, uma síntese na condição de médico. Toda exposição à saúde não passa de uma condição utilitarista para determinados fins políticos e ideológicos, já que nós sabemos o diagnóstico, e muito pouco tem sido feito nesse sentido.

Então, nós Parlamentares, a Câmara e o Senado, passamos a ser responsáveis por nos debruçarmos sobre esse problema e resolvê-lo.

O Carlos Augusto disse: *"Eu cumpro a lei e vou continuar cumprindo"*. Perfeito! Essa foi a atribuição dada a ele. Não há outra forma de se resolver um problema. Quando nós estamos diante dessa situação, é importante termos muito claro que proposições sem orçamento não passam de discurso, infelizmente.

Quero nesta oportunidade fazer uma pergunta ao Sr. Edson, utilizando a mesma terminologia do ex-Ministro, o nobre Deputado Alexandre Padilha, sobre a questão da eficácia e eficiência.

Nós não abordamos muito de frente a questão do Programa Mais Médicos. Eu gostaria de perguntar ao Sr. Edson sobre a eficiência, a eficácia e a efetividade do programa. O senhor vai ter a oportunidade de responder usando inclusive a terminologia. Nós todos falamos que queremos o Mais Médicos, mas há eficiência nesse grupo? Nós não temos números comprovando essa eficiência, porque de uma maneira geral o paciente chega ao médico e não raro o médico encaminha esse paciente. Temos insistido muito no fato de que o médico tem de ser eficiente, efetivo e alcançar metas, e nós não temos alcançado isso, de modo geral.

Em relação à questão da judicialização, ela nada mais é do que a consequência do desinteresse político e interesses de grupos econômicos e políticos.

Em Campo Grande, na minha cidade, existem aproximadamente três mil procedimentos na lista aguardando a judicialização. Eu pergunto: por que isso não foi feito? O que está acontecendo? Eu tenho defendido o clínico, e vou continuar insistindo.



Nós precisamos de clínicos que resolvam — é a atenção primária —, senão, não vamos chegar a lugar nenhum. Não há perspectiva de solução na saúde se não tivermos um clínico que resolva.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Deputado Dr. Luiz Ovando.

Passo a palavra ao Deputado Flavio Nogueira.

O SR. FLAVIO NOGUEIRA (Bloco/PDT - PI) - Quero cumprimentar o Deputado Ricardo Barros e toda a Mesa.

Todos já falaram o que se deve dizer, mas, por isso, vou tanger mais um pouco para outro assunto. Ninguém faz ação política sem dinheiro. Tem que ter receita. E este é o grande problema da saúde no Brasil: receita. Tomo aqui as palavras da Deputada Adriana Ventura, minha vizinha, que disse uma coisa boa: cada qual fala no seu quadrado, e a retórica fica para dentro de cada área.

Está se passando no Congresso Nacional a reforma da Previdência. Essa reforma tem que de fato existir. Ela tem que ser votada, com as suas discussões, com as modificações necessárias, mas também tem que se votar a reforma tributária. Se nós aqui do Congresso não realizarmos as reformas — e vou até mais longe: se não fizermos uma nova Constituição —, não vamos sair desse caos da saúde e de outras áreas.

Veja bem, o tratamento de câncer é caríssimo. Por que é tão caro? Por que não vai se fazer uma sindicância nessa indústria farmacêutica? O que faz com que essa medicação chegue tão cara na ponta? Qual caminho isso percorre? Por que, então, um paciente demora 2 meses para ser atendido no tratamento de uma doença que requer rapidez no início do seu tratamento? Eu sei, com conhecimento de causa, que, quanto mais demora esse tratamento, piores são as consequências finais, inclusive consequências mórbidas, os falecimentos.

Eu peguei dados do CONASEMS. Temos uma perspectiva de renúncia fiscal de 2015 — estamos em 2019 — de 60 bilhões de reais. O orçamento do Ministério da Saúde é de 120 bilhões de reais. Todo ano aumenta essa renúncia fiscal em todos os Estados, inclusive no meu, que é tão pobre, o Piauí. Por quê? Qual é o argumento disso? É porque nós empregamos, damos emprego. Se você usar esse dinheiro correspondente à renúncia fiscal com investimento em infraestrutura, estradas, construção civil, não vai



empregar também? Vamos zerar tudo. Vamos ver o que fica se renunciarmos à renúncia fiscal, para ver se o orçamento da saúde e o da educação chega aonde mais precisa, para aquele que não tem um plano de saúde.

O tempo é pouco, mas nos encontramos novamente.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Muito obrigado, Deputado Flavio Nogueira.

Tem a palavra o Deputado Santini.

O SR. SANTINI (Bloco/PTB - RS) - Muito obrigado, Presidente Deputado Ricardo Barros.

Permita-me que faça uma saudação a todos os membros da Mesa na pessoa do Gabbardo, que foi o nosso Secretário de Saúde do Rio Grande do Sul e hoje é Secretário Executivo da pasta do Ministério.

Sr. Presidente, quero dizer que, pinçando um pouco de cada fala dos que se manifestaram aqui, eu, Pedro, gostaria de dividir contigo essa questão da medicina. Eu não sou médico de formação. Sou advogado. Desde pequeno, eu sempre quis ser advogado. Infelizmente, o que eu tenho visto na medicina é que ela, há muito tempo, deixou de ser vocação e passou a ser mercantilismo. Talvez por isso tenhamos hoje tanta deficiência no atendimento da área da medicina. Muitos pais quase obrigam os seus filhos a fazerem medicina, pensando que vão enriquecer os filhos no futuro por conta da profissão, e o que vemos hoje é essa baixa qualidade de pessoas se formando e entregando um serviço ruim à população.

Deputado Alexandre Padilha, mais injusto do que atender as pessoas — não sei se foi o Ministro Padilha que falou isso, desculpe-me se não foi; não, foi o meu colega aqui — que vêm da Venezuela ou de outros países trabalhar no Brasil, seja de forma ilegal, seja de forma regular, na minha modesta opinião, é atender os desiguais de forma igual.

O SUS é um sistema de saúde maravilhoso, mas ele não é justo, porque atende àquele que mais precisa, como deve atender, e não faz distinção daquele que, por exemplo, paga um plano de saúde. Quando é negado o seu atendimento no plano de saúde, ele corre para o SUS para buscar o atendimento. Essa é a injustiça do SUS, na minha opinião.

Eu queria perguntar ao nosso Secretário Gabbardo: se o sistema do SUS é o único, por que é que os prontuários ainda não são? Por que temos uma série de exames e



reexames sendo realizados, muitas vezes na mesma semana, financiados pelo Sistema de Saúde? Isso me parece que gera uma despesa assustadoramente colocada na lata do lixo, porque eu não consigo enxergar falta de recurso. São 240 bilhões de reais por ano, se não estou enganado, os quais, se fossem destinados de forma adequada, talvez fossem mais do que suficiente para atender à população. O que me parece que está fazendo com que esse recurso não chegue àqueles que, de fato, precisam é essa desorganização que temos no sistema. Gostaria de saber se temos previsão de implantar o prontuário único logo, para que o médico possa verificar a situação daquele paciente — se ele já fez exames, se não fez exames. Também quero saber se há previsão, mesmo que seja contestada aqui, de uma reformulação na tabela do SUS, porque os hospitais filantrópicos estão à míngua.

O Gabbardo conhece melhor do que ninguém essa luta que temos na questão dos repasses da tabela SUS. Gostaria de saber se há ou não uma previsão de implementarmos, enquanto não se corrige esse modelo, algum tipo de correção para a tabela do SUS.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Muito bem.

Obrigado, Deputado Santini.

Passarei a palavra ao Deputado Jorge Solla.

Inscreveram-se a Deputada Tereza Nelma e o Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.

O Deputado Jorge Solla tem a palavra por 3 minutos.

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA) - Obrigado, Presidente.

Primeiro, eu quero parabenizá-lo pela iniciativa, agradecer a participação de todos e saudar os companheiros do Ministério da Saúde também.

Eu fico bastante preocupado com esse documento do Banco Mundial. Apesar de a maior parte das recomendações serem, de certa forma, já incorporadas — diria até presentes na preocupação dos principais gestores do SUS no nosso País —, há duas preocupações grandes que eu queria ressaltar. Inclusive, há uma nota publicada esta semana pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES sobre esse documento do Banco Mundial. Acho que valeria a pena até lhe darmos um acesso mais amplo depois.

Uma das preocupações é quando se tenta apontar a necessidade de restringir direitos. Não é porque o direito universal à saúde está na Constituição que a judicialização



acontece. A judicialização acontece, porque nós não conseguimos assegurar a oferta necessária no tempo necessário. E não é por isso que vamos retirar da lei, não. Muito pelo contrário.

A outra preocupação é que as recomendações e o diagnóstico — principalmente o diagnóstico — falam muito em eficiência e esquecem que eficiência é fazer o máximo com o que se tem. Faço uma pergunta: qual é a política pública no Brasil mais eficiente do que o Sistema Único de Saúde? Fazer tudo o que fazemos com 3 reais por habitante/dia... Poupe-me, não é?

Melhorar a eficiência de gestão é sempre o objetivo a ser alcançado. Nós nunca estaremos satisfeitos com o nosso nível de eficiência e gestão, porque novas possibilidades de aperfeiçoar o gasto vão surgir. Agora, para se calcular a eficiência tem que se levar em consideração o valor que está disponível e é despendido, bem como os resultados alcançados. E aí não se pode deixar de falar do financiamento. Inclusive, Gabbardo, eu não vou perder a oportunidade de, você estando aqui, pedir-lhe para ajudar o nosso Governador Rui Costa. Quando eu saí da Secretaria de Saúde há 4 anos, deixei alguns hospitais em construção. O Governador entregou seis hospitais, oito policlínicas, e não recebe um recurso, um centavo do Governo Federal, pelos novos serviços. Então, quem ousou abrir serviço está penalizado. E mais, está penalizado até quem está querendo manter o serviço funcionando com a situação de hoje.

Eu não vou ter tempo para detalhar muito esse debate sobre gestão direta e indireta. Como o Gabbardo já citou, eu fui Secretário e tive a oportunidade de trabalhar com gestão direta: fiz concurso público depois de 10 anos; aperfeiçoei as compras públicas, o registro de preços, etc.; fiz contratos de OSS — e há OSS que são boas de gestão e outras que não o são, como qualquer instituição ou empresa; ela não é elixir para todos os males —; e tive a oportunidade de implantar a primeira PPP em saúde no Brasil. E fizemos três: duas na área hospitalar e uma na área de exame e diagnóstico.

Então, não existe hoje nenhum modelo de gestão que se diga ideal. Temos que combinar as possibilidades. A gestão direta não se sustenta sozinha. Se não tivéssemos contrato de OSS e PPP, nós não teríamos aberto novos serviços, porque a Lei de Responsabilidade Fiscal não permite.

Eu sou contra a Lei de Responsabilidade Fiscal, porque ela criou uma amarra na ampliação do Sistema Único de Saúde, especialmente na sua gestão direta. Criou-se um



empecilho. Hoje ou se faz contrato terceirizado ou não se abre serviço novo no SUS, porque nenhum Governo Estadual e Municipal tem mais limite para isso.

Eu tinha vários outros assuntos, como, por exemplo, a preocupação com a questão da EAD e da regulação da formação de profissionais de saúde. Não dá para formar enfermeiras a distância, não dá para formar profissionais de saúde a distância. Temos que evitar que isso aconteça.

Em relação ao Programa Mais Médicos — eu queria uma opinião também do Sr. Edson, que aqui está representando o Banco Mundial —, talvez essa tenha sido a ação mais eficiente, mais eficaz, de maior efetividade que já tivemos no Sistema Único de Saúde. E estamos preocupados porque mais de mil postos de trabalho — estou sendo modesto — estão abertos hoje com a saída de profissionais.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Deputado Jorge Solla.

Temos a participação do internauta Eridan Pimenta: *"Bom dia. Gostaria de perguntar se o estudo prestado pelo Banco Mundial considerou densidade populacional e a extensão territorial nas variáveis. Além disso, nesse estudo, quais foram os entes mais eficientes?"*

Há várias outras participações que vou ler em seguida.

Com a palavra Deputada Tereza Nelma por 3 minutos.

A SRA. TEREZA NELMA (PSDB - AL) - Sr. Presidente, ex-Ministro Ricardo Barros, senhores presentes à mesa, quero dizer que estou Deputada, mas sou uma paciente oncológica. Tenho sofrido muito, não pelo SUS, porque, senão, eu não estaria aqui. Só estou viva porque os quatro cânceres que eu tive foram todos descobertos no início, e fui cuidada. Desde 2011 tive uma série de cânceres, a começar por um câncer de reto, e, agora em 2015, cheguei a perder a minha mama esquerda. Graças à família, à cota... O plano de saúde nunca me ajudou, porque a UNIMED nunca reconheceu. Fiz empréstimos. Mas eu sou uma exceção. Quero ir para a regra, a grande maioria de homens e mulheres, e quero fazer um recorte a respeito da questão das mulheres que estão morrendo.

Falar em economia é necessário, porque em vários lugares está escorrendo dinheiro, mas é preciso haver expansão, ampliação e fiscalização da questão do câncer.



Vocês precisam conhecer — eu vou falar do meu Estado, das Alagoas — que é um faz de conta que faz, mas não faz.

Quero dizer que o Hospital Universitário de lá precisa de um acelerador linear. As mulheres estão sem fazer radioterapia. Eu tive uma doença que é uma sentença de morte — hoje é uma sentença de vida, porque estou Deputada para defender essa bandeira e para melhorar a situação das mulheres. Quando nós vamos ao médico, com o diagnóstico de câncer, olhamos para ele e dizemos: *"Doutor, o senhor vai fazer a minha mama de novo?"* Não é justo ele dizer: *"A senhora não acha que está querendo demais, não? Já vou tirar o câncer e a senhora ainda quer que eu faça a sua reconstrução?"* Para que nós temos leis? Essa é a nossa realidade. Ou, então, eles cobram de 4 a 6 mil reais para fazer tanto a mastectomia quanto a reconstrução. Tantas leis nós temos! A Lei dos 60 dias é uma falácia. Ela não existe no Estado de Alagoas. Os CACONS? Os CACONS têm lista de espera. É uma ilusão!

Eu simplesmente tenho lá um atendimento, corri atrás pela dor que eu já senti ao ver as mulheres com buracos. Com respeito aos açougueiros, mas o que estão fazendo com as mulheres... Eu sei o que é ficar 2 anos sem uma mama. É muito triste se olhar no espelho.

Sr. Ministro e senhores que estão aqui, falem de economia, mas olhem a questão do câncer e das doenças crônicas, que estão se alastrando pelo nosso País. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Deputada Tereza Nelma.

Iris Renata Vinha, internauta, pergunta: *"A recomendação do Banco Mundial de terceirizar o serviço para melhorar a eficiência — seria essa a solução ou seria necessário olhar para o engessamento da gestão pública, que é estrutural? A escolha de terceirizar não seria exatamente pelo engessamento da máquina pública?"*

Dentista de Brusque pergunta se a emenda condicional que vai congelar os gastos por 20 anos terá impacto no subfinanciamento da saúde.

Passo a palavra ao Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr., que é o último Parlamentar inscrito. Depois falará o Conselho Nacional de Saúde, e a Mesa responderá a todos.

O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Bom dia a todos. Quero saudar o nosso colega Deputado e ex-Ministro Ricardo Barros pela iniciativa, e saudar o



Edson, do Banco Mundial, o Gabbardo que foi meu colega Secretário de Estado, e o Mauro.

Ministro, o Brasil vive uma situação muito difícil na saúde. Na mesa estão o ex-Ministro Padilha e o Solla, pessoas qualificadas para discutir sobre saúde.

Primeiro, eu queria salientar ao nosso colega Santini que não é a classe médica a responsável pela destruição da saúde no Brasil. A classe médica — muitas pessoas tinham o sonho de melhorarem de vida e colocarem seus filhos na graduação na faculdade — vem sendo destruída e humilhada diariamente no País.

A bolsa de residência médica é de 3 mil e 600 reais para trabalhar 60 horas, Gabbardo. E no Mais Médicos a remuneração é 11 mil e 600 reais. Nós estamos investindo contra a formação profissional. É a baixíssima formação e qualificação dos nossos profissionais que está nos empurrando para essa situação, porque os grandes profissionais estão buscando sair da assistência porque o modelo remuneratório a cada dia achata, desrespeita o médico.

Nós tivemos um colega daqui desta Casa que — o Deputado Hiran Gonçalves brilhantemente está tentando colocá-lo no Conselho de Ética — invadiu um pronto-socorro para desrespeitar um médico. O médico tem que voltar a ser respeitado como todos os profissionais de saúde. Nós estamos colocando aqui, com a participação da maioria, um GT para fazermos, Edson, uma revisão ampla do rol de procedimentos da tabela SUS, não só no valor de remuneração, mas em todos os procedimentos englobados. E também estamos buscando a Consultoria Legislativa desta Casa para avaliação orçamentária.

Nós temos orçamentos nas redes de incentivo — na Rede Cegonha, na Rede de Urgência e Emergência — mas, infelizmente, a cada ano, o número de procedimentos no País vem caindo porque ninguém mais quer prestar serviço ao SUS. O Solla, mais uma vez, foi brilhante. Nós estamos dependentes das organizações sociais.

Mas quando o gestor, Mauro, vai contratar uma organização social, quando um secretário municipal ou estadual vai contratar um serviço, ele não pode mais utilizar tabela SUS, porque ela só funciona como tabela punitiva aos gestores, uma vez que o TCU e os Tribunais de Contas Estaduais estabelecem a tabela SUS como uma referência para nos cobrar, Gabbardo. Nós vamos discutir aqui de que forma poderemos requalificar essa tabela, de que forma buscar uma brecha no orçamento para poder fazer essa tabela ser



implementada, até porque, Ministro Ricardo Barros, essa tabela não precisa ser totalmente bancada pelo Ministério da Saúde. Os recursos das Secretarias Municipais e das Secretarias Estaduais podem ser utilizados na remuneração da tabela, principalmente com a definição sobre quem tem a competência ao atendimento, de quem é a responsabilidade na atenção básica e na média complexidade.

Muito obrigado.

Parabéns, Ministro.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr., pela sua participação.

O Mauro Pereira da Conceição diz o seguinte: *"Estou precisando trocar o gerador do meu marca-passo neuroestimulador medular e vou ter que entrar via judicial porque o SUS não cobre isso. Quando foi colocado eu tinha convênio. Hoje eu sou aposentado e não consigo resolver o problema da troca da bateria"*.

E também o internauta Eduardo pergunta: *"Há possibilidade de haver um plano em que o brasileiro só possa utilizar medicamentos e exames do SUS se já tiver feito a saúde preventiva? Vejo que muitos procedimentos podem ser eliminados através do preventivo, diminuindo a demanda das emergências dos hospitais"*. Há outras participações de internautas, mas dos mesmos inscritos. Então eu não lerei agora.

Tem a palavra o Dr. Heleno Rodrigues Corrêa Filho, representante do Conselho Nacional de Saúde e Vice-Presidente do CEBES — Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, por 3 minutos. Depois passaremos às respostas.

O SR. HELENO RODRIGUES CORRÊA FILHO - Bom dia a todos e a todas. Em nome do Conselho Nacional de Saúde, eu agradeço os 3 minutos que nos são concedidos; cumprimento os Deputados presentes e todos que estão aqui envolvidos, inclusive assistindo este debate pelos meios de comunicação.

É importante dizer que o Conselho Nacional de Saúde está programando para este ano a 16ª Conferência Nacional de Saúde, que é chamada de 8ª + 8, por ser uma referência ao fato de que a 8ª Conferência Nacional de Saúde foi a grande implementadora da discussão que culminou com a inclusão do Sistema Único de Saúde na Constituição do Brasil.

A 16ª Conferência culmina com a participação popular e técnica de todos os engajados na construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, com todas as



dificuldades, com todas as questões do subfinanciamento, com todas as questões de desafios colocados pelo congelamento das despesas e de investimentos impostos pela Emenda Constitucional 95, e também, como aqui foi mencionado, pela Lei de Responsabilidade Fiscal, que restringe e redireciona o contrato quase que obrigatório de Prefeitos e Secretários Municipais de Saúde para que possam abrir serviços.

E eu queria agradecer a referência elogiosa do Deputado Padilha que fala da nossa militância em favor do Sistema Único de Saúde. Essa é uma parceria antiga, pois nós conhecemos o Deputado desde que foi estudante. Ele sempre esteve ao lado da defesa das políticas públicas de saúde. É importante colocar que o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde — CEBES, do qual sou Vice-Presidente e que aqui represento também, tem no seu *site cebes.org.br* várias manifestações a respeito dos diagnósticos oferecidos pelos documentos, como esse documento do Banco Mundial. Fazemos quase um paralelo sobre a necessidade de os diagnósticos se convergirem, mas os tratamentos não. É possível ter um diagnóstico e recomendar a eutanásia, colocando a pessoa diagnosticada sem nenhuma perspectiva.

Como tem sido debatido no Conselho Nacional de Saúde, até o momento não há evidências de que a participação do setor privado na rede de serviços do SUS tenha gerado qualquer economia de recursos. E há um apelo para que as questões de eficácia e de efetividade dos serviços não sejam colocadas em detrimento dos serviços públicos que recebem a referência de casos complicados, porque, segundo esse critério, o Hospital das Clínicas da USP, por exemplo, que recebe todos os politraumatizados, seria considerado ruim, porque, em comparação com os que referenciam os pacientes para ele, ele fica encarregado de mantê-los vivos.

Então, atendendo a esse chamado que foi feito, agradeço o tempo concedido. Desejo que o debate continue.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Muito obrigado, Dr. Heleno.

Esta é uma audiência pública muito prestigiada pelos Srs. Parlamentares. Marcaram presença no painel da Comissão: Deputados Antonio Brito, Darcísio Perondi, Dr. Luiz Ovando, Dr. Zacharias Calil, Eduardo Barbosa, Eduardo Braide, Eduardo Costa, Flávia Arruda, Miguel Lombardi, Olival Marques, Tereza Nelma, André Janones, Carmen Zanotto, Alan Rick, Chris Tonietto, Júnior Ferrari, Luiz Lima, Otoni de Paula, Professor



Alcides, Ricardo Barros, Santini, Zé Vitor, Diego Garcia, Dr. Leonardo, Gil Cutrim, Benedita da Silva, Jorge Solla, Liziane Bayer, Rodrigo Coelho, Paula Belmonte, Renata Abreu, Heitor Schuch e Alcides Rodrigues.

Também marcaram presença na Comissão os não membros: Deputados Angela Amin, Carlos Henrique Gaguim, Lincoln Portela, Capitão Alberto Neto, Evair Vieira de Melo, Luis Miranda e Weliton Prado.

Todos eles compareceram à audiência e registraram presença através da digital.

O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Ministro, peço que que registre a nossa presença.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Registro também a presença dos Deputados Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr. e Pedro Westphalen.

Por favor, peço que agora registrem presença lá no painel.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - V.Exa. registrou, e eu não falei seu nome. Está bem. Acabei de pedir à minha assessoria que faça a atualização.

Deputados presentes, muito obrigado por prestigiarem esta audiência.

Eu vou passar para as respostas, seguindo a mesma ordem inicial. Evidentemente, eu não posso dar mais tempo aos senhores expositores, porque eles têm que responder a todos os Parlamentares. Peço-lhes a máxima brevidade. O Dr. Gabbardo, que recebeu o maior número de demandas, vai falar por último. Então, os Deputados precisam estar presentes para que ele lhes responda.

Concedo a palavra ao Dr. Mauro Guimarães Junqueira, do CONASEMS.

O SR. MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA - Eu vou procurar ser o mais breve possível, já iniciando pela fala do Deputado Padilha, quando traz a questão da eficiência do SUS.

O SUS responde por um capital social que tem que ser colocado nessa mesa de discussão. É lógico que o sistema de informação, por exemplo, como o prontuário eletrônico, vai melhorar o gasto, vai diminuir a duplicidade de exames, e nós temos que avançar nisso. A saúde gera empregos, movimenta a indústria de medicamentos, de equipamentos, ou seja, investir em saúde é bom para a economia do nosso País.



Quanto à questão da tabela, muito falada aqui, eu queria lembrar que a Lei nº 141 fala sobre o critério de rateio. Eu fico muito feliz de o Deputado Luizinho estar fazendo esta discussão.

Eu queria me colocar à disposição e marcar um horário para conversarmos, Deputado Luizinho, porque o CONASEMS tem um projeto em andamento, com base na Lei nº 141, que trata do critério de rateio e da questão da necessidade da população, da situação geográfica e espacial, da capacidade de oferta. É por aí que nós vamos resolver a questão de quanto alocar de recurso em cada serviço deste País e quanto custa cada serviço deste País, de acordo com o que o Gabbardo falou aqui.

Em diferentes hospitais, o mesmo procedimento tem um determinado custo em um hospital e, em outro hospital, tem outro custo.

Então, nós estamos bem avançados. A academia participa deste projeto conosco. É um projeto desenvolvido através do PROAD também. Nós estamos à disposição para sentar, porque nós já avançamos bastante.

Deputada Adriana, quero dizer a V.Exa. que nós conversamos — nós conversamos e conversamos muito —, mas depende muito também do comprometimento. Vou dar um exemplo a V.Exa. O Estado tem colocado o mínimo de 12% na saúde. O meu Estado, Minas Gerais, no ano passado, aplicou 6,2% em saúde. Então, quando não há comprometimento, não há conversa que resista.

Deputado Hiran, quero dizer o seguinte: o meu plano de saúde e da minha família é o SUS. Eu não posso ser Secretário de Saúde há 30 anos e ter um plano de saúde privado, ofertando àqueles que eu estou gerenciando um sistema do SUS. Então, o meu plano de saúde e o da minha família é o SUS e eu não tenho outro.

O SUS oferta anualmente bilhões de procedimentos na atenção básica, como consultas, etc. Nós vamos discutir acesso — sim, nós temos que discutir acesso —, mas também o uso correto da atenção básica. Hoje a estratégia da Saúde da Família disputa com o Dr. Google. Este é um cenário que nos preocupa. A nossa sorte é que o Google não prescreve — ainda —, porque daqui a pouco, se deixar, ele vai prescrever. E nós estaremos numa situação muito difícil.

O cidadão diz ao profissional médico da estratégia Saúde da Família que quer fazer uma ressonância magnética porque tem essa doença. Então, nós temos que inverter, e é preciso haver protagonismo de novo na mão do profissional médico que diz *"não, fui eu*



que estudei, sou eu que faço, eu vou dizer o que você tem. Não é você que vai dizer o que eu preciso fazer".

O Ministério, na lógica de melhorar o acesso, apresentou uma proposta. Nós pactuamos o mérito. Devemos publicar, nos próximos dias, a questão das 60 horas ou das 75 horas no horário estendido na estratégia Saúde da Família, melhorando a questão do acesso para os pacientes. Hoje, a unidade básica de saúde funciona no horário comercial. Então, nós temos que pensar também que a população enche as unidades de pronto-atendimento, os hospitais, porque, se sair do trabalho para ir à unidade de saúde, perde o emprego. Então, tem que pensar neste formato também.

O Deputado Pedro traz a questão da formação dos profissionais de saúde. Eu falei sobre isso, a necessidade de aproximação com a academia e, principalmente, de que as universidades públicas formem todos os profissionais de saúde para o Sistema Único de Saúde. As pessoas saem da formação e não passam sequer pelo SUS, não sabem nem o que é o Sistema Único de Saúde. O Deputado Dr. Luiz Ovando fala das proposições sem orçamento, que proposições sem orçamento não passam de discurso. Eu concordo plenamente. Nós precisamos parar um pouco de fazer discurso e efetivamente cumprir aquilo que está na Constituição.

O Deputado Flavio Nogueira fala da reforma da Previdência, da reforma tributária e do pacto federativo. É preciso discutir o pacto federativo. Quem executa todas as políticas públicas deste País é um ente chamado Município, que é o ente que fica com 19% do que se arrecada, enquanto a União fica com 60%. A questão da renúncia fiscal dos Estados no ano de 2015 foi de 60 bilhões de reais. E isso é de ICMS, o que impacta diretamente, porque no mínimo 15% desse ICMS deveria estar na saúde, na Secretaria Municipal de Saúde.

O Deputado Santini fala da questão do prontuário eletrônico. Nós erramos, no passado, quando começamos a construir um prontuário eletrônico pelo telhado, que era o Cartão SUS. E quanto nós já gastamos no Cartão SUS? Precisamos ter um prontuário eletrônico. O Ministro Ricardo Barros propôs o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde — PIUBS, com um prontuário avançado através do e-SUS. Isso avançou um pouco, mas o PIUBS não saiu, porque não houve o entendimento do Tribunal de Contas da União, que questionou uma série de questões.



O Deputado Jorge Solla trouxe aqui as questões de habilitações. Eu queria dizer ao Deputado Solla que hoje há na fila 8 bilhões em habilitações do Ministério da Saúde, de serviços abertos pelos Municípios. Primeiro, nós precisamos abrir para, depois, o Ministério pedir a habilitação e resolver. Então, abre-se o serviço, e o Município gasta com profissionais, com equipamentos, etc., e nós temos hoje 8 bilhões na fila para serem habilitados.

A Deputada Tereza fala da questão da oncologia. Concordo que a Lei dos 60 dias não existe. O paciente está com dificuldade. E nós temos que ter coragem de discutir oncologia neste País, para ter uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade — UNACON com todos os serviços, mas ter hospitais regionais mais próximos da população para fazer serviços isolados, como cirurgia oncológica e quimioterapia, gerenciados por esses hospitais, por esses CACONS e UNACONS.

O Deputado Luizinho fala da questão da bolsa de residência. Concordo que é um absurdo pagar 3.600 reais pela bolsa de residência. E quero acrescentar mais um dado: menos de 20% dos profissionais médicos que se formam conseguem fazer a residência. Então, nós temos que curtir isso. V.Exa. não tinha chegado ainda, mas eu falei que o Estado tem que ter a mão forte para poder induzir, principalmente para a medicina de família e comunidade, para que possamos efetivamente fortalecer a atenção básica.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Mauro, pela sua rápida exposição e por ter respondido a todos.

Tem a palavra o Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde — CONASS, Leonardo Vilela, a quem também peço agilidade. Houve dez perguntadores, então, que todos sejam respondidos.

O SR. LEONARDO MOURA VILELA - O.k. Obrigado, Ministro Ricardo Barros.

Respondendo ao Ministro Alexandre Padilha em relação à Tabela SUS, eu a considero extremamente anacrônica. Fico feliz de saber que há um grupo coordenado pelo Deputado Luizinho, que tem um grande saber, uma grande experiência, um grande conhecimento nessa área, para discutir essa questão.

De antemão, eu gostaria de já deixar o convite pronto para a discussão do Fundo de Resgate de Saúde na próxima assembleia do CONASS, que será realizada no dia 24 de



abril. Então fica convidado o Deputado Padilha para que discuta isso com todo o colegiado no CONASS, com os 27 Secretários Estaduais.

Queria também, Deputado Ricardo Barros, convidar a todos para a posse do nosso Presidente. Nós já temos um novo Presidente no CONASS. Ele foi eleito na última assembleia, o Secretário do Pará Alberto Beltrame, ex-Ministro do Desenvolvimento Social, ex-Secretário da Secretaria de Atenção à Saúde — SAS, do Ministério da Saúde. Quero convidar a todos para a posse, que será no dia 23 de abril, uma terça-feira, no auditório da Organização Pan Americana da Saúde — OPAS, às 19 horas. Estão todos convidados.

A Deputada Adriana Ventura coloca com muita propriedade que falta planejamento e falta comunicação. Concordo plenamente. Isso é importante. Eu fico feliz de ver aqui, graças à iniciativa do Deputado Ricardo Barros, os gestores, as pessoas que participam em nível estadual, em nível municipal, em nível federal da gestão do SUS junto com os Parlamentares, que definem as políticas de saúde, que definem as leis, que definem o orçamento que é destinado à saúde, também com o controle. O controle externo aqui está representado pelo TCU. É extremamente importante que haja essa comunicação. Eu acho que está melhorando, Deputada Adriana, já esteve muito pior. Eu acho que essa comunicação tem sido positiva, e isso é extremamente positivo para fortalecer o SUS.

O Deputado Hiran Gonçalves pergunta sobre a utilização do SUS. Só para dar um exemplo, Deputado Hiran, eu também utilizo o SUS. No meu Estado de Goiás, há 2 anos e meio, o Vice-Governador do Estado, que estava como Governador interino, sofreu um atentado a tiros numa campanha política em Itumbiara, no sul do Estado. Ele foi atendido emergencialmente para uma laparotomia de emergência no Hospital Municipal de Itumbiara e foi transferido depois para o Hospital de Urgências Governador Otávio Lage de Siqueira — HUGOL, que é estadual. Ele teve um atendimento pelo SUS como qualquer paciente do SUS e, mais do que ninguém, pode ser testemunha do atendimento oferecido pelo SUS a todas as pessoas. Aquele não foi um atendimento para o Governador em exercício, foi o atendimento dispensado a todas as pessoas. Esse é o SUS que nós queremos.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Como o Bolsonaro também.



O SR. LEONARDO MOURA VILELA - Como o Bolsonaro foi atendido pela Santa Casa, que é filantrópica, mas faz parte do SUS. No caso de Goiás, foi um hospital municipal que fez o atendimento inicial, e o hospital estadual o fez posteriormente.

O Deputado Pedro Westphalen fala da qualificação de profissionais. Eu também fico extremamente preocupado, quando eu vejo a avalanche de médicos que estão sendo jogados no mercado, quando eu vejo as faculdades de Medicina que foram construídas e que estão sendo implantadas, na Bolívia e no Paraguai principalmente, formando milhares de médicos brasileiros que vão para lá estudar e que vão depois ser inseridos sem nenhuma qualificação. Isso para mim é uma bomba-relógio que está pronta para explodir, que vai ser um grande problema para toda a população, não só para os gestores, mas também para toda a população daqui a algum tempo.

O Deputado Luiz Ovando fala de uma Atenção Primária à Saúde — APS de qualidade e resolutiva. Concordamos plenamente. A atenção primária de qualidade pode resolver 90% dos problemas de saúde e com isso reduzir a demanda e reduzir os custos da média e da alta complexidade. Só para citar um dado de que pouca gente sabe, Deputado Luiz Ovando, em 2017, Ministro Ricardo Barros, o SUS ofereceu 92 milhões de consultas na atenção primária e 98 milhões de consultas na atenção especializada. Então, nós temos uma clara distorção, Edson. Se a atenção primária resolve 90% dos casos, nós deveríamos ter um número de consultas especializadas muito menor. Então, isso mostra que a atenção primária está falha, está relegada e não tem a resolutividade que todos nós procuramos.

O Deputado Flavio Nogueira fala em custos crescentes, e eu concordo plenamente. Esse é o grande problema. Além do envelhecimento da população, além do crescimento que ainda existe da população, da tripla carga de doenças a que todos os brasileiros estão submetidos, nós ainda temos a inflação da saúde, que é muito mais alta do que a inflação normal. Isso tem que ser realmente discutido.

O Deputado Santini fala do financiamento, da injustiça do SUS. Apesar de estar crescendo aquilo que os planos de saúde ressarcem ao SUS, ainda é muito pequeno. Nós sabemos que o custo, o dispêndio, desse atendimento aos portadores de plano de saúde é muito maior, e isso precisa ser equacionado.

Deputado Jorge Solla, permita-me, mesmo na sua ausência, discordar da questão da judicialização. Eu poderia dizer que nós temos dois tipos de judicialização. A boa



judicialização, que é aquela que garante o acesso do paciente ao tratamento, à atenção que é necessária, à atenção à saúde, e a má judicialização, que é aquela que está a serviço de grupos econômicos, que está a serviço de interesses espúrios, que está a serviço... Enfim, com essa nós não podemos concordar.

A Deputada Tereza falou de lista de espera para tratamentos de câncer. O grande problema, Deputada Tereza, que eu identifiquei, depois de tantos anos de gestão, o grande problema do SUS é o acesso. Eu não tenho dúvida. O acesso nós vamos conseguir com a atenção primária eficiente, de qualidade. Esse é o caminho. Não vejo nenhum outro caminho fora dessa questão.

Ao Deputado Luizinho já falei sobre a revisão do rol de procedimentos da tabela SUS, de novas formas, novas modalidades, de pagamento. Isso é fundamental. Nós da gestão, Deputado Luizinho, esperamos isso com muita ansiedade e com muita esperança de que isso traga uma nova fase para o Sistema Único de Saúde.

Concluindo, agradeço e cumprimento mais uma vez o Deputado Ricardo Barros pela brilhante iniciativa.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado, Secretário Leonardo.

Tem a palavra o Sr. Carlos Ferraz, do Tribunal de Contas da União.

O SR. CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ - Obrigado.

Foi mencionada a falta de mapeamento de desperdício. Esse é um dos trabalhos que pretendemos fazer este ano. Foi mencionada a falta de planejamento global. Esse debate que temos tido com os Secretários do Ministério da Saúde objetiva isto: cobrar dos Secretários que eles construam um planejamento, para que possamos pensar ações conjuntas e contribuir para a ação do Ministério da Saúde.

Em relação à titulação de direitos, não compete aos órgãos de controle titular ou não direitos. A questão é que, se eu titulo direitos que são prestação de serviços sem prover meios para que os serviços sejam prestados, ocorrerá a judicialização. Nesse caso foi mencionada a Lei dos 60 dias e dito que ela é uma espécie de ficção. Nesse momento o Tribunal está terminando uma fiscalização na questão oncológica. Acredito que, em mais 1 semana, deve sair.

Registro inclusive que nesse trabalho, para a construção das recomendações, foram convidadas pessoas do Ministério da Saúde, dos CACONs, dos hospitais universitários,



dos hospitais federais, etc. Então, aquilo está sendo encaminhado como recomendação foi uma construção coletiva, não apenas dos técnicos do TCU. A Lei dos 60 dias talvez não tenha produzido os resultados pretendidos, mas ela certamente produziu judicialização e constrangimento de vários médicos.

Foi mencionada a questão da terceirização. As OSS são mecanismos de flexibilização da gestão. Esse é o mecanismo que talvez exista hoje disponível no ordenamento jurídico. Parece-me que é por essa razão que o Banco Mundial utiliza isso. Nós temos o hábito de enrijecer a ação administrativa. Talvez nós devêssemos pensar em flexibilizá-la. Como a administração pública está presa por normas — é uma discussão difícil —, acaba acontecendo a rigidez, e essa acaba sendo a saída. Mas existem, é claro, outros caminhos. Cito a Associação das Pioneiras Sociais, que é outra coisa, mas que é reconhecida como uma entidade de excelência. Há caminhos, mas, do ponto de vista legal, hoje o que existe é esse caminho.

Foi mencionada a tabela do SUS e a necessidade de sua adequação. Eu relembro apenas que seria interessante que isso fosse avaliado à luz dos modelos remuneratórios, sobre os quais é preciso refletir.

É isso.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Obrigado.

Tem a palavra o Secretário Gabbardo, para responder aos Srs. Parlamentares.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Primeiro, para o ex-Ministro Alexandre Padilha — não vou repetir todas as respostas que já lhe foram dadas —, gostaria de cumprimentá-lo pela sugestão e pela ideia de criar esse fundo de resgate, que teria como objeto recursos para a atenção primária e para a regionalização, que é o que nós estamos defendendo aqui que é fundamental. Então essa é uma medida que vai ter todo o nosso apoio.

A Deputada Adriana fala sobre a falta de comunicação entre os gestores. Parece. Mensalmente, nós temos uma reunião com todos os gestores, representação dos Municípios, dos Estados, do Ministério da Saúde. O Ricardo Barros foi talvez um dos Ministros que mais tenha dado atenção a essa relação. Respondo isso porque eu, na ocasião, era o Secretário do Rio Grande do Sul e estava no lugar do Leonardo como Presidente do CONASS.



Agora nós inovamos um pouco mais. Nós decidimos na semana passada que as direções das três áreas de gestão vão reunir-se semanalmente. Então, todas as terças-feiras nós teremos uma reunião, exatamente para poder aprimorar esse relacionamento entre as áreas dos Estados, dos Municípios e do Governo Federal.

A senhora me perguntou sobre os HPPs.

Eu nem tinha falado isso na minha fala inicial, mas eu vou traduzir. HPPs são os hospitais de pequeno porte. Os hospitais de pequeno porte são apontados pelo Banco Mundial como um dos pontos mais relevantes da ineficiência do sistema. Esses hospitais têm um número pequeno de leitos, tornando-os insustentáveis economicamente porque têm um custo fixo elevado e não têm produção.

Além disso, esses hospitais têm mais de 50% de ociosidade. Eles trabalham com uma taxa de ocupação abaixo de 50%. Como esse hospital não tem recursos, ele não mantém na sua estrutura pediatra, obstetra, anestesista. Muitas vezes,...

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Por favor, traduza para os internautas.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Eu nem tinha falado isso na minha fala inicial, mas eu vou traduzir. HPPs são os hospitais de pequeno porte. Os hospitais de pequeno porte são apontados pelo Banco Mundial como um dos pontos mais relevantes da ineficiência do sistema. Esses hospitais têm um número pequeno de leitos, tornando-os insustentáveis economicamente, porque têm um custo fixo elevado e não têm produção.

Além disso, esses hospitais têm mais de 50% de ociosidade. Eles trabalham com uma taxa de ocupação abaixo de 50%. Como esse hospital não tem recurso, não mantém na sua estrutura o pediatra, o obstetra, o anestesista e, muitas vezes, fazem procedimentos como parto numa situação de absoluto risco para o paciente. Se o parto não tiver complicação, o obstetra faz o parto sem problema nenhum, mas, se houver uma complicação com a criança ou com a mãe durante o parto, não haverá anestesista, não haverá pediatra, não haverá UTI para atender esse paciente, e essa criança terá que ser transportada na pior situação possível, com falta de oxigênio, por exemplo, o que aumenta muito a mortalidade. O problema não é só financeiro, mas também risco para os pacientes.



No Rio Grande do Sul, nós fizemos um trabalho comparando o índice de mortalidade dos recém-nascidos em hospitais que fazem menos de mil partos, que fazem poucos partos por ano com aqueles que fazem mais. A relação é de 6 para 60. A chance de uma criança morrer num hospital de pequeno porte é 10 vezes maior do que num hospital que tem mais volume de atendimento.

Então, o que nós queremos é que os hospitais, para realizar esse tipo de procedimento, tenham uma estrutura que possa dar segurança aos pacientes. Isso é muito difícil, porque o número de hospitais de pequeno porte é muito grande, e nós não poderemos fazer um movimento abrupto em relação a esses hospitais. Nós temos que criar novas vocações para essas unidades, para que elas possam ser mais efetivas no atendimento do que sendo um hospital normal, que possam fazer cirurgias ou procedimentos de risco para os pacientes.

O Deputado Hiran Gonçalves colocou uma questão que acho fundamental: a telemedicina. Talvez eu tenha que usar um pouco mais do tempo, já que eu não usei os meus 15 minutos. Eu não vou entrar no mérito da telemedicina em relação à resolução do Conselho Federal de Medicina, até porque não me cabe opinar sobre a forma como o Conselho decidiu fazer essa resolução. Eu não participei disso, não sei como é que foi feita e vou me abster de fazer qualquer comentário sobre a forma como foi encaminhado o assunto.

Agora eu vou dar a minha opinião em relação à telemedicina. Eu fui atacado nas redes sociais por conta do meu posicionamento em relação à telemedicina, muito atacado, de forma criminosa até. Eu acho que esta é uma oportunidade muito boa para eu colocar a minha posição. Nós nunca defendemos que a telemedicina pudesse substituir o trabalho do médico, criando a possibilidade de o médico atender o paciente diretamente através da telemedicina. Isso está contido na resolução do Conselho Federal de Medicina numa situação de exceção. Ela diz que a consulta deve ser feita quando há médico nas duas pontas.

(Intervenções fora do microfone.)

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - E nessa também. Ela abriu a possibilidade de, num prazo de 120 dias, após uma consulta presencial, as consultas poderiam ser feitas sem a presença do paciente, que, após 120 dias, deveria retornar ao atendimento. Isso é que foi, digamos, ampliado nessa resolução e que foi muito criticado, acho que com



razão em algumas circunstâncias, porque isso poderia, para os planos de saúde, significar o seguinte: um médico atende uma pessoa em janeiro e essa pessoa pode ficar consultando com outros médicos durante 120 dias sem ter uma consulta presencial. Acho que isso pode ser corrigido na nova resolução. Mas o papel da telemedicina é indispensável ao Sistema Único de Saúde.

Eu vou dar três exemplos ao senhor. No Rio Grande do Sul, nós temos Teleoftalmo. Nós tínhamos a maior fila...

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - Gostaria de esclarecer a minha pergunta.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Pois não.

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - Eu falei sobre telemedicina porque é uma coisa que nós já utilizamos, Dr. Gabbardo. Os oftalmologistas utilizam com muita frequência a telemedicina e a teleconsulta, que são duas coisas absolutamente diferentes. Que isso fique claro aqui.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - São diferentes, não há dúvida.

E eu vou acrescentar ainda o telediagnóstico e a telerregulação, que é o que fazemos.

No Rio Grande do Sul havia uma fila enorme no atendimento de oftalmologia. A maior fila que víamos era a de oftalmologia. Nós criamos um sistema em que o paciente consulta na rede básica. Se ele tem um problema oftalmológico, vai ser atendido numa unidade remota, em que haja um oftalmologista no nível central. Ele vai a uma unidade em que haja um médico, vai fazer todos os exames — o oftalmologista não está presente, o oftalmologista está lá na central — e vai fazer o diagnóstico. Qual é a maior frequência desses pacientes? Problemas de refração. Se o problema é de refração, ele rapidamente prescreve lente para o paciente, e está resolvido o problema. Mas esse não é o maior benefício. O maior benefício é que o senhor identifica quem são os pacientes que não têm problema de refração, que estão lá porque têm diabetes, porque têm lesões, retinopatia diabética, porque têm glaucoma, porque têm outras patologias. Esses pacientes, antigamente, ficavam numa fila enorme e seriam atendidos, sei lá, depois de 1 ou 2 ou 3 anos. Quando fazemos esse atendimento, resolve-se o problema da refração e pode-se aí direcionar mais rapidamente para o profissional, obrigatoriamente para o oftalmologista, esses casos de maior complexidade, para que possam ser atendidos.



Então, havia uma fila de mais de 140 mil pacientes aguardando consulta especializada. Com a telerregulação, nós tiramos um terço dos pacientes dessa fila. De que maneira? O médico regulador, o cardiologista, o nefrologista entra em contato com o médico da atenção básica que fez o encaminhamento e atende aquele paciente conjuntamente com o médico da atenção básica.

Eu vou pedir só os 3 minutos que sobraram lá do meu tempo inicial, está bem?

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Perfeito.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Eu exemplifiquei isso para colocar a minha posição em relação à telemedicina, que eu acho que é um avanço na medicina do qual nós não podemos abrir mão. Mas concordo que isso não pode gerar a possibilidade de a consulta ser realizada sem a presença do médico.

O Deputado Pedro fez uma série de observações em relação à tabela. E agora, quando eu falar da tabela, vai valer para o Deputado Luizinho e para todos os outros. Há uma questão injusta quando se avalia o valor da tabela, porque, ao se olhar o valor da tabela, se esquece de que muitas vezes o hospital não recebe só o valor da tabela para realizar aquele procedimento. Ele recebe o valor da tabela mas recebe também incentivos federais que são criados, por conta de vários programas. São repassados recursos adicionais ao valor da tabela. Existem também os recursos, os incentivos, estaduais.

Então, nesse trabalho que vai ser feito — eu concordo plenamente que seja reavaliado o valor do procedimento — devem ser também considerados esses valores que são repassados via contratualização, via incentivos federais ou via incentivos estaduais.

E um outro item extremamente importante...

O SR. PEDRO WESTPHALEN (Bloco/PP - RS) - Existem laboratórios, por exemplo — não são hospitais, são laboratórios —, que dependem dessa tabela e para eles não há nenhum incentivo.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Os laboratórios realmente, por serem, na sua grande maioria, serviços privados não filantrópicos, aliás, privados mas não são filantrópicos, ou seja, são serviços que recebem somente pela produção de serviços, não podem receber incentivos por conta da legislação. Eu não posso criar um incentivo estadual ou federal para uma unidade que tenha lucro. Esse é um ponto fora da curva, que tem que ser analisado.



O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Sr. Gabbardo, eu gostaria só de salientar...

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Pois não, Deputado Luizinho.

O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Começamos nosso trabalho na terça-feira, dia 9, com um grupo de Deputados. Convidamos todos — CONASEMS, Ministérios — para iniciarmos os trabalhos e ouvirmos todos.

Mas um dos objetivos principais — por isso, falei da Consultoria Legislativa, sobre o orçamento — é justamente tentar enxergar os incentivos que são colocados e que não atendem, muitas vezes, aos critérios técnicos, para transformá-los em tabela SUS para reverter parte desse problema.

Gabbardo, eu quero saudá-lo fazendo uma defesa pública. O seu trabalho à frente do TELESSAÚDE, no Rio Grande do Sul, é fantástico. Nosso posicionamento, como Frente Parlamentar Mista da Medicina, foi direcionado à teleconsulta, à teletriagem e ao atendimento que não envolvia médico de uma ponta a outra. E os trabalhos nunca foram conduzidos da forma como o senhor brilhantemente conduziu no Rio Grande do Sul. Eu acho que é uma experiência válida, no SUS. Aliás, não era o foco de qualquer tipo de preocupação da Frente Parlamentar Mista da Medicina.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Obrigado, Deputado.

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - Dr. Gabbardo, eu queria fazer um acréscimo, rapidamente.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Pois não, Deputado.

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - O senhor sabe por que nós não temos acesso ao tratamento de refração no Sistema Único de Saúde?

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Acesso a quê?

O SR. HIRAN GONÇALVES (Bloco/PP - RR) - Acesso ao tratamento de refração. A maior procura na oftalmologia é para tratamento de refração. A oftalmologia não está no NASF. A oftalmologia está concentrada em ação de alta e média complexidade. Vamos tratar da oftalmologia na assistência básica para garantir atendimento relativo à refração, e o oftalmologista vai fazer esse atendimento. Não há esse acesso porque a oftalmologia não está no NASF. É por isso que não há oftalmologistas para tratar de problemas de refração.



Assim nós estamos abrindo um precedente perigoso para optometrista tratar refração no País todo, o que somos radicalmente contra.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Nós também. Nós nunca defendemos que o oftalmologista pode ser substituído pelo optometrista.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Peço ao Secretário Gabbardo que encaminhe suas respostas.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Vou tentar responder em bloco, não mais pessoalmente.

A outra questão que foi muito destacada é a abertura de novos serviços.

O Deputado Jorge Solla falou dos serviços que já estão funcionando e para os quais não houve recurso adicional no teto do orçamento do Estado da Bahia. Há um passivo gigantesco no Ministério da Saúde de serviços que foram abertos e não tiveram a compensação financeira.

Quando esse grupo trabalhar a tabela de procedimentos — obviamente vai qualificá-la e vai implementar aumento em determinados procedimentos, o que é absolutamente correto —, não podemos esquecer que, por trás desse aumento de tabela, vai haver um impacto financeiro enorme e que também tem que se pensar na solução. Como vamos absorver esse impacto no valor da tabela? Não adianta dizer que a consulta vai passar de 10 para 25, se não soubermos de onde vamos tirar o dinheiro para passar a tabela de 10 para 25. Então, tem-se que trabalhar a tabela, pensar no impacto financeiro e nesses serviços que estão funcionando e ainda não há recursos para o seu funcionamento.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - O Deputado insiste que eu não deixe de responder um por um. Eu vou procurar fazer isso.

A Deputada Tereza, na verdade, não fez nenhuma pergunta. Ela fez uma série de questionamentos, uma série de cobranças em relação ao sistema de atendimento ao paciente oncológico, com que concordamos plenamente. Em relação ao acelerador linear, recebi a informação da nossa assessoria de que a Santa Casa de Maceió tem, sim, um acelerador linear implantado.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Tem?



Não entendemos a pergunta, então.

A SRA. TEREZA NELMA (PSDB - AL) - Eu disse que a Santa Casa ganhou do Ministério, e o hospital universitário não.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Ah, bom.

A SRA. TEREZA NELMA (PSDB - AL) - Ele está precisando, é quem recebe a maior demanda do Estado. As mulheres chegam lá 1 hora da manhã.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Então, talvez, a Santa Casa não devesse ter recebido. Temos que ver se há necessidade de dois aceleradores lineares. Se houver, nós vamos trabalhar nisso.

O Ministro Ricardo Barros colocou 120 novos aceleradores lineares na gestão dele. E, diga-se de passagem, a maioria desses aceleradores lineares estão ainda encaixotados porque os serviços não foram implementados. Eles dependem de obra, dependem de pessoal e não foram implementados. Mas essa é uma ação importante.

O Deputado Luizinho, então, já tinha feito a observação em relação à tabela, ao valor do procedimento. Ele mesmo também incluiu no trabalho do grupo a avaliação orçamentária. Eu entendo que nessa avaliação orçamentária vocês vão prever esses impactos do que estão fazendo.

Mas, Deputado Luizinho, antes de V.Exa. chegar aqui, eu tinha feito na minha fala inicial uma observação que eu acho fundamental. O procedimento não pode ser pago só pela sua realização. Tem que ser considerado qual foi o desfecho que esse paciente teve. Não dá para pagar o mesmo valor por um atendimento que tenha eficiência e por um atendimento que gere mais custo e não tenha resultado para o paciente. Isso tem que ser considerado.

Deputado Ronaldo Santini, agradeço as palavras carinhosas de V.Exa.

Os Deputados Santini e Pedro Westphalen foram os Deputados que mais se envolveram com a área da saúde no período em que eu fui Secretário da Saúde. Não é por nada que V.Exas. estão aqui hoje, deixaram de ser Deputados Estaduais para serem Deputados Federais. Eu vou continuar sendo parceiros de V.Exas. Já brigamos muito. Eu e o Deputado Santini brigamos bastante.

O SR. SANTINI (Bloco/PTB - RS) - Brigas boas.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Foram brigas boas, sempre com um objetivo comum.



Eu vou continuar à disposição de V.Exas., para promovermos melhor qualificação dos serviços.

O SR. PEDRO WESTPHALEN (Bloco/PP - RS) - Nós brigamos muito pouco. Eu era Secretário de Transporte; e V.Sa., de Saúde. *(Risos.)*

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Não podíamos brigar, não é, Pedro?

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Eu quero, antes passar a palavra, para finalizar, ao Sr. Edson Araujo, que fez a apresentação inicial, falar de alguns temas.

Comissão Tripartite é fundamental. Portanto, tudo o que nós fizemos na gestão foi aprovado na Comissão Tripartite, porque isso dá mais estabilidade à condução da política. Se se troca um elemento, outros dois permanecem. O CONASS e o CONASEMS não são pessoais, são institucionais.

O Deputado Padilha disse que os Ministros ficam muito pouco tempo. O Deputado Padilha ficou bastante, e eu fiquei só 22 meses. Para a estranheza de todos, eu sou o quinto mais longevo Ministro da história. Imaginem: em cento e tantos anos, com 22 meses eu sou o quinto a ficar mais tempo. Então é evidente que essa... Por isso eu falei da Comissão Tripartite. Se há rotatividade no comando do Ministério, o que está decidido tem que ser mantido. Se cada Ministro começar do zero, ele não vai inaugurar nada, porque em 1 ano, que é a média de permanência do Ministro da Saúde, não dá nem para inaugurar um posto de saúde.

A telemedicina é fundamental para que avancemos. Se nós queremos desmobilizar os Hospitais de Pequeno Porte — HPPs, se nós queremos que as pessoas sejam tratadas em centros que tenham qualificação, nós não vamos conseguir levar os centros até o interior, nós vamos ter que levar o interior até o centro. Então, a telemedicina é fundamental.

Com a informatização da saúde dá para economizar 20 bilhões por ano, só não repetindo exames, consultas e entregas de medicamentos. Então, eu faço um apelo aqui ao TCU que libere a contratação do Registro Eletrônico de Saúde — RES, porque a alegação do Tribunal é que faltou concorrente. Mas os editais são públicos. Não foi feita tomada de preço, foi feita chamada pública. Não podemos obrigar as pessoas virem para se apresentar nem pedir que empresas façam uma divisão de território para ocupar o seu espaço no mercado.



Então, sou inconformado com as razões pelas quais o Tribunal suspende cautelarmente coisas que são fundamentais para a gestão não só da saúde, como obras de infraestrutura. Ele senta em cima e não sai do lugar. Tenho muita esperança de que a nova equipe vai nos ajudar a dar velocidade a isso.

A questão da incorporação de tecnologia é que isso gera custo. Por que há mais inflação na saúde? Porque se incorpora muita tecnologia, medicamentos novos, procedimentos novos. Evidentemente os antigos ficam mais baratos porque a tecnologia fica amortizada, mas os novos são muito caros.

Em relação ao ressarcimento do SUS, eu defendi e vou defender de novo, corajosamente, a contratualização dos serviços públicos com os planos de saúde.

Se estiver contratualizado, Deputado Padilha, quando alguém que tem o plano de saúde entrar no hospital, o hospital imediatamente comunicará ao plano para que haja a remoção. Se não houver a remoção, a fatura já vai estar decidida, com quanto é, porque há um contrato que fala de cada procedimento quando ele vai ser pago. É simples e imediato. Depois se desconta daquele agente, no repasse do Estado e do Município, o que ele já se ressarciu. Ele pode cobrar um pouco mais caro. O hospital público vai cobrar 10% a mais do procedimento que o mesmo plano faria com o seu hospital privado, de convênio, e vai descontar do Estado ou do Município, que já recebeu do ente, do hospital que já recebeu o ressarcimento, 80%, 70% do que ele recebeu. Isso visa, primeiro, desestimular, ao cobrar mais caro, o plano, o privado, a usar o serviço público. E desconta-se menos para estimular o hospital a pedir o ressarcimento. Se ele for receber igualmente do público ou do privado, ele não vai ter o trabalho de fazer todo o esforço.

Aí vão dizer: "*Estão privatizando o serviço público para o plano*". Mas isso já acontece todos os dias, mas não recebemos do plano. Então, por causa de um discurso ideológico, estamos deixando de fazer uma ação prática de pôr muitos bilhões no caixa do SUS.

Os 120 aceleradores...

O SR. SANTINI (Bloco/PTB - RS) - Sr. Presidente,...

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Pois não

O SR. SANTINI (Bloco/PTB - RS) - É que não me responderam a pergunta sobre a correção da tabela, se há previsão ou não para o setor hospitalar.



O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - É com ele. Eu não falo.
(Risos.)

O SR. ALEXANDRE PADILHA (PT - SP) - "Não vá me obrigar a responder por isso", não é?

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Não respondo mais por isso agora.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Pensei que V.Exa. ia esquecer, Deputado Santini.

Se V.Exas. vão criar uma Comissão...

O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Ele pega no teu pé mesmo, Gabbardo. Está comprovado que ele pega no teu pé.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - É, ele quer brigar.

Se V.Exas. vão criar uma Comissão com esse caráter, com esse objetivo, de reavaliar o valor da tabela de procedimentos, eu já fiz a minha consideração. Se V.Exas. fizerem isso e, junto com isso, estabelecerem a forma de financiar, estaremos totalmente de acordo com o aumento de valor da tabela.

O SR. SANTINI (Bloco/PTB - RS) - Vai aguardar, então, o resultado da Comissão.

O SR. JOÃO GABBARDO DOS REIS - Mas tem que estar junto a solução para esse impacto financeiro que vai haver. Hoje, com o dinheiro que há, não há espaço financeiro para fazer reajuste da tabela.

O SR. SANTINI (Bloco/PTB - RS) - Está bem.

Era só isso.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Sessão nostalgia: Santini *versus* Gabbardo.

O SR. MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA - Sr. Presidente, faço só um gancho com essa mesma questão.

Quero insistir aqui que temos uma lei, a Lei nº 141, que fala sobre o critério de rateio. Se nós pensarmos no orçamento do Ministério hoje, de 123 bilhões, com a Emenda Constitucional nº 95, e se eu falar em aumento de 100% na tabela e passar a consulta de 10 reais para 20 reais, não vai resolver nada do aumento, e nós dobraremos o orçamento do Ministério da Saúde. Portanto, não há como se falar em tabela. Nós



temos que aplicar a lei, e ela já estabeleceu, em 2012, como fazer a distribuição dos recursos de saúde. Nós vamos ter que fazer essa discussão.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Sistema chinês: paga-se o procedimento, e, se houver retorno, é por conta do hospital. Pagou a cirurgia. Se retornou, é por conta do hospital daí para frente. Se não fez bem feito, paga a conta.

(Intervenções simultâneas ininteligíveis.)

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Eu estou dizendo que na China é assim. Não estou dizendo que está certo nem que está errado.

Em relação aos consórcios intermunicipais de saúde, que são muito úteis, o Tribunal do Paraná agora quer que a despesa do consórcio conte no limite de pessoal dos Municípios. Então, é dessas coisas que eu falo: a burocracia às vezes não entende a lógica da eficiência.

Por fim, quero dizer que eu sou o Presidente da Comissão que vai aprovar agora a medida provisória de financiamento dos hospitais filantrópicos com recursos do FGTS. Só 127 hospitais pediram para um hospital de excelência lhes dar consultoria gratuita, paga pelo PROADI. Dos 2.100 filantrópicos, só 127 querem aprender a gerir melhor os seus recursos.

Assim não dá para reclamar que as filantrópicas estão quebrados, porque muitas não estão; estão muito bem administradas. Então, é preciso ficar claro que existem instrumentos para isso.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Concedo a palavra ao Sr. Edson Araujo, que fez a apresentação inicial, para fazer o encerramento, sem prejuízo de comentários do Plenário, se ainda estiverem dispostos.

O SR. EDSON ARAUJO - Obrigado, Ministro.

Eu vou me ater mais às perguntas feitas ao Banco Mundial.

Ministro Alexandre, o relatório está disponível no *site*, mas eu fico contente de enviar diretamente a V.Exa.

Sobre os comentários do Ministro sobre as diretrizes, dos quais discordamos, eu fico contente em dizer que não discordamos muito das diretrizes, se me recordo bem do termo. Primeiro, eu concordo e, nesta oportunidade quero deixar bem claro que, por parte do Banco Mundial, em nenhum momento, quando falávamos sobre eficiência, isso significava corte de gastos no Sistema Único de Saúde. Em nenhum momento, as



ineficiências que identificamos foram argumento para reduzir os gastos com saúde. Muito pelo contrário, acho que deixamos claro tanto no relatório, mas também nas discussões que esse dinheiro deveria ser reaplicado no SUS.

Há dois motivos, Ministro. O primeiro é que o gasto do SUS é progressivo. Analisamos quem utiliza o SUS. Os serviços utilizados e os gastos com esses serviços claramente beneficiam os mais pobres. O objetivo do Banco Mundial é reduzir a pobreza. O gasto no SUS é essencial para reduzir a pobreza no Brasil.

O segundo é que, de acordo com a apresentação, existe realmente subfinanciamento na atenção primária, ou seja, aumentar o financiamento da atenção primária significa que mais resultados haverá no sistema. Então, quero dizer que nunca advogamos para a redução de gastos, mesmo com as ineficiências identificadas.

Sobre saúde como investimento, o Banco Mundial tem feito estudos em escala global mostrando que o investimento em saúde é um propulsor do crescimento econômico. Uma das coisas que o Banco lançou no ano passado é o indicador de desenvolvimento humano. Hoje, temos o indicador que se chama Doing Business, que permite detectar os países com maior capacidade e maior ambiente para os negócios. Agora, a ideia é que haja um indicador similar para dizer como os países estão colocados em termos de investimento no desenvolvimento humano. E a ideia é que esse indicador também sirva como indicador de investimento, como indicador Doing Business já funciona.

Uma das coisas que o Ministro disse, com a qual também concordamos, e temos feito alguns trabalhos nisso, diz respeito à saúde como geradora de emprego. Em muitos países se chega a 10%. Em alguns países da OCDE, chega-se a 17% de empregos. No Brasil, chega-se, na saúde, a 6%, a 7% do total do mercado de trabalho. Concordamos nisso também.

Outra coisa que o Ministro falou foi da eficiência. Concordamos totalmente. A análise de eficiência que se faz é de insumos e de produtos: o que se gastou e o resultado. Há uma discussão iniciada na semana passada com o CONASS, com o Ministério e com o CONASEMS que trata da adequação e do cuidado. Quando se diz que o Município fez um número "x" de consultas, não sabemos se foram necessárias. Dito isso, possivelmente a ineficiência será maior se levarmos em conta o que foi feito e o que foi feito errado. Talvez o tamanho da ineficiência seja maior ainda.



Por fim, o Ministro falou sobre o Fundo Regional, mas também sobre o Fundo de Resgate da Saúde Pública.

Se precisar, o Banco Mundial está disponível em termos de suporte técnico. Temos discutido a renúncia fiscal. Por exemplo, a renúncia fiscal dos planos de seguro de saúde foi de 3 bilhões em 2018, segundo estimativa da Secretaria do Tesouro Nacional. Segundo os cálculos que fazemos, a incidência do benefício é altamente regressiva. Uma das coisas que o relatório traz é a revogação da renúncia fiscal. O Presidente do CONASEMS, o Mauro, falou sobre a renúncia fiscal de motocicleta. Há a questão do cigarro, a discussão de se reduzir ou não o imposto. Há a questão do agrotóxico, de bebidas gasosas e de todas essas renúncias fiscais que impactam na saúde. Essa é uma das agendas que temos para fazer a estimativa do espaço fiscal que poderia aumentar na saúde, se essas renúncias forem revogadas.

A Deputada Adriana Ventura comentou sobre a articulação. Acho que não cabe ao Banco Mundial, mas quero ressaltar que o Banco Mundial presta financiamento e apoio técnico ao Governo Federal, aos Municípios e aos Estados. Existem vários projetos na área da saúde e em outros setores.

Sobre o uso da tecnologia de grande eficiência, já foi falado aqui. Isso é importantíssimo. O Deputado Pedro Westphalen mencionou as mamografias que não são necessárias. Com maior integração e uso de informação, consegue-se evitar os procedimentos repetidos.

Eu não vou fazer apologia ao setor privado, mas acho que todos conhecem aqui o dr.consulta, que é um aplicativo. Eu sugiro um dia olharem o que eles fazem, porque todo o sistema de negócio deles é baseado em informação, desde a avocação do paciente ao médico, desde a utilização de protocolos. Há coisas mais avançadas, como a telemedicina e do uso dos profissionais de saúde. Há até a substituição de radiologista ou de anestesista. Não estou dizendo que vão fazer isso, mas já existe tecnologia usando técnica de ciência de dados que tornam isso possível. Não vão fazer isso, porque sempre precisa de alguém para dar um parecer. Eu estou dizendo que as ferramentas estão dadas. Nós temos apenas que usá-las dentro do sistema.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Vinte por cento dos usuários do dr.consulta têm plano de saúde.



O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Edson, quero fazer uma colocação muito clara, até pelo respeito que tenho pelo seu conhecimento — graças a Deus, quando você foi fazer uma apresentação Ministério, o Ministro me convidou para estar presente.

O nível de responsabilidade e de facilidade em se fazer gestão privada é totalmente diferente do nosso comprometimento com a gestão pública. Eu estou nas duas pontas — fui gestor privado por muito, tenho minhas clínicas, minhas unidades.

A nossa possibilidade de tomada de decisão, a nossa possibilidade de compra é totalmente diferente da responsabilidade que temos na gestão pública. Por mais que nós queiramos comparar, isso não é possível. É como comparar maçã com banana. Não há como fazer isso, apesar de serem frutas, porque a condição de tomada de decisão do investidor privado é totalmente diferente da do gestor público, pelo nível de controle que tem que ser exercido. E infelizmente nós precisamos do controle, da rigidez, para evitarmos casos que são notórios no nosso País.

Só para falar para a minha colega Adriana, minha amiga: *"em casa em que falta pão, todo mundo briga sem ter razão"*. Não falta conversa, não falta diálogo; falta que nós possibilitemos que as medidas sejam implementadas com os recursos que nós temos. Agora, é uma discussão muito complexa. Não é por falta de entendimento aqui. Os entes até se falam bastante, com os conselhos, que estão aqui do meu lado representados, pelo controle social, pelas Comissões, mas faz parte.

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Vamos voltar à apresentação, só lembrando que 20% dos usuários do dr.consulta têm plano privado. Então, é uma questão de urgência.

O SR. EDSON ARAUJO - Obrigado, Deputado.

Deputado Luiz, concordo totalmente com essa situação da flexibilidade do público e do privado e volto à discussão que nós tivemos. Eu até apresentei algumas coisas sobre a participação privada, mas posso comentar isso quando falar sobre o comentário acerca do Conselho Nacional de Saúde. De novo, não estou fazendo apologia ao setor privado, mas as ferramentas estão dadas, as condições tecnológicas estão dadas, então, tem que haver, talvez, um balanço nisso.

O Deputado Hiran Gonçalves mencionou a questão dos médicos e enfermeiros. Eu concordo. Eu acho que a proposta é ser menos dependente dos médicos, mas, claro, são



equipes multiprofissionais. Em outros lugares que têm sistemas universais, o primeiro contato é com a enfermeira. Talvez até pensando na equipe de saúde da família, deva-se aumentar o número de enfermeiras para tirar os médicos desse primeiro contato e deixá-los para aquilo que eles realmente podem e precisam fazer — há outros serviços que podem ser prestados por enfermeiras.

O Deputado Hiran Gonçalves mencionou a carreira médica. A princípio, a racionalidade disso está dada, e parece que é necessária. A única questão sobre isso é estatizar um problema que o sistema já tem. Não é porque não existem médicos nas zonas rurais, nas zonas distantes, que nós vamos trazer todo esse contingente de profissionais para dentro do serviço público. Talvez em alguns lugares mais remotos uma carreira seja necessária, mas não necessariamente em todo o País.

O Deputado Pedro Westphalen falou sobre as mamografias sem necessidade, o que foi uma boa deixa em relação à tecnologia, mas há uma coisa em relação às escolas de Medicina, que tem a ver com o que o Ministro Alexandre falou, que é as pessoas terem que fazer serviço no SUS, no serviço público.

Devemos pensar sobre isso. Primeiro, há a acreditação de escolas de Medicina, que não existe no Brasil, até onde eu saiba, e que existe em outros países como Estados Unidos, Indonésia, etc. Em segundo lugar, há o custo de um curso de Medicina. Se você pensa que o sujeito está pagando 7 mil, 10 mil, 20 mil reais para fazer um curso de Medicina, vai ser difícil, como o Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr. disse, ele ir para o serviço público, onde vai ganhar 11 mil reais no Mais Médicos. O custo de se formar um médico no Brasil, principalmente no setor privado, é muito alto. Esperar que esses profissionais vão para o SUS depois de formados não é muito razoável. Existe em economia algo que nós chamamos de taxa de retorno de investimento na educação.

O SR. PEDRO WESTPHALEN (Bloco/PP - RS) - A grande preocupação é a desqualificação do quadro que vai formar esse aluno, mesmo na escola privada. Não há quadro qualificado para fazer isso, de uma vez por todas. Se uma ponte caiu, não é preciso construir uma Faculdade de Engenharia ao lado.

A qualificação é o que me preocupa.

O SR. EDSON ARAUJO - Aí existem dois lados: um lado é a questão do investimento público na formação. Sem dúvida, ele é necessário. O outro lado, também, é olhar o mercado de trabalho quanto à remuneração dos profissionais.



Há o exemplo do Reino Unido, como o Ministro Alexandre disse. Quando se aumentou, no início da década de 90, o rendimento dos médicos da família, claramente se viu o aumento do número de profissionais escolhendo aquela especialidade nos outros anos.

Há dois lados: investimento público na formação de profissionais para essas áreas e reforma da remuneração, para esses profissionais serem mais bem remunerados.

O Deputado Dr. Luiz falou de novo sobre um tema similar ao que o Deputado Alexandre abordou: a efetividade e eficiência. Digo novamente que não é só o resultado, mas também a adequação do cuidado que nós entendemos ser necessária.

Uma das coisas que nós analisamos foi a mortalidade, entendendo que se trata de um indicador de qualidade. Mas isso nos leva também a pensarmos sobre a discussão que o Secretário Gabbardo teve no início, sobre o pagamento distorcido que nós temos: se o paciente fizer mais serviços, o provedor acabará ganhando mais do que se o provedor for mais eficiente. Trata-se de um incentivo à ineficiência; é o contrário.

Fazendo uma ligação com a tabela SUS e também com o que o Secretário Carlos disse, a reformulação da tabela SUS tem que ser além dos valores. Tem-se que pensar na questão de pagamentos por incentivos, por resultado, para haver coordenação dos provedores.

O Brasil é uma das dez maiores economias do mundo, tem um sistema de saúde muito sofisticado. Eu acho que tem espaço para identificar sistema de pagamento que seja também sofisticado como é o sistema de saúde brasileiro e como são a economia e a sociedade brasileiras.

O SR. DR. LUIZ OVANDO (PSL - MS) - Eu tinha perguntado sobre a questão da eficiência, eficácia e efetividade dos Mais Médicos. Eu não sei se você tem esse dado.

O SR. EDSON ARAUJO - Nós não fizemos nenhuma análise específica dos Mais Médicos — também o Ministro Alexandre mencionou isso. Eu acho que, sobre o Mais Médicos, existem claramente vários estudos mostrando que aumentou o acesso e os resultados de saúde...

O SR. DR. LUIZ OVANDO (PSL - MS) - E reduziu internações que pudessem ser sensíveis à atenção básica.

O SR. EDSON ARAUJO - A evidência é farta sobre isso. Existe muita evidência. Agora, isso é até uma coisa intuitiva: saúde é dependente de força de trabalho, de



emprego. Então, se você bota mais profissionais de saúde, que é o principal insumo na produção de serviço, a saúde vai melhorar.

Agora, há uma coisa que não foi feita ainda, e é uma das coisas que nós, do Banco Mundial, gostaríamos de fazer, é ver o impacto do Mais Médicos na massa salarial, o número de horas trabalhadas e número de contratos na atenção primária.

Nós sabemos — eu mostrei os dados — que a média de salário dos profissionais de saúde no Brasil é muito alta: 30% mais alta do que a dos 10% mais ricos. Não estou dizendo que isso é justo ou injusto. Mas o interessante seria ver como o Mais Médicos — e isso é um experimento, do ponto de vista econômico — poderia trazer 11 mil, 12 mil profissionais e pô-los no mercado de trabalho. Eu acho que esse trabalho não foi feito ainda e é uma das coisas que está na agenda do Banco Mundial para analisar, até porque isso pode ser um orientador de políticas no futuro. Se o Ministério decidir aumentar a oferta de profissionais, qual vai ser o impacto disso na massa salarial, nas horas trabalhadas e no número de contratos?

O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Edson, eu não posso deixar isso passar em branco.

Se você pegar a condição salarial dos profissionais de saúde da classe médica, por hora trabalhada, você vai ver que ela é muito menor. Com relação à condição salarial, o enfermeiro faz jornada dupla de trabalho, o médico faz jornada tripla. A nossa diferença de condição salarial se dá pela carga horária que nós fazemos por dois, três, quatro vínculos.

Pela competência e qualidade dos senhores, eu queria muito ver essa estratificação por hora trabalhada, porque quem ganha muito é porque trabalha muito; é praticamente escravo diariamente, principalmente os nossos profissionais técnicos. O nosso profissional de enfermagem tem que ter, Padilha, três, quatro vínculos para fazer um salário. Não é o salário que está alto, não; o salário é baixo, e, por isso, o profissional precisa ter três, quatro vínculos.

Esse estudo, para merecer qualificação e o nosso respeito, precisa ser dividido por hora trabalhada, porque a nossa hora trabalhada, como eu coloquei anteriormente, comparando a residência com o Mais Médicos, é um absurdo. O salário de um residente hoje é de 60 reais a hora, para 60 horas. É praticamente o dobro do salário mínimo, se



você estratificar um trabalhador com salário mínimo para 40 horas, e um residente, para 60 horas.

O SR. EDSON ARAUJO - Deputado, o senhor tocou num ponto essencial. A equação é esta: horas trabalhadas, número de contratos e massa salarial, sem dúvida.

Nós fizemos uma análise no mercado de trabalho. No Brasil, nós temos a RAIS — Relação Anual de Informações Sociais, cujos dados são detalhados, e conseguimos ver todos os profissionais de saúde do País. E a equação é exatamente essa. Traduzindo para o "economês", é a elasticidade da renda.

Uma estratégia de expansão da atenção primária tem que levar em conta não só quanto o médico ganha, mas quantas horas ele faz por cada contrato que ele tem.

O SR. ALEXANDRE PADILHA (PT - SP) - Só uma variável a mais: o custo da rotatividade, se puder acrescentar isso. Quando for ver o contrato, ver o tempo do contrato, porque isso é um custo adicional.

O SR. EDSON ARAUJO - Sem dúvida.

O Deputado Flavio mencionou a renúncia fiscal. Eu já falei sobre isso. É altamente regressiva. Estamos falando especificamente do seguro saúde, que é altamente regressivo e beneficia uma parcela pequena da população.

Como eu falei no início, o gasto com o SUS é progressivo e beneficia os mais pobres, mas quando você coloca o gasto indireto, que é esse gasto de renúncia fiscal, o gasto fica menos progressivo.

O Deputado Santini mencionou a porta de entrada, que tem muito a ver com o que o Deputado Ricardo Barros falou sobre a coordenação com o setor de saúde suplementar.

O Deputado Jorge Solla falou sobre a integralidade. Eu faço eco com o que o Presidente Leonardo falou em relação à necessidade de diferenciar a judicialização. Existe a judicialização que é realmente um conluio e a judicialização que é justa. Cito o exemplo do Sorine, um medicamento mais caro...

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. EDSON ARAUJO - Ou melhor, Soliris... Obrigado, Deputado. Para você ver que eu não entendo muito de remédio.

Há um ponto sobre a judicialização que é a racionalização do serviço. Em qualquer sistema de saúde no mundo, o mais importante é saber como racionalizar o acesso ao serviço. Quando se diz que o médico da família no Reino Unido tem que ser a porta de



entrada, essa é uma forma de racionalizar o acesso, racionalizar no sentido de fazer o que é necessário e quando é necessário.

Uma das coisas do Sistema Único de Saúde brasileiro é que o racionamento é implícito, é pela qualidade, pela espera. Isso é muito desigual, pensando de forma equitativa, e penaliza os mais pobres, porque esses vão esperar e aqueles que podem ir para o dr.consulta ou para o setor privado vão.

A integralidade no SUS significa pensar um pouco na equidade no acesso.

Há vários mecanismos existentes para garantir essa integralidade no Brasil, como a CONITEC, que talvez não funcione de forma ideal, mas é um mecanismo que busca fazer essa racionalidade do que tem que ser incluído ou não no pacote de serviço.

A Deputada Tereza mencionou a Lei dos 60 dias.

Essa é uma questão mais do Legislativo, mas, do nosso ponto de vista, o Sistema Único de Saúde é um tipo de coisa que não se resolve só com a lei, com a regulamentação, mas com incentivos e regulação. Em vez de ser lei e regulamentação, tem que ser incentivos e regulação.

Como o Presidente Leonardo falou, um exemplo disso é o acesso à atenção primária. Se você tem um acesso qualificado pela atenção primária, quem vai fazer a regulação do tratamento do câncer, de hepatite e de outras doenças é o médico da atenção primária, em vez de o paciente ter que brigar com diferentes entes. Se o incentivo é para ter uma atenção primária em que cada brasileiro tenha um médico de saúde da família que seja a pessoa que vai dar o suporte quando o indivíduo precisar ir a um especialista fazer uma consulta, fazer um tratamento mais caro, isso regula o acesso e, sem dúvida, esses exemplos seriam menos frequentes.

Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr., eu já falei sobre a questão da tabela. É ótima a revisão. Acho que o Ministério concorda. A única coisa a pensar é que não seja só uma revisão de valores, mas seja uma revisão de incentivos, não é? Que seja uma coisa dinâmica, que incentive o resultado e que incentive a coordenação dos cuidados e divida a atenção, não só dos valores em si...

O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - É claro. Edson. Eu vou até publicamente pedir o auxílio do Banco Mundial para essa estruturação da parte orçamentária, com a qual vocês trabalham muito bem, para que nos ajudem a qualificar esse recurso.



Você falou sobre eficiência em organizações sociais, e até houve uma discussão teórica, mas o principal problema hoje para quem contrata organização social é que não existe uma tabela de valores de referência. Então, os Tribunais de Contas, o próprio TCU, os Tribunais de Contas Estaduais não conseguem entender como contrataram esse modelo, porque não há um valor específico remuneratório por procedimento. Quando se requalifica uma tabela, passa-se a ter um valor de referência, para que se possa ter uma efetiva cobrança dos órgãos de controle sobre quem contratou o serviço.

O SR. CARLOS AUGUSTO DE MELO FERRAZ - Na verdade, o principal problema é que essas contratações são feitas sem diagnóstico. O modelo remuneratório faz parte da proposta de contratação, mas, como não existe um diagnóstico adequado, o que acaba acontecendo é que a remuneração e os objetivos daquela transferência não estão claros, não foram estabelecidos. Então, existe uma discussão. Alguns dizem que ela é eficiente. O.k., mas há alguma discussão, alguma avaliação da eficiência daquela unidade? Quanto você espera que aumente a pressão no serviço ou a redução dos custos?

São feitas contratações sem aquilo que é básico em políticas públicas, que é o diagnóstico. Este é o grande problema.

Agora, o que acaba acontecendo é que, na falta de um diagnóstico, de uma ação pensada nas transferências, os órgãos de controle se miram no SUS, que é o modelo *fee-for-service*, e caímos de novo no problema.

Essas questões precisam ser enfrentadas.

O SR. DR. LUIZ ANTONIO TEIXEIRA JR. (Bloco/PP - RJ) - Só para ressaltar, o *fee-for-service* é o regime de plano de saúde.

O SR. EDSON ARAUJO - Sim, sim.

E o Banco Mundial está à disposição, Deputado.

Para finalizar, para o colega do Conselho Nacional de Saúde, quero dizer que nós não temos uma posição política sobre isso, mas quando olhamos os números, vemos que modelos de gestão alternativos são mais eficientes, têm indicadores que mostram que aumentam acesso e qualidade.

Agora, há uma discussão subjacente a isso tudo que é a decisão de termos um SUS estatal ou não.



O financiamento público da saúde é uma coisa que o Banco Mundial, não só no Brasil, mas também em outros países, advoga. O financiamento público é mais eficiente, porque controla melhor os gastos. Se pensarmos no financiamento privado nos Estados Unidos, na Suíça, os gastos *per capita* e os gastos em relação ao PIB são muito maiores do que na maioria dos países da OCDE. O financiamento público é mais eficiente e mais equitativo. O SUS é um exemplo de gasto público equitativo.

A provisão privada é totalmente diferente. A provisão privada no Brasil aumenta o acesso — há evidências disso em São Paulo — à atenção primária com o uso de organizações sociais de saúde.

E as evidências que temos até o momento são no sentido de que também são mais eficientes os modelos alternativos do que a administração direta.

Mas é aquela discussão: o SUS que teremos no futuro é um SUS estatal ou não?

E de novo, é preciso separar o financiamento público, porque, não só no Brasil, mas globalmente, tem apresentado melhores resultados. Mas devemos separar da provisão. Financiamento público é uma coisa; provisão privada ou não é outra coisa.

Deputado, eu queria agradecer novamente o convite. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Ricardo Barros. Bloco/PP - PR) - Eu quero agradecer muito aos senhores que permanecem aqui até este horário, aos internautas que estão em grande número acompanhando esta audiência.

Muito obrigado pela oportunidade do debate.