



DEPARTAMENTO DE TAQUIGRAFIA, REVISÃO E REDAÇÃO

NÚCLEO DE REDAÇÃO FINAL EM COMISSÕES

TEXTO COM REDAÇÃO FINAL

Versão para registro histórico

Não passível de alteração

COMISSÃO ESPECIAL - FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA		
EVENTO: Audiência Pública	Nº: 0443/13	DATA: 07/05/2013
INÍCIO: 14h52min	TÉRMINO: 18h44min	DURAÇÃO: 03h52min
TEMPO DE GRAVAÇÃO: 03h52min	PÁGINAS: 89	QUARTOS: 47

DEPOENTE/CONVIDADO - QUALIFICAÇÃO
FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS - Médico sanitarista e pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva — NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais ELIAS ANTÔNIO JORGE - Consultor na área de saúde e membro da Associação de Professores na Universidade Federal de Minas Gerais ANA MARIA ALVES FERREIRA - Diretora da Secretaria de Controle Externo, da área de saúde, do Tribunal de Contas da União, representando o Ministro Walton Alencar Rodrigues.

SUMÁRIO: Debate sobre alternativas para a melhoria do financiamento da saúde pública.

OBSERVAÇÕES
Há oradores não identificados em breves intervenções. Há trechos e intervenções inaudíveis.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Boa tarde, Sras. e Srs. Deputados e assessoria.

Declaro abertos os trabalhos da segunda reunião desta Comissão que discute o financiamento da saúde pública.

Encontram-se à disposição dos Srs. Deputados cópias da ata da primeira reunião. Pergunto se há necessidade de lê-la.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Peço a dispensa da leitura da ata, Sr. Presidente.

A SRA. DEPUTADA BENEDITA DA SILVA - Também peço.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Obrigado.

Dispensada a leitura da ata. Em votação.

Os Deputados que a aprovam permaneçam como estão. *(Pausa.)*

Aprovada.

Informo que foram expedidos ofícios da Comissão solicitando o envio de documentação e estudos técnicos aos órgãos especificados no Requerimento nº 8.000, de 2013, de autoria do Deputado Rogério Carvalho.

Foi recebido *e-mail* do Deputado Eleuses Paiva, que justifica a ausência de S.Exa. na reunião do dia 23 de abril.

Ordem do Dia.

Apreciação de requerimentos e audiência pública.

Como ainda não temos o quórum completo, vamos apreciar os requerimentos *a posteriori*, quando se completar o quórum.

Nós temos na Mesa um grupo preparado. O primeiro convidado é o Dr. Francisco Carlos Cardoso Campos, médico sanitário e pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva — NESCON, da Universidade Federal de Minas Gerais.

O requerimento da sua vinda foi sugerido pelo Deputado Rogério Carvalho.

Está conosco também, ao meu lado direito, o Dr. Elias Antônio Jorge. Desde que sou Deputado, ele está conosco na luta pelo SUS e pelo financiamento. Ele é Consultor na área de saúde e membro da Associação de Professores na Universidade Federal de Minas Gerais — fui eu que propus a sua vinda.



Dra. Ana Maria Alves Ferreira, Diretora da Secretaria de Controle Externo da área da saúde do Tribunal de Contas da União, representando o Ministro Walton Alencar Rodrigues, seja bem-vinda! O requerimento para sua vinda a esta Comissão foi apresentado pelo Deputado Mandetta.

A Dra. Ana Maria Alves Ferreira também há anos circula com o conjunto do Grupo Parlamentar que luta por mais recursos para a saúde. Ela também confia no SUS.

Nós vamos começar com o Dr. Francisco Carlos Cardoso Campos. O senhor terá 15 minutos.

O SR. FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS - Boa tarde a todos.

Gostaria de cumprimentar aqui o Deputado Darcísio Perondi e agradecer a S.Exa. o convite.

Cumprimento, também, os colegas da Mesa, Ana Alves e Elias Jorge, estendendo meus cumprimentos aos Deputados e Deputadas aqui presentes.

Entendo que hoje essa discussão de financiamento do SUS assume uma relevância muito grande na medida em que temos uma situação que demanda posicionamento estratégico, não só do Legislativo, mas do poder público em geral e da sociedade brasileira, quanto aos destinos do sistema de saúde.

É sabido que a nossa Constituição criou um sistema único de saúde, público, igualitário, universalista, inspirado nos princípios do Estado do Bem-Estar Social. Simultaneamente, a Constituição reconheceu o direito da livre iniciativa na área de saúde.

O sistema que inicialmente foi pensado como único, na verdade, hoje, mostra-se como um sistema bipartido, um sistema duplo. Há um sistema de saúde público para aqueles que não podem pagar, para os pobres, para aqueles que têm baixas condições de remunerar serviços privados ou adquirir planos de saúde; e há outro sistema, chamado de complementar, que é um sistema paralelo, em crescimento, que tem, inclusive, absorvido a maior parte dos recursos da sociedade brasileira destinados à saúde.

Eu acho que essa decisão estratégica se dá num contexto de crescimento econômico. O SUS passou, e passa ainda, desde a sua criação, por fortes restrições



de financiamento. E quando se entra num momento, num período de crescimento sustentado, a tendência é que uma sociedade mais rica gaste mais com saúde.

Então, a decisão estratégica que a sociedade brasileira deve tomar é em qual das duas fichas ela aposta: se aposta num sistema único nacional, igualitário, gratuito, ou se aposta em um outro cenário, onde dois sistemas convivem e funcionam de forma desarmônica — que é o que estamos vivendo.

Essa decisão estratégica tem que ser pensada rapidamente, porque, a se cristalizarem essas tendências da forma como vêm se conformando no País, principalmente na última década, acho que a gente inaugura um verdadeiro *apartheid* sanitário neste País, pois o princípio de justiça na saúde como um fator importante para a construção de uma sociedade justa e solidária se perde em meio a uma situação de verdadeiras castas, umas com acesso a serviços diferenciados, enquanto outras lutam por recursos minguados.

Eu acho que essa é a grande questão de fundo, em minha opinião, que o País hoje enfrenta.

Eu não vou falar dos valores ou do montante de recursos necessários, porque, com a presença aqui do Prof. Elias Jorge, acho completamente dispensável. Portanto, vou me resguardar para, como sempre, aprender com ele essas lições.

Vou me limitar à discussão mais ligada ao meu trabalho diário, porque trabalho na área de planejamento, programação de gestão. Vou falar sobre os critérios de rateio, os quais a Lei complementar nº 141 definiu e que carecem de uma regulamentação, a meu ver, que pode garantir ou não um avanço nesse financiamento.

Hoje temos uma situação complementemente anômala, vamos dizer assim, historicamente construída, que resultou em diferenciais enormes de recursos para a saúde entre as regiões, Estados e Municípios, às vezes Municípios dentro de um mesmo Estado.

Então, acho que é o momento oportuno para que a regulamentação dos dispositivos da Lei Complementar nº 141, principalmente quanto aos critérios do chamado rateio, possa avançar no sentido da equidade e do princípio de se garantir formas de justiça distributiva mais palpáveis do que temos hoje.



A Lei Complementar nº 141 dispõe que o rateio dos recursos da União Federal — obviamente para Estados e Municípios, que é a distribuição do bolo — será feito pelas necessidades de saúde da população, pelas dimensões epidemiológicas, demográficas, socioeconômicas, espaciais e pela capacidade de oferta do serviço saúde, além daqueles critérios dispostos no art. 35 da Lei 8.080, que são os seguintes: perfil demográfico da região — repetindo aquele outro primeiro critério —; o perfil epidemiológico — de certa forma também já contemplado e repetido na Lei Complementar nº 141 —; características quantitativas e qualitativas da rede saúde na área; o desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; mais os níveis de participação do setor saúde nos orçamentos municipais e estaduais; a questão da previsão de um plano quinquenal de investimentos na rede — plano esse que nunca foi efetivado —, e o ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

Quer dizer, esses são os critérios que hoje estão em vigor.

Todo técnico da área de planejamento sabe que, quando você reúne um conjunto grande de critérios, ocorre um grande complicador. E todas as tentativas de regulamentar o art. 35 resultaram numa frustração enorme porque um critério tende a anular o outro, se não for criado algum índice, alguma ponderação ou atribuição de pesos. E sempre essa ponderação tem um grau de subjetividade ou é passível de críticas, ou seja, é muito fácil demolir qualquer proposta de alocação com base em muitos critérios.

Essa é uma dificuldade técnica que foi enfrentada na tentativa de implementação do art. 35. E acho que tal fato vai se repetir quando se for regulamentar os critérios de rateio da Lei Complementar nº 141.

Quanto ao rateio, as propostas dominantes na área de economia da saúde, nos estudos e propostas que foram realizadas no País, caminham no sentido de uma distribuição chamada de alocação equitativa.

Então, quanto a essas metodologias, eu listei três trabalhos importantes nessa área: um de autoria da Profa. Sílvia Porto; um outro encaminhado pelo Governo de Minas Gerais, pela Secretaria de Estado da Saúde, em 2004; e um mais recente, do Prof. Áquilas Mendes, da USP. Todos eles têm inspiração no modelo inglês de alocação, que é o chamado Método RAWP.



Esse método foi criado logo no início do sistema de saúde inglês e faz alocação utilizando vários componentes. E para cada um deles criam-se fatores de alocação, buscando-se necessidades e aproximações, *proxies* às necessidades de saúde, no caso do RAWP, usando a questão da mortalidade proporcional por causas.

Esse método foi sendo atualizado várias vezes nas reformas do setor de saúde inglês, não chegando a ser formalmente abandonado. Mas o método foi tão transformado que o velho RAWP, na verdade, não mais existe.

Hoje a Inglaterra continua utilizando alguns critérios de rateio para os órgãos que hoje fazem essa atenção à saúde, mas de modo bem diferente daqueles iniciais.

Há, portanto, essa questão desses métodos de alocação equitativa. Na verdade, ninguém pode discordar de um método que está se propondo a fazer uma equalização dos tetos e dos recursos entre os entes federados. Obviamente, isso é consenso. A questão é a forma e os critérios embutidos nessa metodologia.

A proposta desses institutos é a criação de um indicador composto, onde seria reunida uma série de variáveis do sistema de saúde, das condições socioeconômicas, sanitárias, etc. A partir daí, haveria um único indicador, um único fator de distribuição, que seria a base da distribuição do recurso.

Acho que esse tipo de abordagem é muito vulnerável às críticas na medida em que, primeiro, é uma metodologia de difícil compreensão pela maioria das pessoas. É complicado porque se considera vários indicadores; levantam-se as informações sobre aqueles indicadores para todos os Estados, todos Municípios; faz-se a análise fatorial para a redução das variáveis — para se ter poucas variáveis explicativas do modelo que se está propondo —, por fim, com os dados existentes, tenta-se gerar um fator que vai dirigir a alocação do recurso de custeio.

Aí acho que se cria outro problema, porque, para resolvermos as iniquidades e as grandes desigualdades que temos no País no campo da saúde, devemos tratar do problema não com recursos de custeio, mas com recursos de investimento, porque estamos atacando o problema do subdesenvolvimento.

No nosso caso, a gente sabe que essas desigualdades são estruturais e vêm da história econômica e social do nosso País. Quer dizer, são desigualdades que



estão arraigadas na economia e na sociedade presentes nessas áreas deprimidas economicamente — e não só na área da saúde, mas em vários outros setores.

Isso, a meu ver, não se resolve alocando um pouco mais de recursos de custeio; haveria uma necessidade de fortes injeções de recursos para se criar, primeiro, uma infraestrutura adequada. Mas isso não é barato; é muito caro e não se resolve simplesmente como um fator de equalização de tetos orçamentários, por exemplo, dirigidos aos Estados.

Acho que o rombo e o passivo histórico sanitário deste País é muito grande e exige investimentos, inclusive, não só vultosos, mas também por um período bastante prolongado. Então, essa é uma crítica que eu faço.

Outra coisa, fazendo a distribuição por esse tipo de metodologia, não se privilegia o custeio dos serviços de saúde realmente existentes. Ou seja, cria-se um fator abstrato que, na verdade, pode retirar recursos de serviços que realmente já funcionam para alocá-los em regiões que não têm serviços a serem financiados. Isso pode gerar desperdícios e aumentar a restrição de recursos onde ela já havia.

As simulações feitas com esses estudos, por exemplo, mostram que seriam retirados, mais ou menos, 3 bilhões de São Paulo, 1 bilhão do Rio de Janeiro, 1 bilhão de Minas Gerais. Quer dizer, é claro que depois se propõe a reposição.

Mas os resultados também apontam para um sistema de incentivos financeiros, a meu ver, invertido, porque em geral privilegia indicadores ruins. Então, se aquele Estado ou Município tem mortalidade infantil alta, ou tem baixa cobertura de serviços etc., vamos pôr mais dinheiro lá.

Então, acho que é uma lógica inversa. Qualquer incentivo a ser criado, a meu ver, deve remunerar e incentivar o bom comportamento dos gestores, e não o mau comportamento. Hoje, por exemplo, uma mortalidade infantil alta no País, com os recursos que temos em atenção básica etc., a meu ver, não se justifica mais.

Portanto, não podemos premiar um Município ou um Estado que mantenha uma mortalidade infantil alta nos dias de hoje. Eu acho que esse gestor, a meu ver, tem que ser punido, e não incentivado a persistir no erro.

Outra coisa: esses métodos, geralmente, consideram indicadores médios.

Está aqui o meu amigo Elias Jorge, que sempre foi um crítico das médias. As médias são muito perigosas. Por exemplo, moro em Belo Horizonte, no bairro da



Savassi. Savassi é um bom bairro, é uma Ipanema melhorada — vamos dizer assim —, pois não temos o inconveniente da praia, do calor, nem de turistas nos atrapalhando. Esse inconveniente não temos. Enfim, é um bairro bom da cidade.

Por outro lado, temos bairros em Belo Horizonte, comunidades periféricas, com indicadores de renda *per capita* péssimos. Mas, na média, Belo Horizonte está bem. Ou seja, esse tipo de lógica esquece que, em Belo Horizonte, entre os nossos 2,5 milhões de habitantes, há um Vale do Jequitinhonha inteiro de pobres, que é a região mais pobre do meu Estado. Nós temos em Belo Horizonte mais ou menos 700 a 800 mil pobres, que são os usuários do sistema de saúde público.

Então, não podemos retirar dos pobres para dar para os miseráveis. Temos que arrumar outro recurso. Não é por aí.

Outra coisa: esse tipo de lógica não contempla a complexidade dos fenômenos envolvidos na saúde.

Eu estou insistindo na crítica desse modelo porque hoje ele é mais ou menos hegemônico entre os técnicos do setor. E eu fico muito incomodado com isso, porque é de um simplismo muito grande — frente a toda a complexidade que nós temos do campo da atenção à saúde, da saúde coletiva, etc. — querermos resolver toda a repartição de recursos em um País com o nosso tamanho utilizando um único indicador. Eu nunca consegui entender isso muito bem.

O que está se propondo? Eu proponho que esse rateio seja feito por programação, pelo planejamento.

Hoje, se formos recuperar cada um daqueles critérios, vamos ver que muitos deles já foram incorporados em vários projetos de planejamento e programação hoje em vigor no Sistema Único de Saúde, na Programação Pactuada e Integrada (PPI), na programação das redes estratégicas, Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, etc.

Então, nós temos que resgatar e incorporar aqueles critérios na técnica de planejamento, porque, a meu ver, só ela contemplará essa complexidade e trará para o campo do consenso social, não só entre os gestores no ambiente tripartite, mas também do Parlamento e de outros representantes da sociedade civil. E nós temos que criar esses consensos sobre o quanto queremos, o que será o serviço prestado em todas as regiões deste País, em que quantidade e com que qualidade.



Derivado disso, eu acho que o cálculo do recurso fica mais fácil, se a gente criar esse consenso.

Os consensos sociais, obviamente, são sempre difíceis; eles precisam ter uma discussão penosa, em geral, porque há interesses variados que podem ser ameaçados por um ou outro critério.

O rateio por programação, ao meu ver, permite estimar as necessidades totais, fazer uma estimativa do total das necessidades de saúde, e não apenas a distribuição do recurso que nós temos hoje. Nós temos que conhecer as necessidades e chegar a um acordo.

As necessidades, também, não se dão em abstrato; hoje elas se dão em cima de validações científicas, de opinião de especialistas etc.. Mas, no fundo, elas precisam de um consenso social que as sustente e que as alimente.

Então, nós poderíamos ter um cálculo de uma necessidade total que sinalize as necessidades de investimento em todas as regiões do País.

A gente poderia trabalhar com recortes da atenção à saúde criando uma abertura dessa programação, uma classificação. Para isso, acho que a RENASES — Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde pode servir.

Eu listei ali algumas, mas ela precisaria ser desagregada. A própria estrutura da RENASES pode ser interessante, até copiando o início do Método RAWP, porque eles lá faziam a distribuição do recurso da internação não psiquiátrica separada da internação psiquiátrica, da atenção ambulatorial, da saúde coletiva, das ambulâncias, do SAMU deles, da urgência e emergência.

Então, precisamos discutir os critérios para cada um desses componentes. Eu até coloquei aqui um exemplo: entre aqueles serviços listados pela RENASES, nós temos ações de atenção psicossocial. Então, nós temos vários dispositivos assistenciais ou de promoção, etc., tanto ambulatoriais como hospitalares, e para cada um deles temos que estimar um custo médio, um gasto necessário para que esse serviço funcione e quais os critérios de localização desses serviços, da quantidade desses serviços *per capita* e a quem realmente esses serviços vai atingir, ou seja, que pacientes eles vão atender, que populações alvo eles vão atender, quais são essas populações, onde elas estão.



Quer dizer, para cada um desses serviços vamos exercitar todos os critérios da Lei Complementar nº 141, de forma a ter uma distribuição complexa e progressiva dos recursos, tanto os de investimento, quanto os de custeio.

Era isso o que eu tinha a dizer, Sr. Presidente.

Desculpe-me por ter avançado no tempo, mas eu concluo essa fala elogiando a iniciativa desta Comissão no sentido de levantar essa questão, de forma a se resolver definitivamente o problema do financiamento da saúde no Brasil.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Nós agradecemos ao Dr. Francisco Campos.

O senhor falou com propriedade, a plateia estava atenta e eu fiquei curioso. Acho que essa exposição merece muitas perguntas aqui, porque há críticas importantes ao rateio que o Ministério faz hoje, de gente importante. Achei que o senhor tocaria no assunto, mas o senhor não tocou.

A nossa Secretária Eugênia alega que já temos quórum para aprovar requerimentos. Vamos fazer isso rapidamente.

O primeiro é o Requerimento nº 13, do Deputado Mandetta, que requer realização de audiência pública com representante do Tribunal de Contas da União para trazer informações sobre análises relativas ao tema da Comissão já realizadas pelo órgão.

Deputado Mandetta.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Na verdade, é só para nós podermos organizar a participação da Dra. Ana Maria, que já está à Mesa.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - É legalização.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Essa é razão de...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Em discussão.

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Requerimento nº 14.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Então, já foi proposto, foi aprovado, e ela já se encontra à Mesa.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Nós estamos legalizando.

(Intervenção fora do microfone. Ininteligível.)



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Ainda mais que é uma agente do Tribunal de Conta da União. Mais ainda.

Item 4. Requerimento nº 14, de 2013, do Sr. Rogério Carvalho, que *"requer a verificação da existência de análises e estudos já realizados, ou em andamento, sobre o tema objeto desta Comissão junto ao IBGE, ao CNS, ao IPEA, ao CONASS, ao CONASEMS, à OPAS, à Fiocruz, ao CNSP e à ANS"*.

Em discussão. (Pausa.)

Aprovado.

Já foram encaminhados inclusive os requerimentos.

Requerimento de inclusão de matéria extrapauta, do Deputado Paulo Rubem Santiago, na Ordem do Dia. São os Requerimentos nºs 15 e 16, de sua autoria, cujas cópias foram distribuídas.

Já há concordância em relação à inclusão dos 2 requerimentos na pauta.

A SRA. DEPUTADA BENEDITA DA SILVA - Sr. Presidente, eu só queria ressaltar aqui uma questão. Nós tínhamos dito que não convidaríamos Ministros; que convidaríamos técnicos, representantes.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Sim.

A SRA. DEPUTADA BENEDITA DA SILVA - Pelo que eu saiba, nós temos um requerimento extrapauta que solicita a presença de Ministro a esta Casa. Eu gostaria que V.Exa. pudesse...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Chegaremos rapidamente ao Requerimento nº 16.

Item 1. Requerimento nº 15, de 2013, do Sr. Paulo Rubem Santiago, que *"requer a realização de Audiência Pública para ouvir representantes dos Conselhos dos Profissionais de Saúde, convidando o Sr. Roberto Luiz d'Ávila, Presidente do Conselho Federal de Medicina; o Sr. Osvaldo Albuquerque Sousa Filho, Presidente do Conselho Federal de Enfermagem; e o Presidente do Conselho Federal de Odontologia"*.

Dr. Paulo, V.Exa. quer se manifestar? (Pausa.)

Não.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Sr. Presidente, eu estava pensando em alguma coisa nesse sentido, fazendo uma sugestão ao Deputado Paulo Rubem. É



que todas as profissões da saúde... A enfermagem tem nesta Casa um projeto de lei para a jornada de trabalho semanal 30 horas, que é um projeto histórico.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Isso!

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Os médicos têm um para carga horária e piso.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Carreira única do SUS também.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Carreira única. Todos têm piso salarial. Existem demandas tramitando nesta Casa que somam alguns bilhões. Quando nós chamarmos, o foco desta, que é uma Casa política, terá que... Eu gostaria que fossem esses projetos de lei e seus impactos, porque alguns me parecem já em estado muito adiantado, outros em estado... Então, eu não sei se seria o COFEN, por exemplo, ou a ABEN, que é quem está... Carmen pode me dizer melhor.

Eu estou dando a sugestão de chamarmos as entidades. Quantas são? Nós temos técnicos de radiologia, técnicos de laboratório, agentes comunitários de saúde, médicos, enfermeiros, biólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas. Nós temos todas as profissões com demandas de financiamento e impactos muito elevados no Sistema Único de Saúde. Todas as profissões!

Eu gostaria que nós encontrássemos uma solução. Eu não sei, não tenho a fórmula. Mas, se nós chamarmos somente os conselhos de médicos, enfermeiros e de odontólogos, que me parece que foram os três sugeridos, vamos ficar com muita gente se sentindo preterida, fora da discussão.

Então, fica a sugestão para que a Presidência encontre uma fórmula que contemple os conselhos, as associações e os projetos em andamento.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Só um pouquinho, Dr. Paulo.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Só para complementar...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Vou deixá-lo para o fim.
Deputada Gorete Pereira.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Presidente, eu gostaria de discordar da realização dessas audiências públicas. Nós estamos numa Comissão Especial destinada a discutir o financiamento da saúde pública. Se começarmos a



fazer audiências públicas para saber os dados relativos às fraudes do SUS, vai virar um caso de polícia, um trabalho diferenciado. Devemos realmente levar mais em consideração a discussão do financiamento.

Então, eu voto contra a realização dessa audiência pública.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu deixei o proponente por último. Há mais alguém que queira falar? (*Pausa.*)

Deputado Geraldo Thadeu.

O SR. DEPUTADO GERALDO THADEU - Caro Presidente, membros da Mesa que estão aqui hoje no debate, Deputados e Deputadas, acho que o nosso assunto já vem sendo debatido aqui há anos — anos! —, o financiamento da saúde. Primeiro, foi a luta pela PEC nº 29, de 2000. Doze anos para ser regulamentada, e ainda não foi como nós gostaríamos, com os 10% do orçamento para a saúde.

Eu acho que nós temos que ser mais objetivos. Eu concordo com a Deputada. Eu considero que nós temos que ser mais objetivos. Eu acho que, daqui para frente, nós temos que pautar mais a questão de onde tirar recurso ou o que fazer. Se nós começarmos a realizar audiência pública e discutir o custo da saúde, como está sendo gasto, tudo... Nós sabemos que há um furo: as diárias são irrisórias, as Santas Casas estão todas falidas, porque trabalham pelo SUS. Elas atendem o SUS e quem atende o SUS está quebrado, falido. Nós temos que resolver isso. Agora, futuramente, aprimorar o sistema de saúde, melhorar o gasto em determinadas áreas da saúde, eu considero muito válido.

O Presidente sabe que nós temos um projeto de lei que trata da remuneração mínima do médico e até do odontólogo, que está incluído no mesmo projeto, que vem há anos se arrastando aqui, e não se resolve. Mas a razão desta Comissão é realmente saber de onde buscar recursos, como cobrir o custo, pelo menos melhorar o atendimento, não deixar faltar recursos para a saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputada Carmen.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Deputado, eu vou mais ou menos na mesma linha, até porque, complementando a colocação do Deputado Mandetta, tem que ser o representante das categorias profissionais.

Nós temos, na enfermagem, uma coordenação nacional que está trabalhando a questão das 30 horas. Mas há uma série também de pisos salariais. Além das 30



horas, o piso salarial do enfermeiro e do técnico. Mas eu acho que, neste momento, nós tínhamos que focar a nossa atenção em como, e aqui eu faço um questionamento, financiar mais a saúde.

Está vindo agora, chegou à Casa, projeto de lei, de novo, para discutirmos a distribuição dos *royalties* do petróleo. Na medida provisória eu apresentei emendas colocando 50% para a saúde e 50% para a educação. Talvez esta Comissão tenha que se posicionar. Nós vamos brigar por parte dos recursos dos *royalties* do petróleo ou não como forma de financiamento para as ações de serviços de saúde?

Eu acho que, as dificuldades da saúde... O relatório do Deputado Britto, da última Comissão, foi muito preciso com relação às questões hospitalares. A falta de reajuste para um conjunto de procedimentos é efetivamente, na minha opinião, o que está fazendo com que os hospitais fechem suas portas.

Acredito, repito aqui mais uma vez, na Rede de Urgência e Emergência, na Rede Cegonha, mas ela escolhe um conjunto de hospitais para auxiliar na sua manutenção da porta de emergência aberta. Os demais hospitais da região também precisam remunerar os seus profissionais que estão na emergência 24 horas.

Temos, então, que ter uma alternativa que fortaleça aqueles que têm a alta complexidade da emergência, ou a média complexidade, mas aquela outra unidade hospitalar que também tem sua porta aberta também precisa ser financiada. E todos nós sabemos que, para financiarmos a saúde, vamos ter que apontar o que nós pensamos sobre aonde buscar recursos financeiros.

Existe uma bandeira, um projeto de lei que chegou agora, da Presidente Dilma, se referindo novamente à distribuição dos *royalties* do petróleo. Nós precisamos saber se vamos pedir pelo menos 50%, entendendo que a educação é fundamental. Agora, não existe saúde sem educação, nem educação sem saúde. A criança que não tem acesso a um procedimento de oftalmologia não vai enxergar bem para poder estudar, e assim sucessivamente.

Eu queria, então, propor que a gente focasse realmente, não, em hipótese alguma, dizendo que auditar não seja importante. Sabemos das dificuldades e das fraudes que acontecem no sistema. Auditar é fundamental. Agora, neste momento, a gente tem que discutir de onde virão os recursos para fazer frente ao subfinanciamento e a esses impactos dos projetos de lei que aqui tramitam, como o



das 30 horas da enfermagem e o do piso salarial para várias categorias, dentre elas também a enfermagem.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Com a palavra a enfermeira e Deputada Rosane Ferreira.

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Sr. Presidente, eu quero ir na mesma linha da Deputada que me antecedeu.

Sobre a minha perspectiva em relação a nossa Comissão, acho, primeiro, que temos que ter bem desenhado, Deputado Perondi, quanto falta, qual é o rombo. Esta semana, estivemos no Amazonas — Tabatinga, Tefé, Manaus. O local que me chamou muito atenção, não só a mim, mas a todo o grupo, Deputada Benedita, foi Tabatinga, na fronteira com a Colômbia. Se não tivermos lá o Exército, não vamos ter mais nada. O único hospital, montado para atender uma população de 20 mil pessoas, é responsável por uma população flutuante de cerca de 200 mil pessoas. Na cidade, são 70 mil.

Quero ser muito rápida, porque quero ouvir os palestrantes. Lá, nós chegamos a ouvir coisas deste tipo: uma senhora peruana deu à luz no hospital do Exército, em Tabatinga, sem nenhuma referência, sem documento, sem nenhum tipo de remuneração para eles. Uma coisa muito mais séria: muitas vezes acontecem óbitos de peruanos no Brasil, e o Exército, por sua vez, tem que se responsabilizar inclusive depois dos cuidados. Não há quem reconheça isso.

Então, a questão do SUS passa desde essa política de relações com nossos vizinhos nos lugares mais fronteiriços. Eu falei de Tabatinga, mas poderia falar de Foz do Iguaçu, no Paraná. Não precisa ir tão longe. Poderia falar do meu Estado. Há outras coisas mais sérias. Lá, há grande dificuldade para ter um anestesiológico, um pediatra.

Então, quanto de investimento tem que se pôr para a saúde no Amazonas? Quanto, em São Paulo? Há uma diferença. Há uma diferença por mais que a população... Nós não podemos só falar do *per capita*. As considerações feitas pelo Dr. Francisco são muito importantes. Então, estudar: qual é o rombo? E, aí, temos que dizer qual é o esforço que faremos para sanar esse problema, onde buscaremos recursos.

Temos de focar e ir em frente.



Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Sim. Deputada Benedita.

A SRA. DEPUTADA BENEDITA DA SILVA - Sr. Presidente, eu quero apenas complementar, repetir o que já disseram as Deputadas Carmen Zanotto e Rosane Ferreira, com muita propriedade, enfermeiras que são, e eu, como auxiliar de enfermagem.

Participamos aqui de um debate muito rico. Lembro-me perfeitamente de que se dizia aqui — a maioria —, e não foi a minha posição: "CPMF de novo não! Nós só apresentamos aqui os problemas, mas CPMF de novo não!" Lembro também, tal qual a Deputada Carmen Zanotto, que levantei a questão da educação que pedia 50% já, 10%, e, depois, a Presidenta Dilma sinalizou com 100% dos *royalties* para a educação, e eu disse "ótimo, maravilha", mas eu levantava também a questão da saúde, e, dentro da saúde, eu falava da assistência social. Deveríamos, portanto, incluir, além dos *royalties*, taxar as grandes fortunas, para, com isso também, canalizar recursos para a saúde.

Então, na verdade, temos que discutir aqui uma forma de encontrar recursos para atender essas demandas por nós já focalizadas. Não é que não tenhamos que ouvir. Esta Casa, e V.Exa. sabe perfeitamente disso, tem atendido todos os setores. Em outras audiências, as frentes parlamentares nesta Casa têm recebido essas demandas e esses segmentos da área da saúde — enfermeiras, técnicos, radiologistas, odontólogos. Todos eles estão com demandas nesta Casa.

O que nós achamos é que nesta audiência pública vai ser inevitável que, na discussão sobre financiamento, não vai baixar aqui, como é da natureza humana, o corporativismo do meu direito, o que eu quero defender. É como se a Benedita estivesse discutindo a situação das mulheres e não falasse da mulher negra. Seria impossível. Eu ia querer falar sobre a mulher negra.

Precisamos reforçar aqui, em relação a essa questão, que vamos achar um caminho para as 30 horas semanais, para o piso salarial para várias categorias e, mais uma que já aparece nesta Comissão, para as cuidadoras de idosos.

É importante que nós possamos aqui garantir apenas a discussão do financiamento.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Com a palavra o Deputado Paulo Rubem Santiago.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Na verdade, Sr. Presidente, o que existe neste momento, depois de ouvir a fala das Deputadas e dos Deputados que me antecederam, são divergências muito claras sobre o tema do financiamento.

Acho que há versões incompletas, inconclusas, acerca do que seja discutir o financiamento da saúde, ou se estivéssemos discutindo aqui o financiamento da educação. Há aqueles que entendem que financiamento é só definir fonte de receita, é só definir distribuição entre os entes da Federação, e não entendem que financiamento é discutir a qualidade da aplicação do dinheiro que é transferido para a saúde. Ou nós vivemos em países diferentes?

Eu não sei em que ponto a pauta do combate à corrupção entra na agenda dos demais Parlamentares desta Comissão. Eu, há nove anos, encabecei, juntamente com o ex-Deputado Antônio Carlos Biscaia, a criação da Frente Parlamentar de Combate à Corrupção. Desde então temos tido sucessivos encontros com a Controladoria-Geral da União. Enquanto alguns acham que desvio de recursos na saúde seja algo residual, eu vou oferecer uma contribuição, qual seja a de transferir para esses Deputados e Deputadas os relatórios da Controladoria-Geral da União. Eles apontam que os dois primeiros planos do desvio do dinheiro público federal dirigido a Estados e a Municípios dão-se em educação e saúde.

Então, não vou ficar aqui no mundo da fantasia, achando que, se eu encontrar fontes A, B ou C em percentuais X, Y ou Z, eu resolvo o problema da saúde no Brasil. Existe uma solitária no intestino da saúde a retirar da correta aplicação, da aplicação eficaz, aquele montante que é transferido.

Então, há aqueles que acham que financiamento é só discutir fonte, distribuição mediante o mecanismo da cooperação, como consta do art. 23 da Constituição, entre os entes da Federação. Eles não consideram, o que é compromisso da discussão do financiamento com qualidade, o diagnóstico das fraudes e os mecanismos preventivos para evitar a má gestão dos recursos da saúde.



Em segundo lugar, por duas vezes, eu tive a oportunidade de participar de dois encontros nacionais: o primeiro com os Conselhos Regionais de Medicina e o Conselho Federal, num evento realizado em Goiás; o segundo foi o Encontro Nacional da Federação Nacional dos Médicos, em São Paulo, onde, com muito orgulho, compartilhei uma mesa com a Dra. Lígia Bahia. Nós discutimos financiamento da saúde e seguridade social.

Eu tenho convicção de que os Conselhos Federais têm o que dizer sobre SUS, sobre financiamento da saúde. E é evidente que, se alguma categoria dos profissionais de saúde não foi registrada no nosso requerimento, nós podemos incorporá-la. Eu tenho absoluta certeza de que as discussões de projetos, de salários, de 30 horas, de piso salarial dos agentes comunitários de saúde entram em outro capítulo, não nesse capítulo específico do financiamento da saúde.

Qualquer um de nós, ao acessar as páginas dos Conselhos Federais e de suas representações nos Estados, certamente — e eu acesso com frequência — encontrará lá artigos, publicações dos pesquisadores, a produção acadêmica, dissertações de mestrado, teses de doutorado, análises como aquela feita pela Dra. Denise Gentil desmontando o mito do déficit da Previdência Social no Brasil e mostrando a manipulação que se faz desde 1988 com a arrecadação da seguridade social no País.

Então, a gente fica tentando encontrar o ponto central da divergência, e ele é exatamente este. Eu parto do pressuposto, pela experiência que pude compartilhar desses eventos, de que nós temos, sim, ao avançar na definição de fontes e nos mecanismos e critérios de distribuição e aplicação, de nos comprometer em discutir os desvios e as fraudes na aplicação dos recursos da saúde. Não adianta buscar mais recursos se não estancarmos a hemorragia do financiamento que se dá pelo desvio da seguridade ou então pelas fraudes e pela corrupção na gestão do SUS.

Outra questão, reitero aqui, seria a discussão sobre a contribuição dos Conselhos e dos profissionais no debate do financiamento e da eficácia na aplicação desses recursos.

Os Conselhos Federais de Medicina, de Enfermagem, de Odontologia e outras categorias organizadas através dessa representação — tenho esta convicção — têm o que dizer para nós. Não vamos aqui perder o foco. Nós vamos ouvir os que



fazem a saúde pública no seu cotidiano e as suas representações, sem prejuízo a *posteriori* de ouvirmos outras categorias e outras contribuições.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Certo. Vamos ouvir o Deputado Roso. Temos ainda de ouvir o nosso brilhante Dr. Elias e a nossa brilhante doutora. E temos depois de decidir qual será o mote.

Vamos ouvir o Roso, o último a se inscrever... *(Pausa.)*

Vamos deixar para depois?

Fechado. Vamos lá!

Sobre os Conselhos. A questão aqui é se se chama outras entidades ou não; ou não se chama nenhuma, ou todas.

Eu vou dar uma opinião. Eu acho que nós temos de democratizar e não deixar de ouvir, mas eu vou votar por último.

Deputada Carmen, para contribuir, não há uma entidade que reúna todos os Conselhos, um fórum de entidades? Nós poderíamos fechar... Só para melhorar essa proposta e incluir aqui... Vamos votar assim. Não vou complicar.

Em discussão... Nós já discutimos.

Em votação.

Quem vota a favor da proposta do Deputado Santiago levante a mão.
(Pausa.)

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Eu quero perguntar se a proposta dele vai incluir todos os outros Conselhos.

O SR. PRESIDENTE (Darcísio Perondi) - Não, vai ser só com esta.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Só esta que está aí?

O SR. PRESIDENTE (Darcísio Perondi) - Só esta.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Ah! Então nós não podemos votar porque faltam os outros Conselhos.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Presidente, quando a Deputada Gorete Pereira fala "todos os outros Conselhos", eu aceito que se possa fazer, mas vamos nominar. Quais são os outros conselhos de profissionais da saúde?

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.



O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Vamos incorporá-los.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Aí há aquele fórum de todos os Conselhos que são menos reluzentes. Eu não me recordo... Alguém sabe? Podemos incluir isso e fechar.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Eu gostaria de incluir o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Aproveemos o princípio. Depois, vemos como incorporar as representações dos Conselhos.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - A única observação que eu fiz foi no sentido de que achássemos uma maneira. Não que não os escutássemos, mas que achássemos uma maneira de que todos pudessem estar, de alguma forma, representados, porque eles cobram dos Deputados que, quando chamados, não sejam sempre os mesmos.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Eu queria que se incluísse a fisioterapia e a terapia ocupacional.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Mas isso fica com a Presidência, para que faça uma sugestão *a posteriori*.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu vou repetir: existe uma entidade, não lembro o nome. Ela reúne todos os Conselhos menores. Eu posso encaminhar, se me derem condições. E vêm e vêm e falam. Não, eles são bons, ajudaram-nos muito no passado, no ano retrasado, Deputada Benedita. Aliás, foi um grupo que nos ajudou muito na luta dos 10%. Quero aqui registrar isso. E eles participavam, mandavam dois, três representantes, que reuniam um grande grupo de Conselhos. É um grupo organizado, consistente e que estuda. Então, nós poderíamos convidar esses três. Esse quarto nós podemos aprovar na próxima. Podemos deixar em aberto. Quem sabe tu o retiras e nós completamos?

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Sr. Presidente, há um projeto na Casa que dispõe sobre a inclusão dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais no Programa Saúde da Família. Esse projeto foi aprovado na Casa e já está no Senado. Então, era importantíssimo, porque isso é financiamento, que eles viessem realmente participar. Eles não fazem parte desse Conselho pequeno. Se eles participarem desse Conselho, eu voto "sim".



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Paulo Rubem, vamos fazer o seguinte: este item é extrapauta. Vou propor o seguinte: V.Exa. o retira, nós vemos outra entidade e retomamos ou não.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - A sugestão, Presidente, do Deputado João Ananias era de que aprovássemos o princípio para não termos que retirá-lo e ele voltar, senão, na outra semana vamos discutir as mesmas coisas.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Veio socorro do Plenário: é o FENTAS.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - E o Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - O FENTAS faz parte. O FENTAS é...

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Não, ele é separado.

O SR. DEPUTADO JOÃO ANANIAS - Sr. Presidente, eu gostaria de dar uma sugestão a V.Exa.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu vou tomar uma decisão: eu vou retirá-lo.

O SR. DEPUTADO JOÃO ANANIAS - Sr. Presidente, Deputado Darcísio Perondi, no ano passado, nós participamos — fui o Presidente, e o Deputado Rogério Carvalho, Relator — de um Subcomissão da Comissão de Seguridade Social que tratou exatamente da questão do financiamento do SUS. Aí, quando se chamou um Conselho e não se chamaram os demais, foi um vespeiro.

Então, eu queria sugerir — com base no encaminhamento que V.Exa. deu, e acho que o Deputado Paulo Rubem Santiago, na sua fala, também abriu perspectivas para isto — que, mesmo que não chamasse todos de uma vez, a Comissão contemplasse a todos, até porque temos aqui, por exemplo, uma questão — é bom que se saiba —: o Ato Médico. Existe uma questão pendente há 15 anos nesta Casa. Em relação ao Ato Médico, há 13 ou 14 Conselhos que se posicionam contrários. Por isso não se vota. Então, é temerário, inclusive para o relatório final da Comissão que V.Exa. preside, ouvir um Conselho e não ouvir os demais. Isso acaba dando motivos para...

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - É. Eu também acho.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Qual é a sua proposta em relação ao agora?

O SR. DEPUTADO JOÃO ANANIAS - O autor do requerimento é quem pode flexibilizar isso, não sou eu. Eu estou sugerindo que se ouçam todos.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Pronto!

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Aprova-se o princípio, e, depois, se organiza o... Depois se vê a forma, Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Está bem. O princípio seria chamar os Conselhos.

(Intervenções simultâneas ininteligíveis.)

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Quem vier está bom!

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Já foi discutido.

Quem discorda levante o braço. *(Pausa.)*

Aprovado.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Todos, não é? Todos os Conselhos.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - E vamos administrar nas próximas reuniões. Por exemplo, podemos fazer uma tarde a mais. Chamamos todos aqui, que venham só os Conselhos, e ou vamos ouvir a todos numa tarde, ou, para os colegas que puderem vir, na mesma semana, em duas.

O Requerimento nº 16 solicita que chamemos o Sr. Jorge Hage Sobrinho, da Controladoria-Geral da União, a Presidenta da União Nacional dos Auditores do SUS e a Presidenta do Conselho Nacional de Saúde.

Em discussão.

A SRA. DEPUTADA GORETE PEREIRA - Esse é o da fraude?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Esse é o da fraude. Nós já o discutimos.

Com a palavra o Deputado Colbert Martins.

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Sr. Presidente, eu fiz uma solicitação de convite a uma entidade que já havia participado de um debate. A assessoria me recomendou retirá-la porque quem já participou de um debate não repetiria.



Estou vendo aqui que a Presidenta do Conselho já esteve aqui mais de uma vez. Se nós pudéssemos repetir, eu manteria meu requerimento. Entendo que a entidade que já veio aqui não repetiria, mas, já que pode ser repetido, ou, se puder, eu faço questão de colocar meu requerimento em votação mais uma vez.

(Não identificado) - Ela veio discutir?

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Veio discutir financiamento.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Veio. Veio.

(Não identificado) - Na outra sessão?

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Agora, nessa semana passada, aqui.

Nada contra a Presidenta. Eu só quero isonomia de tratamento. Se ela vier, eu faço questão de aprovar a solicitação que fiz.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Ela já veio. Então, ela está, em princípio... Já participou.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. DEPUTADO COLBERT MARTINS - Mas já vi na mesma sessão. O assunto...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - A questão é assim: vamos aprovar ou não vamos aprovar esse requerimento sem a Sra. Maria do Socorro?

Primeiro, o princípio. Vamos aprovar e chamar a Presidenta da UNASUS e a Controladoria, ou não?

Deputado José Linhares.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - Sr. Presidente, seria importante nós colocarmos em evidência o tempo que nós temos e a urgência do financiamento. Se nós ficarmos aqui indefinidamente ouvindo Conselho por Conselho, atrás de fraudes e mais fraudes, atrás do Hage, atrás de não sei quem, que vai procurar dizer que o financiamento é suficiente porque existem fraudes — paciência —, esta Comissão não vai progredir.

Então, eu seria de opinião — e apelaria aqui para o meu grande amigo Deputado Paulo Rubem Santiago, que sempre usa uma expressão muito inteligente: que antes de se usar o medicamento, agite-o —, no sentido de tirarmos os



Conselhos e ouvirmos especificamente sobre o problema do financiamento. Depois disso, se houver tempo, chamamos os Conselhos. Eu acho que a urgência que nós estamos tendo decorre do fato de que a situação da saúde — todo o mundo está vendo — é caótica, precária e de que o problema — quem viveu, como eu vivi, dentro de Santa Casa durante 33 anos sabe — não é gestão, não. Gestão havia, o problema é falta de dinheiro. Qual é o médico que quer fazer consulta por 7 reais? Quem é que quer fazer consulta por 2,50 reais. E dizer que há fraude nisso?

Então, eu diria que deixemos para o final o problema da presença dos Conselhos. Vamos agora chamar o CONASS, o CONASEMS, o pessoal que está mais diretamente ligado e que está ouvindo o País, depois chamemos os Conselhos.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Com a palavra o Deputado Alexandre Roso, depois o Deputado Toninho Pinheiro. Aí vamos decidir.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Eu queria assinar embaixo do que disse o Deputado José Linhares, porque era exatamente isso que eu queria dizer.

Eu acho que o nosso tempo é curto, é pequeno. Essa discussão entre financiamento e gestão; gestão, corrupção e financiamento, está todo o mundo ouvindo isso há muito tempo. Sempre que se vai falar em financiamento vem a turma do tipo: *“Ah! Mas a corrupção tem que ser colocada dentro disso”*. E nós ficamos discutindo e não avançamos.

No financiamento está incluído também como se vai aplicar o que nós temos de recursos. Este é um país muito grande. Por exemplo, não se discute a participação do sistema complementar dentro disso, como é diferente, por exemplo, o que nós temos hoje de pacientes conveniados na medicina privada em São Paulo, Minas Gerais e Rio de Janeiro comparado, por exemplo, com o que temos no Amazonas. É só fazermos um estudo que veremos que a participação do sistema privado é muito pequena — e isso conta.

Se nós temos, lá na fronteira, hospitais do Exército fazendo o atendimento — e esta é a verdade: a única salvação que existe para aquela população são os hospitais do Exército —, eu quero lembrar que há muitos hospitais militares que foram fechados por estratégia militar. Eu quero dar um exemplo. Em General



Câmara, a nossa cidade, no Rio Grande do Sul, havia um único hospital, militar, e hoje não funciona; está fechado porque o Exército resolveu mudar essa situação.

Então, eu queria ir nessa linha que o Padre José Linhares falou, que é perfeita — nós estamos aqui para discutir financiamento — e me ater mais a esse tema, para que esta Comissão possa propor realmente saídas para essa situação, porque é de consenso geral.

Nós vivemos num país que tem pouco recurso para a saúde. A participação do poder público na saúde é pequena em comparação com os outros. Não adianta a gente querer dizer: “não, é porque não está se aplicando certo. O problema é de gestão”. Quem faz gestão sabe disso.

Nós, que somos gestores da saúde, somos baita gestores com os poucos recursos que há aí.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito bem.

Com a palavra o Deputado Toninho Pinheiro.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Sr. Presidente Darcísio Perondi, quero cumprimentá-lo por trazer pessoas competentes da nossa querida Minas Gerais: a Dra. Ana Maria, os nossos amigos e colegas Deputados que fizeram uso da palavra. Quero dizer que cada um falou melhor do que o outro.

Mas, o mais importante de tudo, aqui, hoje, é o foco do nosso trabalho, da nossa luta, que é o financiamento público da saúde. Nós sabemos que quanto mais pessoas puderem participar, Deputado Padre José Linhares, é bom para que todos tenham consciência do que está acontecendo aqui hoje.

Nós sabemos que é o dever e a obrigação de cada político, que é empregado do povo, trabalhar pela honestidade, contra a ladroagem, contra a vagabundagem.

Nós vimos que o Governo Federal, no início do mandato, a Presidenta Dilma Rousseff mostrou pulso firme. Quantas pessoas estavam naquela pouca vergonha, na ladroagem, e ela pôs na rua. Até Ministro ela pôs na rua. Quer dizer, honestidade é obrigação em qualquer nível de Governo — Municipal, Estadual e Federal —, nos Ministérios e em toda a situação.

Existem erros? Existem. Existem erros na saúde, de corrupção? Eu acredito que sim. Existem na educação, no meio ambiente, no banco. Em todo o lugar há. Até no mensalão houve, não é verdade?



Mas de uma coisa não podemos fugir: quanto a investimento na saúde, em 192 nações avaliadas no mundo, o Brasil, o Governo Federal, o milionário, ocupa a posição de nº 151 no investimento da saúde. Portanto, o principal problema da saúde é a falta de dinheiro que, eu acho, hoje é de 95%. Uma pequena parte é gestão. É obrigação que todos tenham uma boa gestão.

Eu gosto de perguntar, se ela pudesse me responder de supetão, à Dra. Ana Maria...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Ela vai responder depois, daí em relação ao tema.

Deputado Toninho Pinheiro, ela não vai lhe responder. O senhor está perguntando, ela não vai lhe responder.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Tudo bem. Eu vou só perguntar. O senhor falou, acabou. Eu sou o seu empregado. O senhor falou, acabou.

Eu queria saber quanto o Governo Federal já desonerou de impostos nesses últimos tempos, com essas atitudes tomadas? Quantos milhões de reais?

Há mais uma ação: se não tem dinheiro para a saúde, como é que tem dinheiro para poder desonerar vários setores aí? Quantos milhões de reais? É um dado importante, para confirmar o óbvio. Se o Brasil é a sexta economia do planeta, como é que pode estar na posição 151? Mostra a falta de respeito com os princípios cristãos.

Volto a falar. Sou do PP, estou apoiando o Governo da Presidenta Dilma Rousseff, mas eu não sou puxa-saco, ela está errada em não investir na saúde. É um pecado o que está acontecendo.

Muito obrigado.

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Pela ordem, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Não, não, não. É sobre o assunto?

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - O "pela ordem" é exatamente para nós irmos para a votação. Eu acho que está ficando uma situação indelicada com o Dr. Elias e com a Dra. Ana, que estão sendo obrigados a participar da discussão interna. Eu acho que nós poderíamos...



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu marquei até 30 minutos para nós discutirmos isso daqui.

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Vencemos?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Esgotaram os trinta e nós temos que decidir mesmo, para ouvir.

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Ótimo, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Paulo Rubem Santiago, V.Exa. quer que nós votamos ou não votamos...

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Vamos votar. Eu só queria compartilhar informações que são de domínio público...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - V.Exa. já argumentou bem antes.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Em relação ao problema das fraudes.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - V.Exa. já argumentou.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Eu só quero perguntar, Sr. Presidente — eu não sei dos Deputados que falaram —, quantos já tiveram a oportunidade de ler um relatório de auditoria da CGU sobre desvio na saúde.

E, daí, eu vou perguntar: durante quantos anos nós permitimos que os recursos depositados nos fundos municipais de saúde fossem retirados com cheque, sem denominação do beneficiário, na boca do caixa? Durante quantos anos isso funcionou na saúde?

Quando foi a mudança exigida pelo Governo Federal para que só se fizesse pagamento eletrônico? Em 2012. Por que o Governo mudou? Porque descobriu que permitir saque do dinheiro do Fundo Municipal de Saúde na boca do caixa era uma esculhambação, era uma prática criminosa que desviou recursos.

Eu acompanhei o processamento de 532 Municípios do Nordeste com a Universidade Federal de Pernambuco, na saúde e na educação. Então, não me venham dizer que eu vivo num país que é de outra galáxia, que é de outro planeta.

O problema do financiamento da saúde também não é constitucional, permita-me o colega que me antecedeu, de falta de recursos. A Constituição é clara: quem financia o SUS é a arrecadação da Seguridade Social. O problema é que nós



estamos, desde 1988, descumprindo a Constituição. Desde 1994, com o Fundo Social de Emergência, com o Fundo de Estabilização Fiscal, com a DRU, nós desviamos, de 2005 a 2010, 228 bilhões, da Seguridade, para a conta única do Tesouro. O problema é desvio de finalidade.

A Seguridade agora vai apontar um superávit de quase 80 bilhões. Podia ser aplicado integralmente para dobrar o orçamento federal da saúde. Por que não se faz? Porque a preferência é desviar, através da DRU, para a conta única a fim de pagar juros da dívida pública.

Nós somos um país que fica deitado eternamente em berço esplêndido. Então, ou nós vamos discutir... E o convite ao Ministro Jorge Hage é uma intimação do Ministro para conosco. Há uma semana, a bancada do Governo acabou de aprovar, na Comissão de Educação, ouvir o Ministro Jorge Hage sobre as fraudes no FUNDEB. O Ministro quer vir expor ao Congresso o que está fazendo. A CGU tem um trabalho maravilhoso de apontar quais são os gargalos e quais são as prevenções que nós temos de apoiar.

Por isso, reitero e pondero aqui a importância de nós ouvirmos as questões do desvio, da má aplicação do recurso público em saúde. Encerro, Sr. Presidente, é a mesma situação que nós tínhamos na educação.

Em 1996, na educação, nós tínhamos um fundo para a educação fundamental, da 1ª à 8ª série. As fraudes eram enormes. Aumentamos, em 2006, para o fundo para a educação básica. Aumentou o tamanho do bolo, aumentou consideravelmente o desvio.

Então, não adianta pensar em mais recursos se nós não somos capazes de impedir a hemorragia que se pratica com as fraudes, com a má aplicação dos recursos. E o próprio Governo, em 2012, se deu conta disso.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado...

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Então, eu quero ponderar para que nós possamos ouvir o Ministro, ouvir os representantes, a União Nacional dos Auditores do SUS, para evoluirmos e apontarmos, quem sabe, como sugestão desta Comissão, mecanismos de prevenção, de combate às fraudes, mecanismos esses que vão aprimorar e dar melhor qualidade à aplicação do dinheiro da saúde.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Em votação.



Quem for a favor do requerimento levanta a mão. *(Pausa.)*

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Só um esclarecimento?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Estamos no momento da votação.

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Eu preciso de um esclarecimento de V.Exa., Deputado.

O Deputado Padre José Linhares voltou à questão dos Conselhos. Aquilo é matéria vencida. Nós estamos votando agora o requerimento da questão das fraudes no SUS. É isso?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Dezesseis.

A SRA. DEPUTADA ROSANE FERREIRA - Eu quero deixar consignado que sou favorável a esse requerimento e contrária ao anterior.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Em votação.

Quem é a favor do Requerimento nº 16/13 levanta o braço. *(Pausa.)*

Sete a favor; um contra; maioria simples.

Com a palavra o Dr. Elias Antônio Jorge.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Boa tarde a todos.

É sempre um grande prazer estar aqui nesta Comissão. Eu frequento a Comissão de Seguridade desde quando o Padre José Linhares tinha uma vasta cabeleira negra, com rabo de cavalo e tudo o mais. *(Risos.)*

(Não identificado) - Quando o Duarte Coelho chegou em Olinda.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Isso.

Eu estava em dúvida se eu ia trazer um *datashow*, como o Chico trouxe, ou se eu ia trazer um “gogoshow”. Estou convencido de que a melhor alternativa foi o “gogoshow” mesmo, até pelas falas todas que eu ouvi aqui. Aconteceram algumas inspirações importantes.

A Deputada Rosane Ferreira pergunta quanto falta. Eu vou falar sinteticamente: falta entre 3% e 3,5% do PIB. Agora, quanto falta, Rosane, só pode ser visto sob a ótica do para fazer o quê e como que eu vou fazer.

O Deputado Paulo Rubem Santiago amplia o conceito da discussão sobre financiamento, na verdade, até homenageia a área que eu fui encarregado de implantar no Ministério da Saúde, porque o conceito dele para financiamento



envolve mais a economia da saúde. Quer dizer, uma visão muito mais abrangente do que só a entrada de dinheiro, a aplicação e tal. Uma visão mais abrangente, não é?

O Chico tocou num ponto até, digamos, fraterno — não chega a ser divergência. Eu achei interessante você ter criticado que se tenta fazer equidade só mexendo no custeio, quando o essencial é mexer no investimento, mas eu queria lembrar, externando outra opinião, que não dá para mexer com equidade só no custeio ou só no investimento, é preciso pensar nas duas coisas.

Vou dar um exemplo concreto: para se construir um posto de saúde de atenção básica se gasta “x”, e para mantê-lo, a cada 2 anos o gasto é o de se construir outro. Então, quando se constroem mil postos, no ano seguinte o custeio é equivalente ao da construção de outros 500. Então não se pode tratar nem só de investimento nem só de custeio, é preciso tratar de ambas as coisas simultaneamente.

A pergunta que o senhor fez para ela ela vai responder numa determinada hora, Deputado, mas eu vou responder a outra pergunta, que não foi feita.

Esta Casa, por ampla maioria, tem sucessivamente aprovado algo que supera em muito qualquer nível de desvio que possa ser identificado, ou qualquer nível de renúncia fiscal que possa ser visto: o dinheiro arrecadado da sociedade para financiar a Seguridade Social, segundo o conceito que está lá na Constituição, arts. 194 a 204, vai muito além, Deputado Paulo Rubem Santiago, dos 200 bilhões. Eu parei de fazer a conta quando ela alcançou meio trilhão de reais. Só para vocês terem uma ideia, se pegarmos tudo que a Seguridade Social arrecadou e tudo que a Seguridade Social gastou, veremos que o volume de dinheiro arrecadado com a população em nome da Seguridade Social e desviado, formal e legalmente, com anuência desta Casa e do Senado através das emendas constitucionais de desvinculação das receitas, supera o meio trilhão. A base é mais ou menos essa. Eu parei de fazer a conta no dia em que os desvios da Seguridade alcançaram a reserva cambial brasileira. Ou seja, tudo que está lá de reserva cambial brasileira é mais ou menos aquele montante que deixou de ser aplicado no que era originalmente. Agora, por razões partidárias, políticas, de convencimento ideológico



e tal, esta Casa sistematicamente tem aprovado a renovação da desvinculação das receitas.

E aí eu quero tocar, Deputado Perondi, no ponto que me preocupa mais neste momento: a situação da saúde só não é pior do que a do ano que vem, e a do ano que vem só não é pior do que a de daqui a 2 anos. (*Palmas.*) E vai continuar. Nós vamos continuar a ouvir isto sistematicamente.

Agora, eu estou preocupado com um negócio chamado reforma tributária. Ontem, acabou de transitar pela Casa algo que comprovou uma tese que nós defendemos. A reforma tributária que tinha sido encaminhada, de que o Deputado Sandro Mabel era Relator — lembram? — e que esteve em vias de ser votada, ela tinha uma única finalidade: tornar a desvinculação das receitas da União perene. Ao criar o IVA, Imposto sobre Valor Agregado, retirava-se da Seguridade Social a essencialidade que ela conquistou, junto com o próprio conceito, na Constituição de 1988. E aí, Deputado Perondi, não adianta Comissão Especial nem nada, porque se está matando na origem aquele privilégio... A grande mudança no País, de 1500 até 1988 — o Brasil era excludente, concentrador de riqueza e tal — foi o conceito de Seguridade Social que está lá. E só se mantém uma política pública se não se desfinanciá-la. A melhor maneira de sabotar uma política pública é desfinanciá-la.

A Seguridade Social tem recebido da sociedade anuência concreta. Ninguém saiu na rua fazendo panelaço ou protesto contra as contribuições sociais. No entanto, as contribuições sociais, por decisão política desta Casa e ingerência dos mais variados tipos de governo, sempre conseguiram extrair da Seguridade... No começo era assim: tiravam 30 bilhões, o Orçamento ficava deficitário, e o Orçamento Fiscal devolvia 17. Eu me lembro de Sérgio Miranda, um colega de vocês, recém-falecido, nosso companheiro lá em Minas. Várias vezes nós levantamos esse tipo de questão. Era assim: a Seguridade recebia do Orçamento Fiscal um pedaço do dinheiro que o Orçamento Fiscal tinha retirado dela. E o que a reforma tributária pretende, Deputado José Linhares, é acabar com a vinculação à Seguridade Social, transformando as contribuições em imposto. Aí é a morte, não só da saúde, mas do sistema de proteção social no Brasil como um todo. As cinco áreas que eu arbitrariamente classifico como principais do sistema de proteção social no Brasil —



saúde, previdência, assistência, trabalho e educação — ficariam absolutamente descobertas a partir de um processo de reforma tributária inadequado.

Aí sim, o que eu acho que esta Comissão poderia fazer, de muito bom resultado, é se preocupar, primeiro, com a problemática conjuntural, como esta Casa tem sempre feito: buscar soluções para a crise conjuntural da saúde. E, segundo, Deputado Perondi, preparar-se, usar esta Comissão como plataforma, para que aqueles Parlamentares que têm compromisso com a manutenção do conceito de Seguridade Social, com a vitalidade da Seguridade Social, com a sustentabilidade da Seguridade Social, comecem a se articular para o processo de discussão da reforma tributária.

O que havia na reforma tributária era desoneração da folha, mudança da fonte para destinação de ICMS... Tudo isso poderia ser feito por legislação ordinária, nada precisava de emenda constitucional. A única coisa que precisava de emenda constitucional era a desvinculação das receitas. Tanto isso é verdade, que as desonerações têm sido feitas por legislação comum. O ICMS da fonte para o destino está sendo feito por legislação comum.

O que eu queria salientar, acho que a melhor contribuição que eu posso dar a esta conversa — e me disponho a participar de outras, se os senhores assim o desejarem — é alertar para o risco estrutural que estamos correndo. Uma coisa é a problemática conjuntural, e eu tenho até proposta para a solução do problema conjuntural — vou falar nela daqui a 2 minutos —, mas acho que a preocupação de fundo é com o que vem por aí, do ponto de vista estrutural, que se chama reforma tributária, porque ela desmonta, é muito pior do que a desoneração. Desonerar um tributo não significa arrecadar menos, porque pode-se ter uma alíquota menor e passar a arrecadar mais. Isso pode estar acontecendo. Ninguém fez essa conta ainda. Quanto é o *vis-à-vis* da desoneração *versus* aumento da...? Pode ser até que se aumente a arrecadação, e tal. Não é essa a questão central. A questão central para mim, Deputado, está na pergunta que o senhor fez: como é que nós estamos fazendo sucessivamente desmonte daquilo a que nós deveríamos dar sustentabilidade, que é o conjunto da Seguridade?

Então eu não acho que vai ser possível discutir saúde isoladamente. Ou discutimos o sistema de proteção social no Brasil como um todo... E eu estou indo



além, estou trazendo para cá categorias da economia da saúde, e vou dizer por quê. Deputada Rosane, a saúde, como a senhora sabe, é uma função composta de várias outras funções, inclusive da atenção médica, inclusive do PPR, da promoção, da proteção e da recuperação. Promoção, proteção e recuperação são itens da saúde. Então, saúde tem que ser discutido, e o financiamento da saúde, e a sustentabilidade, os paradigmas da atenção, dentro de uma visão de todo, do que eu estou chamando de sistema de proteção social como um todo no Brasil. Em nenhuma hipótese podemos pensar em discutir saúde ou financiamento da saúde fora do contexto da Seguridade Social.

Agora, é possível encontrar soluções para a crise emergencial da saúde? Sim. Eu tenho uma proposta concreta, que vou enunciar e depois envio formalmente para os senhores.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Dr. Elias, um pequeno aparte, por gentileza.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Pois não.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - O senhor acaba de dizer aí que esta Casa arranhou um mecanismo oficial de desvio de recursos da saúde.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Isso. Não só da saúde, mas, pior, da seguridade como um todo.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Então isso vem confirmar que, de um jeito ou de outro, realmente falta dinheiro na saúde. Porque o Brasil, como eu disse, é a sexta economia do planeta, mas, de 192 nações avaliadas, ele ocupa a posição 151. Não sei qual é o caminho, mas ou pelo caminho "a", ou pelo "b" ou pelo "c", o foco desta Comissão é levar dinheiro para a saúde. Então, esse desvio que houve na Seguridade, e que o senhor disse agora que foi oficial e que é, sim, desta Casa, ele vem confirmar que realmente faltam milhões de reais na saúde, e isso é grave, então nós precisamos de um mecanismo legal para colocar dinheiro na saúde urgentemente.

Esta é a nossa principal proposta. Outro assunto que não seja colocar dinheiro na saúde não adianta mais. Agora, contra as questões ilegais da gestão nós temos que tomar providências, sim. Concordo plenamente. Mas que está comprovado que falta dinheiro está.



O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Olha, na verdade, eu estou supondo que não está nem em discussão o problema da falta dinheiro para a saúde. Isso é tão óbvio, tão tautológico, que não está em discussão. Eu nem admito discutir se falta ou não falta dinheiro para a saúde. Essa é uma discussão tão superada! Desde a época em que o Deputado Padre José Linhares tinha cabelo faltava dinheiro para a saúde. Vai nascer cabelo de novo nele, e vai continuar faltando dinheiro para a saúde.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Mas o meu objetivo nesta Comissão hoje é colocar recursos na saúde. Se não for esse o objetivo, eu tenho que sair dela.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Toninho, eu não quero ser mal-educado. Eu sou seu fã. Mas vamos deixar o debate para depois que o Dr. Elias concluir.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Eu louvo o entusiasmo do Deputado, porque isso significa que vamos ter até debate mais à frente.

Vejam só: faltam recursos para a saúde, embora não faltem recursos para uma área que integra a Seguridade Social. Ou seja, a Seguridade Social, da forma como ela está estruturada, é superavitária. Acontece que, a partir de emendas constitucionais que começaram com o nome suave de Fundo Social de Emergência, depois mudaram de nome para FEF, depois perderam inteiramente o pudor e passaram a se chamar DRU, Desvinculação de Receitas da União, e depois ainda avançaram mais ainda, o Governo manda para o Congresso Nacional, e o Congresso aceita discutir, uma proposta de reforma tributária que tinha por finalidade tornar a DRU permanente.

Mas antes disso ainda aconteceu um drama pior, na madrugada do dia 12 para o dia 13 de dezembro de 2007: este Congresso Nacional, através do seu Senado Federal, aprovou a prorrogação da DRU e não aprovou a prorrogação da CPMF, que era, foi e será sempre o tributo com maior grau de equidade neste País. Este é o segundo ponto que nós temos que discutir. Não adianta discutir financiamento ou economia da saúde sem discutir fonte. E eu não quero discutir só fonte, eu quero discutir destino. E faço um apelo formal para que esta Comissão se debruce sobre a reforma tributária. Toda discussão de reforma tributária a que eu



assisti até hoje só tratou da fonte, do rearranjo da arrecadação. Mas, para se discutir a equidade de um tributo, Deputado Padre José Linhares, é preciso ver de onde ele vem e para onde ele vai. É por isso que o Índice de Gini, ou qualquer índice sob o qual se analise a CPMF mostrará que ela sempre foi o tributo mais justo que nós tivemos. Por isso não sobreviveu. Por isso a proposta que eu vou fazer aqui de solução conjuntural para a saúde passa por uma contribuição que tenha essa característica de equidade, ou seja, de extrair de cada um segundo sua capacidade, para oferecer a cada um segundo sua necessidade. Esse é o princípio das sociedades solidárias, é o princípio dos socialistas utópicos, é o princípio que estava no Manifesto Comunista em 1848, mas é também o princípio que está na Constituição, no Título *Da Seguridade Social*, que agrega saúde. É preciso termos um Estado capaz de intervir, de constranger a sociedade, para que esse pressuposto da equidade se dê: extrair de cada um segundo sua capacidade, para ofertar a cada um segundo sua necessidade. Essa é a equação que tem que ser construída. E, quando discutimos saúde, estamos discutindo um item das condições de vida da população. Quando discutimos reforma tributária, estamos discutindo projeto civilizatório do País. É por isso que eu acho que nós devemos discutir o financiamento da saúde, mas sem perder de vista, Deputado Perondi, a visão estrutural.

Por exemplo: 10% das receitas correntes brutas é bom para a saúde? É bom. Isso é necessário para a saúde? É necessário. Eu coordenei a comissão que elaborou a proposta que acabou ganhando foro na Conferência Nacional de Saúde e que depois integrou o relatório, o projeto do Deputado Guilherme Menezes aprovado aqui nesta Comissão. Agora, preciso dizer para vocês, com todas as letras, que 10% das receitas correntes brutas não resolvem o financiamento da saúde. No texto que eu vou mandar para os senhores eu explico, do modo mais didático de que fui capaz, o seguinte: os Municípios ficam com mais ou menos 7% do PIB, então, se eles aplicarem 15%, o montante final será em torno do 1% do PIB. A receita de impostos dos Estados é de 8,5%. Quando eles aplicam 12%, se todos passarem a aplicar — o seu Estado, que é Rio Grande do Sul; o meu, que é Minas Gerais... — os 12%, também vão aplicar, mais ou menos, 1%. Se nós conseguíssemos ter aprovado a proposta mais generosa de todas, que é de 10% das receitas correntes



brutas, ou 18% das receitas correntes líquidas da União, pularíamos de 1,75% do PIB para 2,5%. Sabem o que significa isso? Na melhor hipótese, se todos nós tivermos enorme sucesso, se todo mundo aplicar o recurso direitinho, se as fraudes baixarem para próximo de zero, etc., estaremos aplicando 4,5% do PIB. Num sistema do tipo SUS — Deputada Rosana Ferreira, por isso eu disse que é preciso 3,5% —, a demanda é de 6% a 6,5% do setor público. Não fui eu que inventei esse dado, não. Se os senhores querem estudos, têm que consultar OMS, estudos macroeconômicos.

Então são necessários, para um sistema do porte do SUS, pelo menos 6% do PIB. Hoje, somando União, Estados e Municípios, temos 3,5%, 3,70%. Se chegarmos aos 10% das receitas correntes, vamos pular para 2,5% na União. Qualquer 20% de reajuste geral já anula, entenderam? E as defasagens são maiores do que 20%. Todo mundo que representa uma área aqui tem uma demanda muito maior do que 20%. Eu só estou mostrando aos senhores o seguinte: de 3,75 para 4,5 são 20%, ou 0,75 ponto percentual. Ou seja, vai continuar sendo insuficiente.

E vou dizer mais: esse dado da necessidade de 6% do PIB não levou em conta ainda a transição demográfica, o envelhecimento da população, que acaba acarretando a transição epidemiológica. O tipo de epidemiologia muda, os custos para tratamento da epidemiologia mudam. Eu estava dizendo ontem na faculdade de Medicina, em Belo Horizonte, que há 30 anos Belo Horizonte tinha apenas um geriatra. Geriatria não era uma área popular. Na cidade de vocês também devia ser coisa rara. Hoje é preciso ter Geriatria, porque terceira idade... No aeroporto a gente vê que são poucas as grávidas e muitos os idosos na fila de prioridades. Não é isso o que está acontecendo?

Então, transição demográfica, transição epidemiológica, inovação em saúde, estes são três fatores que agregam custos, e aceleradamente. Portanto, é importante a campanha dos 10%? É, Deputado Perondi, e nós vamos continuar. Mas não podemos deixar de alertar que só 10% das receitas correntes brutas não vão resolver o problema de financiamento do SUS. Está bem claro isso? Mas é um passo importante? É.



Estou trazendo outra preocupação — em 5 minutos vou concluir. Quando se trata a questão do financiamento no sentido proposto pelo Deputado Paulo Rubem Santiago, numa visão mais ampla, é preciso analisar o que está acontecendo. E, quando se analisa o que está acontecendo com os custos... Todos vocês, que já foram gestores ou que são profissionais de saúde, devem observar o comportamento dos custos.

Eu vou tentar descrever uma curva imaginária. Esta curva que eu estou traçando aqui é a curva que traduz uma função matemática chamada função exponencial, que é a função dos nossos antepassados. Temos dois pais, quatro avós, oito bisavós... Não é assim? Então temos uma curva exponencial. Gasto em saúde tem evolução exponencial, sobretudo na área de recuperação da saúde. Só temos chance, Deputado Toninho Pinheiro, se arrumarmos mais dinheiro, mas, além de arrumar mais dinheiro, é preciso usá-lo diferentemente da forma que se usa hoje.

Eu tinha dois lemas na direção de economia da saúde, que eram fazer mais e melhor com o pouco que temos — isto é verdade até na vida pessoal —, e também, na saúde, aumentar o pouco que temos.

Não posso aceitar esta falácia do pessoal da área de economia: *“Não posso mais botar mais dinheiro na saúde, porque tem muito ralo, fraude...”* É falacioso o argumento, da mesma maneira que é falacioso o argumento do gestor que diz: *“Não posso fazer uma boa gestão porque tenho pouco dinheiro”*. É sempre possível fazer melhor com aquilo que se tem, mas também é importante que fique claro que o dinheiro que temos para a saúde não é suficiente.

Enquanto essa curva for exponencial, tudo que nós mobilizarmos, Deputado Padre José Linhares, não vai resolver nem o problema das Santas Casas, nem o dos planos de saúde, nem o do Sistema Único de Saúde, nem o da gestão pública. É preciso buscar alternativas para transformar esta curva, que é exponencial, numa curva logarítmica. Ou seja, vai continuar havendo crescimento, mas não desordenadamente, como se verifica.

Este ponto aqui se chama ponto de inflexão. É preciso interromper, Deputado, esse crescimento desordenado e incontrolável dos gastos e introduzir na atenção à saúde, no paradigma que eu uso, uma forma de atenção. Que me permita o quê?



Porque eu não vou parar de gastar, nem vai parar de crescer o gasto, mas eu preciso melhorar a forma como eu gasto.

Respondo à pergunta da Deputada Rosane Ferreira. Quanto falta? Depende de como você vai fazer, e para fazer o quê? Estou propondo que se trabalhe a ideia de uma contribuição específica para a saúde como adicional ao mínimo constitucional, uma contribuição específica, Padre José Linhares, que seja adicional ao mínimo constitucional, exclusivamente destinada a atenção básica e a atenção primária. Por que isso? Porque, se não houver aporte extraordinário para atenção básica e para atenção primária, não há como provocar esse ponto de inflexão. Ou seja, é preciso ter mais dinheiro, mas também é preciso direcionar o mais dinheiro que haverá num determinado momento para melhorar a forma como se gasta. Com isso, evita-se o sofrimento de pessoas, gastos desnecessários, doenças evitáveis, mortes evitáveis, etc.

Qual era a intenção, quando foi discutido no Conselho Nacional de Saúde a CPMF, lá atrás? Recurso adicional. Os senhores se lembram disso. Mas a matéria acabou indo lá para o Senado. Um Senador de Sergipe foi quem fez a proposta, e tal. E no início era só para a saúde. Eu estou propondo uma contribuição com alíquota máxima de 0,30%, que eu chamei de Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira. Ela é uma contribuição nos mesmos moldes da CPMF. Por quê? Atenção, nos mesmos moldes. Porque ela preserva aquele fator de equidade que eu citei: ela pega de quem tem para levar a quem não tem. Ou seja, ela tem esse poder de equidade. É o tributo mais justo que já tivemos no País. Mas ela tem condicionantes, tanto para União, quanto para Estados, quanto para Municípios. A União tem que pegar todo o dinheiro que ela arrecadar, todo ele...

Vou dar um exemplo, só para fins didáticos. Suponham que ela arrecade 30 bilhões. Ela tem que alocar os 30 bilhões em atenção primária e atenção básica. Aí entra toda a tecnicidade do Francisco ali, da alocação, da rede, da hierarquia, etc. e tal. Mas o volume de dinheiro é assegurado para a atenção básica. Enquanto a União arrecadar esse dinheiro, ela vai aportar aos Tesouros dos Estados e dos Municípios — não dessa fonte, porque essa fonte é toda para atenção básica, como recurso adicional — um sexto do que arrecadar para os Estados e um sexto para os Municípios. Arrecadou 30 bilhões? De outras fontes, os Tesouros Municipais vão



receber 5 bilhões de reais, os Tesouros Estaduais vão receber 5 bilhões de reais, sem obrigação nenhuma de vínculo. A única obrigação é prestar conta desse dinheiro, de modo que tudo seja transparente, visível, inteligível e tenha legibilidade. Quatro categorias.

O que vamos fazer com isso? O senhor perguntou sobre desoneração. Naquele ano maior da desoneração, o Governo Federal passou para os Municípios 2 bilhões e 300, para compensar a desoneração da linha branca e dos automóveis. Essa alternativa permitiria aportar aos Municípios 5 bilhões. Agora, o Município só receberia a sua parte se ele comprovasse que, no anterior, aplicou o percentual da saúde e da educação. Nós não queremos que aplique só na... A exigência é aplicar na saúde e na educação. Com isso, consegue-se demonstrar para o cara da Fazenda que, para cada 3 reais que o Governo repatria para os cofres... Por que eu estou fazendo uma proposta com base nos termos da CPMF. A CPMF continuou a ser arrecadada. Ela continua a ser paga por cada um de nós. Ela não tem aquele desconto direto na conta bancária, mas está embutida nos preços. Os senhores ouçam o Sandro Mabel, que era o Relator da reforma tributária: *“Eu queria tirar o 0,38% da minha bolachinha, da minha rosquinha, mas não teve jeito”*. Ou seja, continuou.

Então a ideia é repatriar aos cofres públicos. A CSS, que foi essa tentativa, era muito tímida. Não resolveria nem o problema conjuntural nem o estrutural da saúde.

Agora vamos imaginar que esteja funcionando o que eu estou descrevendo para os senhores. Existe aporte de dinheiro para atenção básica. Com isso, no médio e no longo prazo, permite-se uma diminuição da condição de refém. Sim, porque todo gestor de saúde hoje é refém da doença, não pode planejar saúde porque a doença tem emergência. O cara não pode chegar para um renal crônico e dizer que precisa investir em promoção e proteção, então, em vez de três hemodiálises, ele vai fazer só duas. O cara não pode dizer para um paciente psiquiátrico que está internado que é preciso investir em CAPS, então, embora ele precise ficar internado 20 dias, com 10 dias ele vai para casa, mas não surte não, por favor, porque o dinheiro economizado nesses 10 dias vai ser usado para investimento. Não. Para fazer a desospitalização psiquiátrica é preciso aporte



adicional. É preciso continuar internando as pessoas, mas ter aporte adicional. A mesma coisa aqui. No caso das doenças evitáveis, é preciso trabalhar para impedir a cronificação.

Vou dar só mais um exemplo, para termos a chance de conversar mais. Doenças renais, terapias renais substitutivas, custam 2 milhões de dólares por ano, montante. Crescimento vegetativo: 7% a 12% ao ano. Desse negócio que eu andei estudando, são esses os custos.

Bem, se não fizermos nada, vamos continuar tendo paciente renal crônico, com grande sofrimento para ele e para o seu entorno. Isso justificou a decisão do Ministério de investir 50 milhões de reais ou de dólares no HIPERDIA, para prevenção da hipertensão e do diabetes, que são dois fatores que, junto com o uso não racional de medicamento, acabam precipitando o agravamento dos renais. Está certo? Aceleram a condição do renal, cronificam.

É essa a reflexão que precisa ser feita. Se eu hoje consigo identificar o diabetes e a hipertensão e intervir, a probabilidade que eu tenho de a carga da doença em cima da... Eu adio a cronificação, ou impeço que ela aconteça. Está claro?

Então, a minha proposta, muito sinteticamente, é a seguinte: para a solução conjuntural, contribuição federativa sobre movimentação financeira. O que nós vamos fazer? Induzir Estados e Municípios a aplicar em saúde e educação. Segundo, sanear os Tesouros de Estados e Municípios, porque às vezes o cara está lá absolutamente, o Deputado, o Senador, o Prefeito, constrangido, sem nenhuma margem para poder operar, e aportando dinheiro para permitir que a exponencial vire logaritmo, pelo menos isso.

Eu sou daqueles que defendem que é preciso no SUS mais dinheiro, mais gestão e mais controle — controle social, controle interno e controle externo. A mãe superiora do controle externo está aqui. Agora o TCU criou uma Secretaria só para a saúde, e botou essa figura para tomar conta, e do ponto de vista do TCU. Tem hora em que o TCU é muito rigoroso, mas faz parte da preocupação que a gente tem de ter essas coisas concatenadas.

Então, minha proposta é essa. Quando vocês quiserem discutir essa proposta, para está bem. Eu tenho um estudo feito mostrando quanto cada partido



político receberá, no caso de aprovação dessa proposta, na sua gestão municipal; que partidos serão mais beneficiados, e mais beneficiados em Municípios, não em Estados. Então, PT, PSDB, PSB, por exemplo, tanto pelos seis Governadores que tem quanto pelos 400 e tantos prefeitos; também o PSD, que é um partido recém-criado. Eu fiz esse negócio só para a gente poder ver que não há nenhuma dificuldade do ponto de vista técnico, não há nenhuma dificuldade do ponto de vista da referência, porque a sociedade já conhece. A questão é meramente política, é de articulação, beneficia todos os prefeitos, beneficia a população como um todo, beneficia todos os Governadores. Então, está aí. Quer uma solução conjuntural? É conjuntural. Vai resolver o problema estrutural? Não. Estrutural, você vai mexer com grandes fortunas, coisa que faz mal para a saúde, tipo moto, automóvel. Em vez de tirar dinheiro da moto, eu colocaria na moto e no automóvel. Comida gorda, refrigerante, bebida alcoólica, cigarro, tudo que faz mal para a saúde deveria ser taxado, ou então proibido, aí teremos fontes importantes, aí entram *royalties* e uma série de outras coisas.

Estou falando de uma alternativa eminentemente conjuntural que tem essa configuração. Ou seja, não basta eu ter mais dinheiro para continuar fazendo o mesmo. Eu preciso ter mais dinheiro para fazer diferente. Eu preciso ter mais dinheiro para tirar o gestor da condição de refém da doença e torná-lo, de fato, um gestor de saúde da população.

Obrigado. Desculpem-me eu ter me estendido e me entusiasmado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Agora ouviremos essa extraordinária mulher, a Dra. Ana Maria Alves Ferreira, Diretora da Secretaria de Controle Externo da Área de Saúde do Tribunal de Contas da União.

(Não identificado) - Para alguns, ela não é a Madre Superiora. É o satanás. (*Risos.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu a considero um anjo presente já há uns 20 anos para nos ajudar. Que continue conosco. Vamos lá, Dra. Ana.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Eu queria agradecer a esta Comissão por oportunizar ao TCU participar desta discussão tão honrosa. Vou sentir



muito orgulho de, depois, poder dizer que participei e pude contribuir para melhorar uma situação tão importante quanto é o financiamento da saúde.

Sabemos que os problemas da saúde são multicausais. A gestão é um, o financiamento é outro, os determinantes de saúde são outros. Então, são muitos problemas aqui e vamos focar só no financiamento, de maneira alguma minimizando os outros problemas. Mas a questão do financiamento, embora eu seja de órgão de controle, eu trabalho no controle há 17 anos, na minha apresentação, não irei falar em nenhum momento de fraude nem de irregularidade nem de erros; vou falar de possibilidade a partir dos trabalhos que a gente vem desenvolvendo sobre o financiamento da área de saúde e outros que têm pontos reflexos.

Eu vou precisar ver aqui os tópicos para poder desenvolver a apresentação.

(Segue-se exibição de imagens.)

A primeira perspectiva que eu queria destacar é que, diferente do Dr. Elias Jorge, eu não vou focar nos pontos estruturais para o futuro, mas, a partir do aparato constitucional e do aparato legal que temos, analisar quais as possibilidades que temos para tentar expandir o financiamento da saúde.

Então, essas perspectivas são várias. Primeiro, eu tenho uma perspectiva geral de como acontece a saúde, como ela é financiada e o que passa pelo conceito de Estado e de Nação. No Brasil — depois vou até responder a pergunta do Deputado Tourinho — realmente há pouco aporte de recursos. No Brasil, como Estado, não União somente, mas como Estado, realmente há poucos recursos. Também há a perspectiva federal, que vou destacar do ponto de vista de Estados e Municípios e do privado, que é uma questão muito importante. A qualificação do investimento privado também é um ponto muito importante e é um diferencial na saúde. A saúde prestada pelo Estado é tipicamente... Tem ações que são típicas do Estado. Vigilância epidemiológica sanitária e imunização são ações que têm proveito coletivo. O Estado presta tudo sem proveito. Vacinação, por exemplo, vigilância sanitária e epidemiológica não são individualizáveis. O Estado faz a ação e aquilo tem um benefício. E quanto melhor faz, menos problemas de saúde.

O setor privado, basicamente, concentra-se nesses serviços individualizáveis, seja por plano de saúde, seja por pagamento privado, seja pela prestação dos estabelecimentos; volta-se para consultas, exames e cirurgias. Isso não quer dizer



que o Estado não deva atuar. Não estou falando isso. Estou falando que o nicho da atuação privada é nesse tipo de serviço.

A Constituição Federal de 1988 deu um salto imenso nos direitos sociais, atendendo a essas demandas de saúde e a outras. O passo para os direitos é muito maior do que o passo para o financiamento. A gente vem sofrendo isso desde de muito. Foi reconhecido o direito, mas criou-se a obrigação. Como se vai prover isso? Até então a gente vem sofrendo, com tantos anos de SUS aí, sem ainda ter condições de colocar tudo em prática.

Foi logo depois da Constituição que se caiu na real em relação aos fatores que têm impactos fortíssimos no financiamento: a questão da inflação, que foi um problema sério por muito tempo; o orçamento da Seguridade; a Previdência, que foi abocanhando cada vez mais do Orçamento; a população que vem envelhecendo. Boa parte da assistência, na verdade, está disfarçada dentro da Previdência, e também abocanha uma boa fatia; e o baixo crescimento da economia em muitos desses 25 anos, desses anos depois da Constituição de 1988.

Este gráfico aqui mostra a contribuição do País em termos percentuais em relação a gasto privado. No Brasil, 41,6% dos seus gastos são públicos; o restante é privado. É um Sistema Único de Saúde, mas ele paga menos da metade das despesas com saúde dos cidadãos. Seria único, mas ele não é. O que se depreende imediatamente? Que, na verdade, o privado paga muito mais do que o público, o que é um contrassenso.

Essa comparação é só com países que pretendem prover uma atenção universal à saúde: Canadá, Austrália, Cuba, Reino Unido e Suécia. Não estou falando nem dos Estados Unidos, porque nos Estados Unidos é, prioritariamente, privada a prestação à saúde.

Esses são dados de 5 anos atrás. Mas a realidade não mudou tanto. Eu trouxe esses resultados porque, consolidados em âmbito mundial, não é tão fácil assim. Foi consolidado, em 2010, um relatório mundial.

Para que não seja interpretado de forma errônea, esse financiamento privado não é o financiamento dos hospitais ou dos planos de saúde; é tudo o que envolve as pessoas realizando um pagamento, inclusive compra de medicamentos. A compra de medicamentos é um fator de altíssimo custo para as famílias.



Eu vou explorar mais essa parte dos gastos das famílias mais à frente. Coloquei aí só para conceituar melhor como o financiamento privado é hoje, para as famílias e as empresas. Há também no financiamento privado uma certa inserção do Estado, mas indiretamente, através das renúncias e subsidiando planos de saúde para seus servidores.

Do ponto de vista da saúde pública, também não é puramente público. Por quê? Embora o SUS preste um serviço público puro, mais da metade da rede é de hospitais privados, filantrópicos ou não filantrópicos. Em termos de quantidade de estabelecimento, o público puro até tem mais, porque tem as unidades básicas de saúde, que são bastante numerosas, mas em termos de oferta de serviços, os estabelecimentos privados ofertam mais serviços ao SUS do que as unidades públicas puras.

Agora eu vou explorar a perspectiva federal do gasto.

Este gráfico aqui demonstra os gastos nominais, em 2000, 2005 e 2010, da União. A gente observa o seguinte: em termos nominais, todos têm aumentado sua participação no orçamento da saúde. Já quando eu avalio relativamente, eu vejo que a União tem diminuído cada vez mais a fatia em comparação com Estados e Municípios. Pelo gráfico, vemos, em termos de participação, que os Municípios são os que mais têm crescido.

Isso aqui são os valores nominais aplicados, ou seja, os valores absolutos aplicados. Quando tenho a perspectiva dos valores relativos, considerando o percentual que cada um aplica no total das despesas de saúde, eu vejo que os Municípios são os que mais cresceram e a União foi a que mais decresceu.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Eu tenho um dado importante, desculpem mostrá-lo aqui, que está na mão do Elias. Ele fez um trabalho importante. Vejam bem, ele deu uma declaração um pouco infeliz — entretanto, ele é muito competente, muito inteligente — quando ele falou da questão do 0.30%. Esse é o maior pecado nesse negócio aí da CPMF. Em 2007 houve a CPMF. O povo pagou 15 bilhões de CPMF, e o Governo Federal, que tinha pago 40 e poucos milhões, investiu só 29, e as Prefeituras colocaram (*ininteligível*) Então, quando o povo se sacrificou, o Governo Federal, com sua boca tão grande, retirou o dinheiro da saúde



— são dados contundentes, verdadeiros. O pecado do Governo Federal foi em relação à vida das pessoas.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Há outros pontos que a gente precisa analisar em conjunto com essa informação. A alocação dos recursos federais é um ponto chave para essa discussão.

Nesta análise, entre 2000 e 2010, vê-se que a saúde, dentre os que estão apresentados, foi a segunda que menos cresceu. Perdeu em aumento de alocação para a Previdência, para a educação, para a assistência social, para a defesa nacional e para o trabalho. É difícil você dizer: “*Saúde é mais importante do que trabalho. Saúde é mais importante do que infraestrutura*”. Não dá para dizer isso. Então, é aquela coisa: eu tiro de um lugar, coloco em outro lugar. Não é o TCU que vai dizer onde deve ser aplicado.

No total, existem quatro áreas que cresceram menos do que a saúde, mas a saúde foi a quinta que menos cresceu de todos os dois *slides*. Então, o que se depreende disso? Que a saúde foi despriorizada em relação a outras atuações. Não que as outras não sejam importantes, são também. Quem vai dizer que a educação não é importante? Claro que é.

Este é um dado de execução do Ministério da Saúde. Existe uma informação, no mínimo curiosa, em relação ao Orçamento de 2012, que eu acho que vale a pena ser explorada não mais para o exercício que já passou, mas para os seguintes.

Houve uma dotação, em 2010, de 69 bilhões de reais e um crédito não utilizado de 2,45 bilhões. Ocorre aí uma questão de contingenciamento, despesa que não foi possível realizar até o final do exercício, só que, em 2012, esse percentual subiu muito, subiu para 9%.

(Não identificado) - Isso é por cento?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Não, são bilhões. Em baixo, é percentual. Nove bilhões em reais deixaram de ser executados.

Esta última linha aqui são créditos não utilizados. São bilhões: 9 bilhões.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Afora restos a pagar. Foram incluídos 8,3 bilhões em restos a pagar.



O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Isso é por causa de má gestão, não é?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Nesse caso, é um ponto de conexão com outra coisa que vou destacar, que é a questão da Lei Complementar nº 141.

Com esse valor de despesa empenhado, como diz a Lei 141, o Ministério da Saúde empenhou 84 bilhões. Ele poderia ter empenhado até 93,45 bilhões, que era o crédito disponível, mas empenhou 84,4 bilhões, atendendo à Lei 141.

O que fala a Lei 141? Que foi empenhado no exercício anterior mais a variação nominal do PIB. Atendeu. Só que o Ministério ainda tinha dinheiro, poderia ter aplicado mais. Pode ter uma implicação negativa — não sei se é isso; é apenas uma inferência — que é a seguinte: se ele aplicasse mais, isso vincularia para que no ano seguinte ele aplicasse mais ainda. Então, se ele pode ser conservador, vai ser conservador. Eu vou aplicar menos para não me obrigar a, no ano seguinte, aplicar mais ainda.

Então, não foi uma regra muito inteligente a da Lei 141, que já foi muito criticada. Portanto, eu diria que esse é o primeiro ponto para um possível financiamento, seria uma busca do mínimo da União.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Sr. Presidente, eu só queria que ficasse muito realçada na explanação essa observação dela sob essa ótica: se aplicar mais, no ano seguinte vai ter que partir daquele patamar.

Então, a Fazenda, mesmo que tivesse para 1995, ela contingenciou os 10% para que não passasse de 84,4%, que era o mínimo que ele cumpria no ano anterior.

Portanto, nós vamos ter que rever, nessa situação de financiamento, os critérios orçamentários do ano subsequente que estão na...

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Lei 141.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Sr. Presidente, esses são dados graves importantíssimos que devem ser divulgados para a opinião pública. A obrigação é divulgar isso aí.



(Não identificado) - Essa é a camisa de força da Emenda 29. Por isso é que os 10% da receita corrente tiram você do engessamento. Aí o cara não tem como não aplicar o recurso, porque não cria patamar.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - A Lei 141 criou, com isso, o seguinte. Porque é um tipo de controle. É um controle, a princípio, bem-vindo porque garante. Por outro lado, é um controle que induz a um comportamento que, no caso da União, pode ser ruim.

Para a análise das contas do Governo Federal, que o TCU vem desenvolvendo para o parecer prévio, já fizemos alguns estudos e vimos que, além do cumprimento que poderia ter sido superior, houve a inclusão de 8,3 bilhões em restos a pagar não processados. Tem sido uma cultura de todos os órgãos, não só do Ministério da Saúde, ter um percentual considerável de cancelamento de restos a pagar. Então, existe mais essa perda. Esses restos a pagar não são integralmente realizados.

Além disso, existe um outro ponto que também tem impacto nos recursos. O Ministério da Saúde incluiu 1,45 bilhão relativos a saneamento básico urbano como despesa de saúde. Existe uma consulta que foi formulada pela Comissão.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Este ano a gente virou isso aí. Este ano a Comissão de Seguridade Social peitou e tirou isso do Orçamento de 2013. Mas, no ano de 2012, ele existiu porque a Presidenta sancionou a 141 em janeiro. Então, a argumentação do Jurídico era de que ela só teria aplicabilidade para o Orçamento do ano seguinte. Então, eles “tungaram” isso para o ano de 2012.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - No parecer prévio...

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Ela é de 2012.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Ana Maria, só para não perder o raciocínio, se foi anulado o restos a pagar e se ele não executou aquilo que estava orçado, ele teria ficado ainda dentro da legislação? Quando ele anula, no outro ano, o resto a pagar, ele não saiu do percentual?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Ele tem que preencher com outras despesas até alcançar. A lei prevê que, na mesma proporção, tem que haver uma execução, não pode descumprir o mínimo. Digamos que o mínimo do ano anterior é referência para o ano seguinte. Já foi, pronto!



O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Sim, mas, quando eram nos empenhos, isso não contou como despesa da saúde?

(Não identificado) - Pois é, mas ele tem que aplicar.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Ele tem que aplicar até completar o valor.

(Não identificado) - Isso é o pendura. Fica no pendura.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Desculpe a ignorância, porque eu sou médico e não sei bem. Ele tinha 94, empenhou menos do que poderia empenhar e ficaram 9 bilhões não utilizados para empenho. Não empenhou. Foi incinerado, como falou o nosso digníssimo professor. Aí ele deixou, dentro daquilo que ele empenhou, restos a pagar. Foi lá e anulou. Ele não fugiu da lei?

(Intervenções fora do microfone. Inaudíveis.)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Todos estão interrompendo a palestrante, mas todos estão gostando, e ela também. A contribuição está sendo boa e eu estou permitindo. Mas peço que seja um de cada vez, e o mínimo, não é, doutora? A senhora permite que eles intervenham, isso é até antirregimental, mas todo mundo está gostando. Só peço que seja um de cada vez. Um de cada vez, para não dar entrecorte. Se der para V.Exas. se conterem, anotem e depois peçam explicação. É até mais pedagógico.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Agora, vou explorar a questão dos Estados e Municípios e a implicação da Lei 141 para os Estados e Municípios.

Com a lei há uma expectativa de que haja um aumento do aporte de recursos aos Estados e Municípios, por várias questões que foram disciplinadas em lei. Primeiro, pela uniformização de conceitos, porque antes alguns Estados, com a concordância de alguns Tribunais de Contas, incluíam saneamento como despesa de saúde. Outros descontavam o FUNDEB para efeito de cálculo do mínimo. Então, com a uniformização dos conceitos, possivelmente vai ter uma expansão no valor.

Segundo, foram as deduções vinculadas aos fundos, como o FUNDEB. Como falei, alguns Tribunais concordavam com a dedução.

Terceiro, é a possibilidade de intervenção para garantir o mínimo. Essa intervenção é um ponto de debate para outra audiência. Caso não seja cumprido



nas transferências constitucionais legais de FPM, FPE, aquele valor pode ser automaticamente transferido para o Fundo de Saúde até completar o mínimo.

Em 2011 três Estados informaram não ter cumprido o mínimo: Rio Grande do Sul, Paraná e Piauí. Caso eles tivessem cumprido, haveria um incremento de 1, 2 bilhões na saúde e, no Rio Grande do Sul, 741 milhões. Então, isso não é nada desprezível. Seiscentos e quarenta e um milhões e 1,2 bilhão são valores que necessariamente deverão ser aplicados agora em 2012. É claro que a base é outra, possivelmente vai ser mais do que foi em 2011, mas é um valor considerável.

A outra perspectiva agora é a perspectiva na relação entre os Estados, os Municípios e as empresas, a tão falada defasagem dos valores na Tabela SUS. Já conversei sobre isso com o Deputado Darcísio Perondi na reunião. Não nos alinhamos muito bem com o conceito, mas a questão é que a Tabela SUS não é teto, não é um valor imutável; a Tabela SUS é uma referência mínima. Os Estados e os Municípios que assim entenderem, podem e devem acrescentar. Isso deve passar por um Conselho e ser aprovado. Não pode haver casuísmos: *“Aquele hospital vai receber mais do que os outros”*. Não, é uma tabela aprovada que reconheça uma necessidade maior de financiamento, e o Estado ou o Município vão colocar um valor maior. O Distrito Federal faz isso. Existem alguns procedimentos que são remunerados acima do que é apregoado pela Tabela SUS.

Aqui também temos um caso em que o Distrito Federal remunerava um único hospital naquele valor a mais. Isso não pode. Por isso tem que ser reconhecido pelo Conselho. É uma tabela institucionalizada, passada e aprovada, que deve valer para todos os estabelecimentos daquele local.

Não estou afirmando também que a tabela é ótima, que a tabela é boa, que atende todas as necessidades. Não é isso, não existe um estudo sobre isso. Todas as vezes em que vi referências a estudos que falam sobre isso nunca vi bases de dados concretos que diziam em que ponto exatamente a tabela estava defasada. Por quê? Porque há procedimentos que são muito mal remunerados; há outros que são medianamente; há outros que dão para suportar. Então, não dá para dizer que a tabela é imprestável. Deve ser, mas eu nunca vi um estudo concreto que mostre esse percentual. E por que não existe esse estudo?



O SR. DEPUTADO MANDETTA - Dra. Ana Maria, é só uma pergunta bem singela: nós estamos com contratualização dos hospitais. Então, a média complexidade está contratualizada num valor fixo.

Eu que era gestor, quando surgiu a portaria da contratualização — vocês devem ter acompanhado isso —, ela surgiu com o argumento do quê? *“Esqueçam a tabela. Agora é um contrato com valor de média, que inclusive anualmente será reajustado, e a tabela é um mero instrumento de orientação”*. Então, essa colocação volta. O TCU continua utilizando-a para fins de análise da conta dos...

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - A questão é que coexistem vários modelos. Nem todos os hospitais fazem contratualização.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Mas aqueles que estão contratualizados não dá para explicar sob a ótica da tabela, senão a gente vai ficar...

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - A tabela ainda é usada para estimar o valor da contratualização, o valor a ser contratualizado. Se fizerem 100 cirurgias, quanto está na tabela aquela cirurgia?

O SR. DEPUTADO MANDETTA - O gestor pode ser, então, apenado porque ele contratualizou e o hospital resolveu pagar apêndice a 100 reais, mas na tabela SUS seria 20?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Não. Na verdade, o valor que ele informa na tabela é um informativo para a quantidade de procedimentos.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Na alta tudo bem, está bem claro. É que você está batendo em tabela, e na contratualização a tabela acabou.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - A tabela é referência para cálculo dos valores a serem contratualizados. Então, ela não perde a importância. E ainda existem muitos estabelecimentos remunerados pela tabela. Então, não dá, a partir daqui, para criar uma regra nova porque há a contratualização.

E por que eu não posso dizer que a tabela é ruim ou a tabela é boa? Porque em alguns lugares a tabela tem um impacto menor ou maior, dependendo de onde ela está, do mercado onde ela está inserida. Em uma grande capital os custos são muito maiores: custo de aluguel, custo de serviços, custo de insumos. Isso tem um impacto maior e afeta mais os custos dos estabelecimentos.



É claro que algumas despesas são praticamente fixas. Equipamentos têm uma variação tão grande. Se eu comprar um equipamento de ressonância em um lugar ou em outro não vai ser assim tão grande a diferença. E para medicamentos também não é tão grande a diferença, mas eu tenho todos esses outros custos associados que têm variação.

Nós fizemos um trabalho em Juiz de Fora, e a gestora que conversou conosco falou que os recursos seriam suficientes. Aquela tabela, na ocasião, tinha sofrido um aumento recente, que seria suficiente. Já em outros lugares é impossível conviver com aquela tabela.

Não posso dizer também que seja necessário criar uma tabela ideal. A tabela ideal, se ela for ideal, isso vai sobrar para alguém. Então, não tem como ser mágico. Eu vou simplesmente aumentar a tabela, mas os recursos têm que sair de algum lugar.

Voltando para aquela questão do gasto privado das pessoas. Como eu mostrei, o gasto privado é maior, e daquilo que as famílias gastam com saúde, quase metade é para a compra de medicamentos. Depois vem pagamento de plano de saúde.

A saúde teve um incremento nas políticas de assistência farmacêutica e tudo, mas mesmo assim o gasto com medicamentos ainda é muito alto para as famílias. E quanto menor a renda, maior impacto tem esse gasto. Então, nas famílias de maior renda, o gasto com remédio ocupa 3%, 4% da renda da família, enquanto nas menores faixas dos mais pobres aquilo ocupa 30% da sua renda. Então, é uma equação muito injusta.

No ano passado houve um acórdão do TCU, muito interessante, quanto a essa questão dos gastos com os medicamentos. Esse é o ponto também que eu acho que deve ser explorado, por abrir a possibilidade de um maior aproveitamento dos recursos gastos com medicamentos.

Essa vistoria teve o objetivo de avaliar a atuação da CMED, que é a Câmara que regula preços de medicamentos no Brasil. O objetivo era avaliar se ela realmente minimizava os efeitos do mercado.



Nós vimos que a CMED representou um avanço, comparado ao que existia antes. Muito mais pessoas conseguiram ter acesso aos medicamentos, mas a situação tem que continuar melhorando.

Fizemos uma análise dos 50 princípios ativos mais comercializados no Brasil. De um total de 32 bilhões comercializados no Brasil na compra de medicamentos, tanto pelo Governo quanto por pessoas, a nossa base foi em cima de 9,2 bilhões. Em 23 desses medicamentos o Brasil possui o maior preço. Realizamos a pesquisa em oito países diferentes. E 43 medicamentos apresentaram preço acima da média. Somente três medicamentos apresentaram o menor preço.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Doutora, qual a referência do preço? Preço de fabricação?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - É. O preço/fábrica. Isso! Porque há o preço ao consumidor e o preço/fábrica.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Há uma diferença bem grande em relação a isso, até porque o preço de fábrica é o que o poder público compra. O Município faz a licitação em cima dessa referência. Aquilo que compramos na farmácia todos nós sabemos que é abaixo desse preço.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Não. Na verdade, é acima. O preço/fábrica, pela tabela da CMED, está aproximadamente 25% abaixo do preço ao consumidor. Eu estou chutando, não sei exatamente qual é o percentual, mas o preço ao consumidor, claro, é muito mais alto.

(Não identificado) - De 50 medicamentos, 43 nós pagamos mais caro?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Acima da média, acima da média. E 23 são os mais caros do mundo.

(Não identificado) - Esse povo financia campanha.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - E é o seguinte: nós estamos atrás das causas. Por que o Brasil tem um preço tão caro? A questão é que, primeiro, herdou o preço dos medicamentos da época inflacionária. O Brasil vem mantendo a base daquela época, e não mudou.

Segundo, a lei que regula os preços não permite que o preço diminua. Então, há uma pequena margem, muito pouco, quase nada. Só uma vez a CMED abaixou, muito pouco, o preço de uma classe terapêutica de medicamento.



O SR. DEPUTADO MANDETTA - Qual é essa lei, Ana? Sabe?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Eu tenho... Nesse caso nós até desconsideramos os impostos. Nós desconsideramos e fizemos a análise. Nós tentamos isolar todas as variáveis para fazer essa análise. Mas o fato é o seguinte: há a possibilidade de que o Brasil melhore o preço, desde que mude a lei. E nós recomendamos que o Ministério da Saúde faça um projeto de lei.

Nós já fizemos uma apresentação aqui, no final do ano passado, destacando a importância de se alterar a lei, porque o medicamento vai ficando mais caro, mais caro e mais caro, sempre mais caro. O preço não cai. E medicamento é um bem semelhante à tecnologia. Hoje ele é bom, é o bambambã, e, então, vale muito. Mas amanhã inventam um novo, e, aí, cai o preço do outro. E aqui não cai.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Dra. Ana Maria, sobre essa questão das licitações, nós estamos passando essa dificuldade na pele. Em minha cidade, por exemplo, é feita uma licitação grande, e, para alguns itens, o Ministério colocou uma legislação agora determinando um teto para o valor. E, em muitas das vezes, alguns medicamentos...

Para esse pessoal todo que participa das licitações, dos pregões, existe um valor maior, e, então, eles não podem comprar mais. Nós cancelamos a licitação, e demora mais um mês para fazermos outra. Fazemos outra.

A minha cidade, por exemplo, pode ter o dinheiro para comprar, mas só para dificultar, está faltando médico, está faltando remédio nos postos de saúde. Olha, é uma situação complicada.

A ganância dos caras para vender é grande. Nós tentamos comprar dentro da legalidade, da honestidade, fazemos a licitação. Há esse acórdão aí, um teto, mas muitas empresas não querem vender abaixo disso. Então, nós estamos passando dificuldades.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Mas inclusive a lei que criou a CMED tem um artigo que prevê que a CMED pode aplicar multa aos distribuidores, às empresas e aos fabricantes que venderam acima daquele valor máximo. Porque esse valor não é baixo. Ele é um valor praticado...



O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Eu gostaria de ver qual mecanismo poderíamos conseguir aqui na Comissão para agilizar. Sabe por quê? Em vários lugares... É necessário punir esse pessoal.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Toninho, a proposta de V.Exa. fica para a próxima reunião.

Continue, Dra. Ana.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Para finalizar, esse último *slide* apresenta, dentro do que eu tentei destacar, as possibilidades de melhorar as fontes de financiamento.

Primeiro, com a mudança do critério mínimo da União, que o Dr. Elias Jorge já explorou muito bem; o aumento do aporte para os demais entes, que talvez não seja tanto, mas vai haver um aporte maior; a realocação das prioridades, e isso é muito difícil, e aqui os Deputados têm que brigar muito com o Executivo porque ninguém vai dizer que uma política é menos ou mais importante que a outra; a redução dos preços dos medicamentos, que tem um impacto para as compras governamentais e para as pessoas; a execução orçamentária integral, que neste ano chamou muita atenção, porque quase 10% do Ministério da Saúde ficou sem execução.

Então, é isso. Obrigada. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Parabéns, Dra. Ana.

Estão inscritos os Deputados Paulo Rubem, Cesar Colnago, Carmen Zanotto. Deputado Roso, Deputado Toninho.

Com a palavra o Deputado Colnago, grande lutador contra a política do tabaco no País.

O SR. DEPUTADO CESAR COLNAGO - Esse é um dos problemas que nós temos.

Sr. Presidente, estou na Comissão que avaliou o projeto antidrogas, que possivelmente vai para a pauta, e está havendo uma pequena reunião com aqueles que participaram da Comissão mais diretamente. Eles já me ligaram solicitando a minha presença.

Dr. Francisco, aqui nós fazemos mais de uma Comissão ao mesmo tempo. Eu estava na CCJ e infelizmente não peguei a sua fala, mas eu quero parabenizar a



Comissão, primeiro pelas excelentes palestras apresentadas pelo Dr. Elias e pela Dra. Ana. Foi magnífico. Isso nos ajuda a fazer uma reflexão um pouco mais profunda e menos rasa do que o que está acontecendo, porque todo mundo só vive para apagar fogo neste País e não pensa nas questões estruturantes, fundamentais.

Você deu o exemplo pequeno, mas importantíssimo e que são milhões, do hipertenso e do diabético. Eu sou hipertenso desde os 25 anos. Como me tratei? Perdi peso, faço atividade física. Sou médico. Estou medicado corretamente.

Há 30 anos uso medicamento e nunca tive qualquer tipo de complicação, nenhuma sequer. Já peguei muitos pacientes com 35, 40 anos já indo para a fase do tratamento renal, já complicado, com hipertensão alta, de difícil controle, e, muitas vezes, com dificuldade de chegar ao serviço ou que chegaram com a doença já muito avançada. Parabéns. Acho que a sua visão foi até muito mais ampla. É a nossa luta. Eu me lembro da reunião da Comissão Especial da DRU em que eu e o Deputado Paulo estávamos e nos posicionamos contrariamente. Saímos de lá às 5 horas da manhã. A reunião foi das 19 horas até as 5 horas da manhã. Fomos derrotados, porque não existia sentido algum fazer essa captura desses recursos da Seguridade — e aí dentro está, evidentemente, a questão da saúde. Não é muito fácil mudar isso, porque, além de ter que construir maiorias, tem relação com o Poder Executivo, independentemente de Governo. Eu sou da Oposição, mas independente de Governo.

Acho que V.Sa. trouxe uma excelente demonstração. Eu pediria até à Dra. Ana que rapidamente nos pudesse dar acesso a essa material.

Mas tenho duas observações talvez mais dentro do que foi dito. Primeiro, o que o 0,3 hoje significaria, Dr. Elias, em termos nominais? Se há esse cálculo, o que esse 0,3 significaria desse imposto que talvez seja dos mais justos? E, segundo, quando eu coloquei aquela questão, foi porque, pegando exemplo de 2012 muito rapidamente: havia crédito disponível de 93 bilhões; diminuiu 9 bilhões, Deputado Paulo; foi para 84 bilhões empenhado; depois, diminuiu 25 bilhões entre o crédito disponível efetivamente liquidado. Quer dizer, isso demonstra que nem aquilo que está orçado, que já não é suficiente... Repito: não tive tempo de chegar no momento da fala do Dr. Francisco. O que quero dizer é o seguinte: não tenhamos ilusão de achar que os 10% vão resolver os problemas. Não irão! Avança, mas não irão



resolver. Talvez, já que a Comissão foi constituída — e aí eu parablenizo o Presidente Perondi, porque houve muito a sua mobilização —, vamos tentar apontar um caminho. Os 10% são importantes, mas vamos avançar! Do que este País precisa? É uma vergonha! Nós termos uma relação de investimentos na saúde, de modo geral, somando público e privado, o que se gasta com saúde, de certa forma é menor do que os países vizinhos nossos, principalmente do setor público. O financiamento público é menor do que efetivamente o gasto que o brasileiro tem no seu dia a dia no pagamento das despesas com saúde.

Então, parabéns. Fico muito feliz. Vou ter que sair. Se puderem responder, rapidamente, o que significa 0,30. Essa conta, quando de repente se vai lá no restos a pagar e anula aquilo que já foi contabilizado e empenhado, se isso aí não reduz mais ainda o recurso, talvez até não atendendo a legislação no que diz respeito ao mínimo aplicável.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu quero registrar que está presente conosco o Sr. Lúcio Costa, que é Presidente da Associação Nacional de Fundações Estatais de Saúde. Seja bem-vindo.

Vou fazer uma propaganda. Na quarta-feira que vem — não será na terça — haverá sessão em que estarão presentes três palestrantes que não sei se são melhores do que esses, mas são bons. É o Gílson Carvalho, que “não é polêmico e não é estudioso”. Pelo contrário, é extraordinário. A Lúgia Bahia, que é extraordinária; e um economista em saúde — aqui havia um matemático em saúde, que é o Elias —, o Áquila Mendes, para quarta-feira.

A Dra. Ana tem um compromisso às 17h30min, que é superior a todos, com as suas crianças. Podemos mexer um pouquinho. Peço para fazerem perguntas bem objetivas. Nós estamos invertendo a ordem, Deputados.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Vou ser bem objetivo, Sr. Presidente. Nós estamos no terceiro ano do Governo Dilma. Nos dois primeiros anos, o TCU fez observações sobre as contas do Governo, apontando o quanto que o Governo está abrindo mão de recursos da Seguridade Social. Foi feito esse apontamento no ano de 2011 e foi feito em 2012. Às vezes, estamos falando aqui de determinados



números, mas pergunto: quanto o Governo está abrindo mão de tributo que é da Seguridade Social?

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Há mais alguma pergunta objetiva para a Dra. Ana.

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Primeiro, quero parabeniza-la, Dra. Ana, e dizer que a sua exposição foi extremamente clara. Eu fiquei com uma dúvida. Na hora de fazer base de cálculo do que foi gasto em saúde no exercício anterior, queria saber se o Tribunal de Contas conta o empenhado ou o liquidado. Há diferença entre empenhado e liquidado.

A outra questão é com relação à Lei nº 10.742, Deputado Perondi, que eu acho que é a lei da qual a doutora estava falando, que trata da CMED e das compras.

Nós vamos precisar pautar esse assunto como muito importante mesmo, porque o Brasil — e aí o Dr. Elias pode me confirmar ou não — é um dos países que mais compra medicamentos no coletivo. Então, esses medicamentos, esse conjunto de 50 medicamentos, nós compramos em grande quantidade, porque uma parte deles a União compra e a outra parte são os Estados que compram, dentro da corresponsabilidade em termos de medicamentos.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

A SRA. DEPUTADA CARMEN ZANOTTO - Não, não, além das pessoas. Mas, quando eu falo do poder público, estou falando de compras gigantescas. Então, se estão dentro dos mais caros... Não é aquela compra de cada um ir à farmácia, não. São compras feitas pelos Governos Federal, Estadual e Municipal. Então, nós precisamos ter um aporte de recursos ou um olhar diferente para esses dados que eu não conhecia e conheci a partir de hoje.

A outra pergunta é para o Dr. Elias, mas depois ele responde. É com relação a dividirmos a expectativa de receita dos *royalties* do petróleo. Eu faço essa pergunta porque apresentei um projeto de lei. Estamos entrando agora com emendas ao projeto que a Presidenta está enviando. E há alguns estudos que mostram para nós em torno da nossa cota-parte. Um estudo mais otimista, 18 bilhões de reais; os menos otimistas, 8 bilhões de reais, os 50% que seriam para saúde.



Eu tenho uma grande dúvida com relação à tabela também, Dra. Ana. A tabela é, sim, um indicador, a tabela é, sim, o que faz parte da base de cálculo na contratualização. E gostaria de ser “discordada” do que eu vou dizer com relação à minha preocupação com a tabela. Quando ela deixa de ser parâmetro, o que está acontecendo? Quanto menor a cidade, quanto mais distante, mais sofrimento para acesso à população. Por quê? Porque vão dizer: “*Por esse valor eu não faço*”. Então, um faz pelo valor da tabela e o outro é cinco vezes o valor da tabela. E aquele Município ou aquele Estado que não tem renda? Vou pegar o exemplo da Deputada Rosane, porque eu estive lá. Se nós pegarmos os Estados do Norte e Nordeste — e olha que eu sou do Sul, e a gente já briga com Paraná e Rio Grande do Sul, porque o nosso *per capita* é menor —, se nós pegarmos o *per capita* do Sul, ele é muito maior do que o *per capita* do Norte e Nordeste. Como é que aqueles gestores dão conta de comprar fora da tabela do Sistema Único da Saúde, quatro a cinco vezes? Isso na contratualização.

Então, acredito que, para mim — eu não sei o que pensa o Tribunal de Contas —, a tabela tem que ser ainda, sim, um indicador, que podemos variar conforme a situação. Mas precisamos disso, porque senão não vamos dar conta de remunerar os procedimentos de grande quantidade.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Roso, sua pergunta para a Dra. Ana.

O SR. DEPUTADO ALEXANDRE ROSO - Dra. Ana, eu só queria fazer só duas referências bem rapidamente. A primeira é em relação a esse gasto que a senhora citou aqui em relação a medicamentos. O Dr. Elias disse algo ali muito interessante: “*Quando eu aplico recurso na distribuição de medicamentos, vou gastar menos depois lá naquilo que é mais caro na terapia reconstitutiva*”. Sobre esse cálculo é que eu gostaria que o Tribunal de Contas nos desse alguma orientação, no quanto ele está fazendo essa economia.

A segunda questão: quais são as causas para essa mudança na curva proporcional do investimento da União, dos Estados e dos Municípios? No meu entender, bem rapidamente falando, todos os programas lançados hoje, como um certo cartão de crédito que se oferece para a população, maravilhoso, que nós todos entramos e depois acabamos ficando endividados, são programas que têm que ter



participação no custeio posterior dos Municípios. E é isso que, na minha opinião, está agravando, ou seja, diminuindo essa diferença de investimento do passado e do presente em relação aos Municípios, Estados e à União.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - É para a Dra. Ana, Deputado Toninho? Tem que ser pergunta, por favor.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Claro. É pergunta mesmo. Dra. Ana, parabéns pela sua demonstração, pelos seus dados. É o seguinte: esses 10 bilhões de reais, que ficaram em nove e pouco bilhões, com mais um e pouco que o Governo gastou para saneamento básico, que conta para a saúde, esse é um dinheiro que ficou parado no caixa do Ministério da Saúde? Por exemplo, esses 10 bilhões, hoje... Eu sou Relator das dívidas das Santas Casas do Brasil inteiro. É a dívida de todas as Santas Casas. Quer dizer, se o Governo tem competência para executar o pouco recurso que tem, por que não pega os 10 bilhões e paga a dívida das Santas Casas pelo menos? Agora, o orçamento já é pouco e deixar de gastar 10 bilhões, isso aí, para não ofender ninguém, é um pecado.

E outra questão: qual o caminho que tenho que percorrer? Estou me referindo à questão da licitação. Essas empresas colocam um valor acima do teto do Ministério. No caso, eu quero tentar ajudar nessa questão. Eu tenho que procurar consultoria para elaborar um projeto de lei para que empresa alguma possa participar se tiver intenção de vender remédios às Prefeituras com teto acima do Ministério? Qual o caminho que tenho que seguir?

Ajude-me, por gentileza.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Eu gostaria que a senhora esclarecesse melhor a questão do Restos a Pagar. Primeiro, o Brasil tem Restos a Pagar parece que de 170 bilhões de reais. Não é, Deputado Rubem? É algo impressionante esse mico aí. Mas, em relação aos Restos a Pagar do Ministério da Saúde, como repercute no piso? Esteriliza, limpa, garante ou não? A palavra está com a Dra. Ana. Vamos deixá-la sem interrupção para ela responder as oito perguntas.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Primeiro, sobre a questão do Restos a Pagar. Eu vou responder as duas conjuntamente. Primeiro, a conta em



relação ao cumprimento da Lei nº 141 foi dada por cumprido, mas houve uma margem, que foi, na verdade, inclusa em Restos a Pagar.

Há um acompanhamento específico. A Lei prevê um acompanhamento específico do Restos a Pagar. Então, primeiro, aquele valor que já foi empenhado vai ser a referência. O gasto em saúde vai ser referência para o próximo mínimo do ano seguinte. O que foi incluído em Restos a Pagar, se eventualmente for cancelado, tem que ser aplicado equivalente ao cancelamento, porque senão vai-se estar descumprindo.

Então, são duas coisas: uma é o acompanhamento do mínimo, que é em cima do valor empenhado; e acompanhamento do Restos a Pagar, que vigia se, por acaso, um cancelamento for superior a ponto de prejudicar aquele mínimo. Não pode. O limite é até aquele. Ele pode cancelar, mas não a ponto de entrar e reduzir o valor que foi aplicado. No caso do Ministério da Saúde, por exemplo, se ele aplicou além do mínimo, ou seja, era para aplicar um determinado valor e ele aplicou aquele valor com uma sobra, então, o que houve de cancelamento de Restos a Pagar não foi suficiente para invalidar, para reduzir até o ponto de não atender o mínimo.

Quanto à questão da renúncia fiscal, no parecer prévio, já houve críticas dos anos anteriores. Neste ano, acredito que vai ter de novo. Não é da minha Secretaria, porque a nossa área é da saúde. Quem cuida disso é a Secretaria de Macroavaliação Governamental. Mas eu já vi os dados, já vi que há novamente uma observação sobre a renúncia. Em relação à saúde, parte dessa renúncia, aliás, não parte, é para ser integral... A renúncia é para ter um retorno para a saúde. No caso dos hospitais filantrópicos, esse retorno é nos atendimentos ao SUS. Ele tem que atender pelo menos (*ininteligível*) SUS. Outro ponto: nos hospitais de excelência, são programas em que o Ministério da Saúde calcula o quanto aquilo representa, e aquela renúncia se transforma em ações quantificadas.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Não, não. O que eu estava perguntando é assim: o Governo resolve fazer a redução do PIS/COFINS da linha branca, que são tributos à Seguridade Social...

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - A implicação disso na Seguridade Social.



O SR. DEPUTADO MANDETTA - Isso foi apontado pelo Tribunal de Contas, nos dois primeiros anos, que essa renúncia fiscal está impactando nas contas da Seguridade Social. Eu não sei se estou equivocado, mas parece-me que a renúncia foi maior que o orçamento da saúde no primeiro ano...

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Eu não tenho o dado aqui, mas já está calculado, e eu já posso passar aqui depois.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - ...e que, no segundo ano, nós estaríamos chegando a uma vez e meia. E às vezes estamos aqui discutindo nova fonte de financiamento num momento em que se está fazendo renúncia.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Esse dado nós já temos calculado para as contas. Eu posso encaminhá-lo.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Eu gostaria desse dado para a gente poder amparar a discussão da necessidade de novos impostos.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Está bem.

Em relação à questão dos medicamentos e esse valor da tabela, tenho que esclarecer o seguinte ponto: desses 50 medicamentos que o Brasil, no geral, não tinha um bom preço, há impacto tanto para o privado quanto para o público. Para o público, com certeza, há um impacto muito forte, porque os Governos todos, nas três esferas, compram muito. E há mais um agravante pelo seguinte: a maior parte desses medicamentos de maior faturamento é dos monopólios. E os monopólios operam no limite. Eles vendem no preço máximo que podem vender. No caso do Ministério da Saúde, em algumas aquisições ele consegue baixar o preço, porque faz compras muito grandes. Mas, no caso dos Estados e Municípios, eles compram pelo valor máximo da tabela, porque não há margem de negociação, é monopólio, é único fornecedor. E aí entra aquela questão de “*o que fazer?*”, por se tratar de distribuidores que vendem acima da tabela.

A tabela da CMED é de muita folga, dá para ter lucro trabalhando com ela. Aliás, nos casos de medicamentos que têm muita concorrência, pelo estudo que fizemos no TCU, o que se observa é que a variação do preço é muito grande, o de alguns medicamentos varia 10 mil por cento. Ou seja, há medicamento vendido a menos de 1 centavo o comprimido e medicamento idêntico vendido a 18 centavos. Não se trata de interferir na lucratividade das empresas. Não! Há uma margem. A



tabela da CMED é cara, não é barata, e comprovamos isso comparando com o mercado internacional, quando vimos que esse não é um preço barato.

Mas como impedir que isso aconteça? A lei que criou a CMED prevê que o órgão poderá aplicar multa às empresas — e há muitos processos de aplicação de multa. Ou seja a CMED tem essa prerrogativa legal de aplicação de multas. E o que o gestor tem que fazer? Ele tem que fazer denúncia à CMED, para que seja aplicada a multa.

(Não identificado) - *(Fora do microfone. Inaudível)* ...propor uma emenda para proibir essa empresa *(ininteligível)* de participar dessa licitação da CMED. A *(ininteligível)* não vai mais participar.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Ela mencionou a Lei 2.742.

(Intervenções simultâneas ininteligíveis.)

(Não identificado) - *(Fora do microfone. Inaudível)*...proibidos de participar.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA – É, pode ser uma alternativa.

(Não identificado) - Há emenda na lei, não é isso?

(Não identificado) - *(Fora do microfone. Ininteligível)* ...nós vamos ter que discutir...

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - E há a questão do cálculo do gasto privado em saúde. Nessa conta do gasto privado em saúde... Na minha fonte não houve explicação se, no gasto público da saúde, era acrescido o valor de renúncia, se o que é renunciado é aplicado. Eu acredito que não. No caso das deduções, das despesas de saúde no Imposto de Renda, é uma renúncia fiscal, não está acrescido nos gastos da saúde. Então, o gasto público pode ser um pouco maior do que é informado como gasto efetivo de saúde.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - E os 10 milhões que ficaram sem gastar foram para onde? A senhora se esqueceu deles.

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Ah, os 10 milhões. Eu tenho no orçamento crédito disponível de 93 bilhões e gastei apenas 84 bilhões. Esses 9 bilhões foi orçamento não utilizado. Orçamento que já passou é outra história, mesmo, deveria ter sido usado, mas não foi usado.

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - E para onde ele foi? Foi para o Tesouro este dinheiro?



A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Não foi, morreu! (*Riso.*) Acabou, foi um orçamento não usado. Não se trata de Restos a Pagar, não se trata de nada, é apenas um orçamento não utilizado, e pronto!

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Quer dizer que o pouco que tinha mandado para a saúde... Quer dizer, a gestão do Governo na área da saúde deixa cair 10 milhões destinados às pessoas pobres do Brasil?

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Deixou de utilizar. Agora, assim, eu não entrei em outras questões, tal qual: a disponibilidade financeira aconteceu muito tarde, não deu mais... Eu não sei! Agora, chamou-me a atenção, porque nos anos anteriores eu não tinha percentual tão alto de baixa execução. Eu tinha proximamente 3% (*ininteligível*).

O SR. DEPUTADO TONINHO PINHEIRO - Infelizmente, é ruim de dizer, mas é uma incompetência total, uma falta, um pecado muito grande. É um pecado!

A SRA. ANA MARIA ALVES FERREIRA - Agora, naquele ponto suscitado sobre a questão do que é gasto com medicamento e impacto, na verdade, o Dr. Elias Jorge referiu-se à atenção primária, que é a atenção básica, não necessariamente de medicamentos. A questão é que em muitos programas da atenção básica, no caso da hipertensão, a intervenção é com medicamentos, o que evita muitas complicações de saúde. Então, há muitas intervenções pela atenção primária. E os países de atenção universal à saúde, que consideram com muita seriedade a atenção à saúde universal, que tem sistemas parecidos com os do SUS, focam-se muito na atenção básica. São os casos do Canadá, do Reino Unido e de Cuba. Os impactos são muito positivos. Quando se investe muito na atenção básica, evita-se o adoecimento. O que é atenção básica em ações de saúde? É acompanhamento pré-natal, acompanhamento de pessoas que têm hipertensão, saúde da mulher, com exames Papanicolau. Ou seja, há uma série de ações que evitam complicações futuras: internações, mortes prematuras. Há uma série de implicações.

E há outra questão, referida aqui pelo Dr. Elias Jorge, que é a do investimento em atenção primária, que também só ele é insuficiente, porque existem ligações com outros setores. E uma análise recente que o TCU fez, que vai sair no Parecer Prévio sobre as Contas, é justamente em relação à atenção primária. O que se



percebe é o seguinte: independentemente de que haja mais dinheiro, mais equipes e mais estabelecimentos de atenção básica, se não houver médico os indicadores não melhoram. Então, é preciso que haja mais médicos nesses locais. Há concentrações em grandes centros e pouquíssimos médicos em outros, a exemplo do Norte — conforme ela mencionou. Lá, a quantidade de médicos é muito pouca, e os poucos que existem são disputados a tapas. São muito bem remunerados, no caso dos anestesistas, e quem paga mais leva o médico. Então, são questões muito mais conjunturais, estruturais para se pensar.

Era isso, Senhores. E se houver mais algum ponto... *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Obrigado, Dra. Ana Maria.

Há muita participação dos internautas, e já remeteram duas perguntas para o Dr. Francisco.

O SR. FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS - O Fábio, do Distrito Federal, usuário da Internet, questiona se os Contratos de Ação Pública e os Mapas Sanitários já podem oferecer dados por rateio da programação.

Os Contratos de Ação Pública têm como um dos seus anexos o instrumento de programação, chamado Programação Geral das Ações e Serviços de Saúde. Os Mapas Sanitários são levantamentos, inclusive geolocalizados, de várias informações sobre estrutura existente, etc.

Eu acho que, além desses dados que já estão nos Mapas Sanitários, teria que ser levantada uma série de informações sobre cada um daqueles componentes que se escolherem para fazer essa equalização dos tetos. O problema não é só uma questão da distribuição interna entre os Municípios dentro de um Estado, o problema hoje existente são as diferenças entre os tetos estaduais, chamados limites financeiros estaduais. Esses tetos estaduais são herança de uma série de acréscimos que o Governo Federal foi fazendo nos valores da transferência para os Estados, em cima de portarias com condicionamento de repasses de transferências e também de transferências discricionárias. E a memória desses tetos é altamente complexa, e na maior parte dos Estados ela já se perdeu.



Então, inclusive respondendo à segunda pergunta, sobre a questão da responsabilidade sanitária, ele aqui está dizendo que eu estou propondo fundado na programação e no planejamento...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Queridos Deputados, conduzam a Dra. Ana para o fundo do plenário, por favor, e lá façam a reunião com ela. (*Pausa.*)

Por favor, retome V.Sa. a palavra.

O SR. FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS - A outra questão que eu teria falado na palestra, relativamente a planejamento, programação para gasto em saúde, para que fique claro, trata-se de uma proposta de responsabilidade sanitária fundada na programação de cada ente e planejamento do futuro: investimento, onde colocar os hospitais, em que lugar, etc., e qual ente faz o quê.

A ideia é que hoje existem instrumentos de programação no SUS que permitem uma equidade na distribuição interna nos Estados com recurso federal e alguns acréscimos estaduais. Aqueles Estados que fazem a atual Programação Pactuada Integrada — PPI têm demonstrado uma distribuição muito melhor do que aqueles que não a fazem, ou que já fizeram há muito tempo e não atualizaram.

Eu fiz alguns estudos, no Estado de Minas, aplicando o Índice de GINI, citado aqui pelo Prof. Elias. A distribuição, por exemplo, do recurso para IH, em Minas Gerais, é praticamente perfeita, por causa de uma PPI atualizada periodicamente, continuamente. O problema não é dentro do Estado. O que eu estou propondo é que instrumentos de programação sejam utilizados para fixação dos próprios tetos dos Estados. Para chegarmos a esse teto, teríamos que levantar quais seriam as necessidades de cada uma dessas populações, e esses diferenciais têm que ser contemplados não por um cálculo matemático automático — embora muita gente fique esperando uma solução mágica para os problemas. Então, é muito fácil criar uma fórmula matemática que gere um fator sobre o qual se multiplica o dinheiro federal e ele está dividido para os Estados.

Isso, para mim, não funciona, porque pode ocultar as necessidades, inclusive as necessidades não satisfeitas. Nós temos que ter um consenso social no País sobre que padrão de SUS nós vamos garantir para todos os brasileiros e, a partir disso, saber quanto isso custa, quanto é possível financiar uma parte dessa



necessidade hoje e quanto nós precisamos para alcançar o patamar que já definimos, de forma consensual, que seja nossa necessidade. Eu acho que é esse cálculo. E ele só pode ser feito por um esforço de planejamento e levantamento inclusive dos preços.

Quando foi citada aqui a tabela, hoje o SUS executa os preços mais diferenciados uns dos outros, em relação à tabela, e esses preços não são hoje apropriados. Em Minas, por exemplo, todos os consórcios intermunicipais exercem preços muito diferenciados na tabela. Na Prefeitura de Belo Horizonte, nós só conseguimos enfrentar, há 6 anos, a fila da cirurgia eletiva executando preços diferentes na tabela, porque o mercado assim exige. Nós vivemos num contexto de sociedade de mercado. Então, nós temos que considerar o mercado. O mercado de Minas, por exemplo, é diferente do de Sergipe e do Rio Grande do Sul. E nós temos então que considerar esses preços diferenciados, temos que ter mecanismos institucionais de legitimação desses preços diferenciados, porque senão vira um acordo entre amigos... Vira cartel. Quer dizer, há uma série de distorções conhecidas na fixação dos preços de mercado, e elas vão se reproduzindo na saúde de forma completamente desconhecida. É isso que eu acho mais grave. Nós temos que levantar esses preços, criar formas, mecanismos institucionais para legitimar esses preços.

E, só para complementar — eu não poderia deixar de comentar —, essa eterna lamentação sobre os preços da tabela. Isso já teria que ser um problema superado, pelo menos nas áreas pública, filantrópica e nos hospitais universitários, na medida em que os instrumentos de contratualização permitem, já, há muito tempo...

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS - Porque, na verdade, quem está trabalhando exclusivamente com esses preços da tabela está desatualizado, do ponto de vista dos mecanismos institucionais que já existem há muito tempo para fazer essa flexibilização dos preços.

Sem querer então prolongar, eu quero agradecer...



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Há mais uma pergunta direcionada ao senhor — o Sr. Elias ajudou-me aqui — quanto à avaliação sobre que serviços de saúde sofre mais com o subfinanciamento.

O SR. FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS - Eu desconheço qualquer estudo que nos dê esse tipo de informação. Na verdade, o desfinanciamento atinge hoje todas as áreas: da assistência, da atenção à saúde e da própria vigilância à saúde, promoção à saúde, etc.

Algumas áreas têm se protegido, de alguma forma, do desfinanciamento pelo próprio mecanismo da judicialização. Quer dizer, quando o Estado não provê, o cidadão entra na Justiça e consegue o tratamento quimioterápico, o medicamento de alto custo, etc.

A classe média e outras classes mais privilegiadas usam muito mais mecanismos que a população mais pobre. Então, para a população pobre, esse prejuízo é generalizado, porque o subfinanciamento impede, por exemplo, o acesso igualitário ao serviço de saúde em amplas parcelas do território nacional.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Estão inscritos, pela ordem, os Deputados Paulo Rubem Santiago, Rogério Carvalho e fecha com o Deputado José Linhares.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - Não se se vai dar tempo, porque a Ordem do Dia começou.

(Não Identificado) - Vamos seguir a ordem. Senão começamos a falar que não dá tempo, e o tempo já passou. Eu já cedi para o Deputado Cesar Colnago.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - Vou colocar minha pergunta no ouvido...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - O Deputado Paulo Rubem Santiago, concede a sua vez para V.Exa. O senhor é brilhante, faça a sua observação.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Sr. Presidente, há meia hora que um grupo de advogados da OAB me espera no meu gabinete.

O SR. DEPUTADO JOSÉ LINHARES - O Dr. Elias colocou à nossa disposição o estudo que fez sobre como resolver o problema da conjuntura, sobre a qual esta Comissão teria que pensar.



O Deputado Rogério Carvalho tem que pensar também no problema da estrutura. Achei muito inteligente o enfoque desse veterano que comigo tem lutado um bocado, embora que sem nenhum resultado. Ele fica aqui crescendo cada vez mais o cabelo e a barba, e eu perdendo o cabelo. Mas não temos modificado muito as relações sobre a saúde.

Então, que ele mandasse esse estudo para a Comissão, para o Deputado Rogério Carvalho. Por sinal, muito bem feita a exposição dele. Lamentavelmente eu estava na outra Comissão que está fazendo a reforma do Ensino Médio. Acho que o Deputado Paulo Rubem Santiago também pertence a essa Comissão do Ensino Médio. Não tinha nenhum Deputado para encerrar a Comissão, e eu tive que me retirar desta Comissão para encerrar aquela reunião. Foi muito interessante. O pessoal estava muito ansioso, porque era sobre a política de educação especial ao aluno com altas habilidades e superdotação. Mas gostaria de ter esse trabalho. E parabenizar o Presidente e os palestrantes. Não pude assistir a palestra da Ana Maria.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Deputado Paulo Rubem Santiago.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Sr. Presidente, eu considero que esta reunião de hoje foi uma das mais importantes de que já participei nesses mandatos que exerço na Casa. A sessão de hoje, na minha avaliação, foi uma homenagem à inteligência humana, à persistência e à luta pela construção do direito à saúde.

Na verdade, nós vivemos o embate do predomínio da inteligência na construção da saúde ou da submissão à lei da inércia. O Dr. Elias colocou muito bem. Se não se toma a decisão de reverter o quadro e de construir políticas de investimento na atenção básica e na atenção primária, se nós nos pautarmos pela inércia, nós vamos, aos poucos, ter que administrar gastos astronômicos, porque muda o perfil etário epidemiológico da população, e isso impacta sobremaneira os gastos com a média e alta complexidade. Essa é a lei da inércia que, para alguns, é um grande ganho. Para quem opera na esfera do lucro na saúde, do tratamento sofisticado, do que se ganha com a garantia do tratamento dessas doenças, ninguém está preocupado se vai prevalecer a inércia ou a inteligência.



E é também uma homenagem a todos aqueles que lutaram pela construção do SUS. Eu fico impressionado, a cada sessão em que discuto isso com os conselhos de saúde, nos embates nacionais, com os conselhos federais, as federações, sindicatos dos médicos, profissionais, agentes comunitários, nas audiências do Nereu Ramos, como nós estamos praticamente cedendo progressivamente à lógica da supremacia da inércia na promoção e prevenção da saúde.

E mais, como falou o Dr. Elias, não só nós queremos abrir e ampliar para uma discussão da saúde na seguridade, mas também abrir e ampliar a discussão da seguridade vítima de um conjunto de políticas macroeconômicas que este Congresso, covardemente, abriu mão de assumir a sua tarefa.

O Deputado Cesar Colnago lembrou que, em 2011, tramitava aqui uma PEC enviada pela Presidenta Dilma para a prorrogação da DRU, e eu fui autor de uma outra PEC que retirava a DRU da incidência sobre a Seguridade Social. E eu mostrei claramente o crime que estava se cometendo. Se o Governo entendia que era necessário financiar o orçamento do Tesouro para manter, numa relação decrescente dívida/PIB, a partir dos gastos com a dívida pública, que o Governo encontrasse outras fontes para financiar a depreciação da dívida em relação ao PIB e não retirar da Seguridade.

Qual foi a grande batalha dos Constituintes? Muitos aqui estavam, acompanharam, participaram e vêm acompanhando. Há 25 anos, nós construímos o conceito de Seguridade na Constituição de 1988. De lá para cá, nós estruturamos as fontes de arrecadação por meio de contribuições especiais.

O que é a COFINS? Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social. Na Constituição de 1988, nós estruturamos o encaixe dessas receitas no orçamento da Seguridade Social e, por fim, nós amarramos o que financiava com a Seguridade Social.

Então, como é que desde 1988 não se cumpre integralmente o preceito constitucional? Como é que a partir de 94, com o Fundo Social de Emergência e depois com o Fundo de Estabilização, se desvia recursos próprios da Seguridade para financiar o SUS e depois, com a mudança do Fundo de Estabilização para a



DRU, passa a ser irrastrável o retorno desse recurso, porque vai para a conta única do Tesouro?

Agora, por que isso vem sendo feito inclusive nos dois mandatos do Governo Lula e no Governo da Presidenta Dilma? Pela prevalência da lei da inércia na macroeconomia. Nós estamos deixando de financiar a saúde, direito fundamental da população, estamos violentando uma arquitetura de financiamento que tem fundamento constitucional para pagar os ganhos dos rentistas dos papéis do Tesouro Nacional.

Hoje, eu tive a felicidade de ver publicado no *Congresso em Foco* artigo de minha autoria "*Procuram-se partidos*". Porque já não se discute mais a macroeconomia. O Congresso é uma Casa secundária na democracia brasileira. Se nós formos aprofundar a discussão do gargalo do financiamento e das operações de desvio de recursos da Seguridade, sabe onde nós vamos parar, Sr. Presidente? Nós vamos pagar no triunvirato Fazenda, Banco Central e Planejamento. Vamos parar na discussão macroeconômica.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Inclui o BNDES.

O SR. DEPUTADO PAULO RUBEM SANTIAGO - Nós vamos discutir. O BNDES já é refém da emissão de papéis para capitalizar o Tesouro: 320 bilhões na emissão de papéis, aumentando a dívida bruta para quase 70% do PIB. A opção para financiar o crédito dos bancos foi aumentar a dívida pública. Qual a consequência disso no PIB? Qual tem sido a resposta do PIB a essas operações gigantescas de aumento do endividamento público?

O jornal *Valor Econômico* de ontem publicou que, para manter a expectativa da meta da taxa Selic, o Banco Central vem avançando nas operações compromissadas em curto prazo e que não aparecem no cálculo público da dívida pública, por omissão de informação. Em um ano, elas passaram de 455 bilhões para 665 bilhões de reais, operações de curto prazo que, no máximo, chegam a três meses com o compromisso de recomprar os papéis lançados pelo Banco Central.

Saíram de 455 para 665 bilhões de reais. O impacto disso sobre o Tesouro Nacional é astronômico. E ele, de tal forma, é de interesse dos investidores financeiros, que a matéria do jornal *Valor Econômico*, jornal insuspeito de ser de oposição ao Governo ou de fomentar e alimentar a oposição ao Governo de



qualquer dos lados, ou de extrema esquerda ou da direita, diz que esse agora é o caminho dos investidores.

Então, nós estamos deitados eternamente em berço esplêndido. A audiência que começou numa quinta-feira, às 7h30min, e terminou numa sexta, às 4h40min da manhã, foi uma indecência. E a tentativa de manipular os fatos foi de tal maneira vergonhosa que nós tivemos que lembrar o Relator à época, Deputado Odair Cunha, que quando se retira recursos da arrecadação da Seguridade Social está, sim, se precarizando o financiamento do SUS, porque a Constituição que nós juramos cumprir quando assumimos o mandato assegura.

Então, eu quero concluir, Sr. Presidente, dizendo que fico muito feliz de, neste Congresso, que está perdendo suas prerrogativas, que está sendo serviçal da acumulação financeira, rentista, improdutiva... Já me disseram há uma semana: *“Ah, mas a SELIC hoje é taxa civilizada.”* A SELIC só corrige 22% dos papéis do Tesouro Nacional. A taxa de juros praticada SELIC com a média dos demais papéis nos dá uma média de 11,2% de taxa de juros. Essa é a média que remunera os papéis do Tesouro Nacional. Então, não vamos omitir informações da população. Não vamos subtrair dados que impactam a qualidade de vida das pessoas.

Fui fundador do Partido dos Trabalhadores e seu militante durante 27 anos. Lamento muito que toda a energia, toda a base social, todo o apoio político e eleitoral que se deu à eleição do Presidente Lula não tenham sido, em momento algum, potencializados para que nós, progressivamente, construíssemos a ruptura com a supremacia da ordem financeira.

Eu vou vir aqui animado para a próxima audiência, porque o Prof. Áquilas Mendes é autor de um artigo, com a Profa. Rosa Maria Marques, da PUC de São Paulo, que mostra exatamente como a submissão à inércia, por trás da qual há a supremacia da ordem financeira, “desfinanciou” a saúde. *A saúde pública sob a batuta da nova ordem* é o título do artigo que eles publicaram, pela editora Saraiva, em 2010, num livro intitulado *O Brasil sob a nova ordem*, coordenado pela Profa. Rosa Maria Marques e por Mariana Ferreira. É baratinho. Acho que ainda há nas bancas, nas editoras, nas livrarias. Essa é uma das questões que eu considero fundamentais.



Nós, na Comissão de Educação, ficamos discutindo de onde vai sair o dinheiro para financiar o PNE. Ficamos aqui discutindo de onde vai sair o dinheiro para financiar a saúde.

O triunvirato Fazenda, Banco Central e Planejamento não vem para o Congresso. Não se discute decisão macroeconômica no Congresso, e as decisões são discutidas pelas entidades que respondem à pesquisa Focus, do Banco Central, pelas instituições de mercado, pautadas pelas agências de classificação de risco.

Ou seja, nós entramos naquela seara que Belluzzo apontou, há três semanas, na *Carta Capital*, em *A democracia oligárquica*. Os assuntos econômicos, fiscais, monetários, cambiais e da dívida não são discutidos pelo Congresso e impactam todos os demais orçamentos, chegando ao extremo de nós descumpriremos a própria Constituição.

Eu hoje tive uma reunião, Sr. Presidente, para uma consultoria que nos apontou caminhos muito salutareos e muito entusiasmados para o seguinte questionamento: pela Constituição, o financiamento do SUS vem da arrecadação da Seguridade; pelo Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, a DRU desvia 20% da Seguridade. Nós vamos encontrar um termo que, eu creio, vá responder, infelizmente numa escala extrema, ao questionamento perante os tribunais superiores, para que nós façamos prevalecer a norma da Constituição.

E reitero que esta sessão para mim é a insistência, a persistência na defesa da supremacia da inteligência, e não da inércia e não da burrice, como é a política de desoneração da indústria automobilística, que se de um lado vende mais automóveis e motocicletas, de outro estupra os gastos da saúde com emergências, com internações e com acidentes de trânsito. Isso é burrice! Isso não é política tributária, isso não é política econômica. Desonerar para entupir, enfartar as cidades, acabar com a mobilidade urbana e, além do mais, elevar a uma esfera astronômica os gastos com emergências, internações, seguro e acidentes de trânsito só pode ser burrice ou muita dependência dos interesses dos setores da indústria automobilística, que representam só 5% do PIB do País.

Então, V.Exa. está de parabéns, bem como aqueles que tiveram paciência para ficar aqui e os nossos expositores. Eu gostaria muitos que todas essas



exposições pudessem ser reproduzidas para todos os Parlamentares, para todos os Líderes e para todas as bancadas.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) – Serão.

Muito obrigado, Deputado Paulo Rubem Santiago. V.Exa. foi brilhante.

Nós precisamos, sim, discutir com muita força a macroeconomia, discutir com muita força o orçamento paralelo, que não passa por nós.

Com a palavra o Deputado Rogério Carvalho, nosso querido Relator.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Sr. Presidente, primeiro eu queria dizer — o Deputado Paulo Rubem Santiago está saindo — que é uma pena que ele fez o... Mas fica registrado.

Primeiro, na economia do Brasil, são importantes alguns setores econômicos. E todos sabem o quanto a indústria automobilística e a indústria da construção civil promovem de aquecimento e o quanto elas estão ramificadas e o quanto elas movimentam diversos setores da economia.

Então, não vamos simplificar o debate econômico e o debate da mobilização do crescimento econômico, porque se, por um lado, determinados setores da política brasileira criticam o crescimento da inflação, o baixo crescimento da economia, as mesmas pessoas que fazem o debate de que a economia está crescendo pouco são as pessoas que criticam as medidas de promoção do crescimento econômico.

Portanto, há certa incoerência na construção discursiva de determinados setores e determinados partidos, que não sabemos claramente onde estão, ou ainda não definiram claramente de que lado do muro vão disputar. Acho que essa é uma questão central.

Vejamos a desoneração. Historicamente, determinados setores da sociedade e determinados partidos nesta Casa têm trazido para o debate a necessidade da redução do peso tributário, do Custo Brasil. Aí o Governo assume a postura de desonerar para promover o crescimento econômico, para garantir que o País tenha competitividade, e vira um problema a discussão da desoneração do processo produtivo; da desoneração da folha de pagamento; da desoneração de impostos federais; da desoneração do IPI, numa tentativa de aumentar o consumo, de aumentar o crescimento econômico. Então, eu acho que nós temos de ter clareza



quanto aonde queremos ir do ponto de vista da macroeconomia e do ponto de vista da competitividade do País.

Essa é uma questão de que o Governo está dando conta. Temos outras. A instabilidade dos contratos, de uma justiça, ou melhor, de um sistema jurídico que não garante muita tranquilidade e não dá a certeza de que o que está contratado vai ser entregue. Temos aí um problema institucional em relação ao qual precisamos amadurecer e que não depende exclusivamente do Governo, depende do amadurecimento global da sociedade.

Outra questão que é importante deixar claro é que a Emenda Constitucional nº 29 estabeleceu a regra de como a União vai custear a saúde. A regra para estabelecer o gasto com saúde da União está definida na Emenda Constitucional nº 29. Não importa quanto de desoneração haja na Previdência. Está lá estabelecida qual é a regra.

O problema é o que foi estabelecido, em 1999 ou 2000, pelo Sr. Fernando Henrique Cardoso e por Pedro Malan como base de cálculo para se chegar ao que temos de gasto hoje. Se naquele momento tivessem sido 22 bilhões de reais, hoje estaríamos com 10% das receitas correntes brutas, em torno disso.

Inclusive, um dos consultores da Casa apresentou esse dado como uma questão certa, ou seja, esse negócio de definir que não temos — temos sim, está na Constituição. Há uma emenda constitucional que definiu como é o gasto com saúde, como é o cálculo para se fazer o gasto com saúde. Nós precisamos aumentar essa base.

Aí eu queria dizer ao Deputado Mandetta — e me dirijo ao Deputado Mandetta porque eu concordo com a sua tese — que, no momento em que o País...

O SR. DEPUTADO MANDETTA Acho que eu vou ter direito a falar, não é Presidente?

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Claro, claro.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - O Presidente não me deu a palavra hoje, até o momento.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Mas aí é uma oportunidade.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Por isso eu lhe pedi que me citasse.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - O Deputado Mandetta é uma das melhores cabeças que chegaram a esta Casa. Então, V.Exa. vai encerrar. Eu vou deixar para V.Exa. encerrar.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Eu queria só dizer que a desoneração foi uma demanda dos diversos setores da sociedade, e nós estamos num momento em que estamos desonerando.

Então, é difícil emplacarmos, ainda que eu concorde com a tese de haver um imposto para agregar esse valor à base de cálculo, não para entrar como fonte de receita para a União, mas para agregar, a mais, para que todos os anos entre na base de cálculo que está estabelecida na regra da Constituição. Tudo bem. Agora, podemos até fazer esse esforço, podemos até caminhar nessa linha, mas neste momento eu estou concordando mais com a tese do Deputado Mandetta. Se nós estamos desonerando, como vamos justificar a criação de um novo tributo neste momento? Então, eu acho que é muito delicado trabalharmos isso.

Outra questão colocada: essa história de dizer... E eu tenho certa dificuldade em concordar, aliás, eu não concordo com os critérios de avaliação do Tribunal de Contas da União e da CGU em relação aos gastos e à aplicação dos recursos com saúde pelos Estados e pelos Municípios. Pegar a tabela do SUS para dizer que há desvio de recurso porque não há uma produção compatível com a que deveria haver — a partir da tabela — é, no mínimo, negar o dado concreto da realidade de que ninguém produz cirurgia e procedimentos pelo valor da tabela do SUS. E quem diz que está produzindo não está entregando. Quem diz que está produzindo não está entregando. Ou está produzindo dizendo que é aquele preço e está complementando com recurso próprio, do Estado ou do Município. Portanto...

(Não identificado) - Ou endividamento.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Ou endividamento.

Então, isso não é correto. Não concordo com essa tese e acho que é um risco terrível trazermos esse debate para esta Comissão, Sr. Presidente. Acho um erro nós, que defendemos o financiamento público da saúde, trazermos esse debate para cá.

Sabe por quê? Nós vamos reforçar a tese de que o dinheiro colocado na saúde é jogado na lata do lixo. Essa tese, se prevalecer, com esse controlismo



doentio, patológico que o Brasil incorporou, da forma irresponsável como temos visto, reforçará a tese daqueles que não querem financiamento público maior para a saúde. E aí não importa em que partido, em que posição se está jogando. Interessa a todos que não querem mais dinheiro para a saúde, de todos os setores. Não preciso dizer quais setores; são todos os setores. Sabe por quê? Porque reforça a tese de que o dinheiro da saúde é mal aplicado e de que nós não precisamos de mais dinheiro para a saúde.

Então, precisamos tomar cuidado na hora em que fazemos esse debate numa Comissão que tem o papel de definir, claramente, novas fontes, que tem o papel de definir mecanismos de distribuição e que tem o papel de definir transparência no gasto.

Concordo com a tese do Chico de que nós abandonamos um dos grandes mecanismos que o SUS desenvolveu, uma grande tecnologia de definição de produtos: a AIH. A AIH não é um bicho de sete cabeças. Foi um grande modelo de definição de produto a ser contratado no mercado de um Estado que não era produtor, de um Estado que era contratante e foi abandonado, largado no meio do caminho. Há mais de 15 anos, não há atualização nem investimento na atualização e na complexificação desses produtos. Pena que nós não tenhamos feito o mesmo para a área ambulatorial especializada, que ainda está na década de 40, 50, 60 ou 70, e ainda pagamos por unidade de serviço e não temos um produto a contratar.

Nós não contratamos diagnóstico, nós não contratamos conduta. Nós contratamos unidade de serviço. E qualquer dinheiro que coloquemos nesse espaço é um dinheiro que não produz efeito, ou seja, 50% perdemos de cara, porque são exames que contratamos, pagamos e não têm efeito algum na definição da conduta do profissional assistente.

Portanto, acho que esse é um dado fundamental que precisamos trazer para o debate. É ruim, não dá transparência. Por exemplo, um dos mecanismos de transparência é estabelecer qual é o valor real que deve ser pago por um procedimento. Preço de referência. Isso é fundamental, mas real, considerando-se o custo, a composição. Isso é fundamental para que eu possa saber se, de fato — aí, sim —, o dinheiro está sendo bem aplicado ou não, do ponto de vista financeiro.



Outra questão importante para o tema da transparência é definirmos claramente — e aí o Chico também traz a sua contribuição — o quanto nós precisamos entregar para atender, universal e integralmente, às necessidades de saúde das populações em cada região de saúde e no Brasil, em cada Estado, em cada região. E aí, a partir de uma referência que tenha uma relação objetiva, que seja por habitante, definirmos de quantos procedimentos de cada coisa nós precisamos, quanto do quê. Primeiro, temos que definir o quê — em relação a isso já há um caminho — e quanto do quê, para atender a todos os brasileiros. Isso é fundamental, senão também não dá transparência, nós não vamos saber o que tem que ser feito para se atender a determinados grupos populacionais em cada sistema regional.

Por fim, acho que temos de retomar o debate sobre quais são os mecanismos de transparência. Recomposição de preço, preço de referência e definição de critérios claros, de uma fórmula para estabelecer a quantificação por habitante de cada procedimento que está no padrão de integralidade ou na relação nacional de ações de serviço de saúde, isso tudo é fundamental para se estabelecer transparência e se fazer controle.

Outra questão fundamental para se estabelecer a transparência é definirmos claramente qual é a responsabilidade sanitária de cada operador e termos clareza de que, na definição dos mecanismos de distribuição de recursos, nós não podemos mais tratar o repasse sem considerar em que cada um se está comprometendo do ponto de vista sanitário, qual é a responsabilidade sanitária de cada ente.

Eu não posso mais financiar sem considerar qual é a responsabilidade sanitária, qual é a responsabilidade com os indicadores de saúde, qual é a responsabilidade com determinada produção de ações e de serviços de saúde para que eu possa estabelecer um critério objetivo e equitativo da distribuição do recurso público federal.

Por fim, quero também dizer que há outro equívoco muito grande. Dizerem que a União não colocou mais dinheiro é verdade, mas dizerem que a União tem colocado menos não é uma verdade absoluta. Porque o que aconteceu na história do País — e esquecemos, esquecemos o debate e a variável história ou desenvolvimento histórico dos processos para justificar teses fundamentais como



essas, para fazer uma discussão sobre financiamento consistente, capaz de enfrentar o debate público e fazer disputa ideológica.

Nós não podemos negligenciar isso se quisermos ser sérios. É o seguinte: quem financiava serviço de saúde no Brasil historicamente era o INAMPS. Esse era o centro do sistema, a base do SUDS e do SUS. Era o gasto que a Previdência tinha com o INAMPS. Portanto, quem era o grande financiador? Quem era o grande operador e único operador sistêmico no Brasil? O INAMPS, porque o Ministério da Saúde era nada, cuidava de pandemias, de campanhas. Era isso.

E quando vimos com a 9, a 91, a 93 e a 96, o que estamos fazendo se não repartir o espólio “inampiano”. De onde vinha o dinheiro? Da União. A Emenda Constitucional nº 29 é uma conquista decorrente da luta da sociedade brasileira. Por isso é fundamental esta Comissão. Por isso é fundamental nós nos irmarmos numa disputa que é de interesse da sociedade brasileira e de novo voltarmos a fazer um movimento suprapartidário — suprapartidário — para que ganhemos força, para que ganhemos respeito e credibilidade. Suprapartidário! Foi a nossa luta com a Emenda Constitucional nº 29 que trouxe mais recursos dos Estados e dos Municípios.

Isso, sim, justifica por que Estados e Municípios estão gastando mais. Porque foram obrigados com a regulamentação da Emenda Constitucional, com a criação da Emenda Constitucional nº 29 — com a sua aprovação e agora com a sua regulamentação. É óbvio que isso cresceu e, proporcionalmente, modificou, contrabalançou. Que a União tem de colocar mais recursos na área da saúde já é consenso para todos nós, como também que essa luta não pode ser de partido isolado. E se não conseguirmos nesta Casa acordo político de todos os partidos, de todas as forças para fazer disso uma questão de interesse público e não de interesse da Situação ou da Oposição, do partido A ou do partido B, vamos ser derrotados, porque ainda não ganhamos na sociedade brasileira — o Sr. Elias Jorge sabe do que estou dizendo — o debate sobre a saúde ser um valor constitutivo da nossa sociedade, ou melhor, a Seguridade e a saúde dentro dela. Quanto a isso, não ganhamos o debate. Então, eu acho que nós temos, Presidente, uma tarefa fundamental, que é trazer essas contribuições para os eixos fontes: mecanismos de distribuição, trazendo algo que faça isso de forma equitativa, e transparência, mas



não pelos mecanismos punitivos, às vezes, intencionalmente querendo colocar a pecha de que a saúde é um sistema que vai direto ao setor das Santas Casas, das entidades filantrópicas, que coloca a relação do Estado com o privado como uma relação sob suspeita sempre. É um equívoco, porque o que eu vejo, no Brasil, é Santas Casas produzirem três vezes mais barato do que um hospital público e às vezes entregam um serviço de melhor qualidade.

Nós temos consenso em várias coisas. Nós precisamos transformar isso numa luta em favor do interesse público.

Eu acho que esse é o grande desafio que nos é dado.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Eu vou usar o mesmo tempo do Deputado Rogério Carvalho, para nós sermos democráticos.

O SR. DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO - Lembre-se de que eu sou Relator! (*Risos.*) Há uma prerrogativa.

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Estou brincando.

Eu nem iria fazer uso da fala, Presidente.

O Deputado Rogério pediu que eu ficasse. Como ele começou a fala dele com uma fala extremamente política e como nós estamos em campos partidários opostos, eu achei, num determinado momento, que nós iríamos fazer aqui um debate sobre ideologia política, mas, no final, eu acho que ele contornou a situação e voltou à razão, quando concorda com uma série de pontos que foram aqui colocados.

A Matemática é muito interessante. A gente pode ou não gostar dela, mas ela é um fato, está ali, os números são aqueles, quer gostemos deles ou não. Se as raízes foram os descaminhos da CPMF feitos pelo Pedro Malan com o Fernando Henrique Cardoso, até ela ser derrubada na gestão do Lula, no que diz respeito a quem tungou mais a CPMF, quem tirou mais da saúde, quem manipulou, torturou os números para que eles fossem para os cofres do Governo, e não para saúde, os dois Governos equiparam-se, igualam-se, andam de mãos dadas.

Eu faço aqui uma crítica contra essa desoneração porque é óbvio que cheira à corrupção e à chicana fazer a desoneração com a barriga encostada no balcão e negociando setor por setor.



Nós queríamos — e queremos — uma redução tributária dentro de uma discussão de reforma tributária em que todos os setores da economia fossem tratados de acordo com uma visão de desenvolvimento e de justiça tributária e social, não essa... Eu nem vou dar nome, mas essa negociata barata que a gente está vendo para setores desonerarem celular, desonerar... E por quê? *“Porque isso veio até aqui.”* Qual o prato do dia? É desonerar aquele da direita ou da esquerda, salvar o Eike aqui, o porto que vai cair acolá.

Então, eu vejo assim: quem estiver no Governo escutará críticas. O resultado do PIB é péssimo, o crescimento econômico é pífiio. Estão abrindo mão de tributos em nome de um crescimento. Isso não se traduz. Essa abertura de mão de tributos está fazendo falta na saúde? Provavelmente sim, porque nós estamos aqui discutindo financiamento da saúde.

Então, agora, com todo o respeito, professor: nós vamos falar assim para a sociedade: Nós estamos abrindo mão, o Governo está abrindo mão de todos esses tributos, mas nós queremos um outro tributo, e você, por favor, coloque aqui na saúde, porque desta vez tudo será diferente, mesmo porque muito cuidado quando coloca como fonte adicional, porque, se ela for adicional, hoje, no formato como está a lei, não vai ser vinculante.

Então, até os termos que se usarem teriam que ser muito bem utilizados, senão, com todo o respeito a sua vida de defesa do SUS, poderão ser usados, igual ao Jatene, na sua vontade de ajudar os economistas de plantão a utilizarem. A uma hora dessas já estão lá devidamente organizados, discutindo onde vão tugar também a CSS, CPMF, CCSS ou o que que seja que vier por aí.

As fontes novas, aí, sim, eu acho que a gente vai ter que discutir. Existem, sim, opções. Existe a opção da grande fortuna, existe a opção do jogo, existe a opção dos elementos nocivos. A Comissão do Álcool de que eu participei aqui... Arrecadam-se 4,5 bilhões e nós gastamos estimados 18,5 bilhões com álcool, com cigarro. Há uma série de questões que terão que ser colocadas, e podem colocá-las.

Mas o que nós vamos discutir aqui, Prof. Francisco, são duas coisas: nós vamos atrás desse desafio constitucional que a geração...

Meu caro Presidente, cheguei aqui ao Congresso e encontrei um ídolo meu: V.Exa. Encontro aqui, nesta audiência pública, grandes referências para mim, que



estou começando como militante do SUS. Mas esse desafio que a geração de vocês colocou... Acredito aqui que o Professor e os senhores sanitaristas colocaram isso como um desafio geracional para que a gente o cumprisse.

Com este financiamento, com estas limitações, nós vamos ter que discutir o quê? Nós vamos ter que discutir o financiamento ou nós estamos tendo que discutir... Nós temos alguma possibilidade de discutir a perda dessa conquista. Nós vamos discutir coparticipação no SUS? Nós vamos discutir limitação de direitos?

Aqui no meu pequeno *tablet* posso ver — acabou de ser mencionado na *Folha de S.Paulo* — que o Ministro da Saúde anunciou que o SUS dará cadeiras de rodas motorizadas porque, afinal de contas, nós somos um país que tem de garantir a mobilidade urbana, não importa se a pavimentação das calçadas e das ruas esteja *trash*, mas comprar um motor para cadeira de roda é prioridade para o Ministério da Saúde.

Então, os números são ruins, o investimento em saúde é ruim, o marco regulatório é frágil, a cobrança tributária está uma brincadeira de mau gosto. Em 16 dias do ano de 2013, do dia 1º de janeiro até o dia 17 de janeiro, o Governo tinha arrecadado tudo o que investe em saúde o ano inteiro, em 16 dias de arrecadação. No dia 17 de janeiro, o Governo Federal já tinha arrecadado os 84 bilhões da saúde do ano inteiro.

No ano passado colocaram aqui... Se eu não estivesse nesta Comissão, se eu não tivesse mobilizado mundos e fundos com o Senado e companhia limitada, nós tínhamos tomado o saneamento básico, tínhamos tomado resíduos sólidos, lixo, na saúde, nós tínhamos tomado... Ficaram duas para trás, a REUF e a HEMOBRAS. A notícia que eu tenho... Eu fui avisado nessa semana de que o Ministério Público Federal acolheu aquela denúncia e judicializou o Orçamento da União na página da saúde no que diz respeito ao REUF e à HEMOBRAS, por conta daquela decisão que nós tomamos aqui.

Então, a crítica vai existir, o debate é político, sim. Não acredito que tenhamos clima para pedir um imposto novo. Mas, se ao término de toda essa caminhada, restar comprovado que esse é, sim, o único caminho, e eu estiver convencido, para mim, não importa o partido de Governo, de oposição, de A, de B, de C ou de D, Dilma, Eduardo Campos, Serra ou Aécio, seja quem for, nós temos que partir para



cima com, talvez, a mesma gentileza e delicadeza com que os índios vieram aqui ao Congresso Nacional e foram ao plenário. Talvez esteja faltando para essa conquista da sociedade uma invasão branca deste Congresso e alguns mártires, algumas greves de fome, alguns marcos, para que isso chame a atenção. Acho que todos assistiram, no *Fantástico*, à fila do SUS, à emergência, à fraude, ontem, na minha cidade, Hospital do Câncer, Hospital Universitário, oncologia. O Ministro da Saúde foi para Campo Grande, ontem, de manhã. Está lá com uma força-tarefa para fazer uma averiguação. Há mais de 5 anos que essa fraude foi anunciada. Domingo saiu no *Fantástico*. Vamos fazer uma força-tarefa.

Isso é o prato do dia desta nossa Comissão, Professor. Agradeço-lhe muito a sua vinda. Não ia fazer nenhum tipo de comentário; estava quietinho no meu canto. Ia só registrar minha presença em plenário, mas, a pedido do Relator, eu permaneci e tive que fazer esses breves comentários.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Este é o Parlamento.

Deputado, eu estava lhe promovendo. Talvez seja Ministro do Eduardo Campos no futuro, sem ser Deputado.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Não, não. Estou muito feliz em Sabará.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Dr. Elias Jorge.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Vou ser curto e doce, até por causa do horário, embora as intervenções, tanto a do Rogério quanto a sua, tenham sido muito profundas. Estou com duas perguntas aqui, por escrito. Em respeito ao público, vou lê-las e depois farei o comentário.

Sobre a proposta de criação da contribuição, o acréscimo do IOF não substituiu o que era coletado com a CPMF? Uma parte foi reposta, mas não é tudo e não tem o mesmo significado, o mesmo peso que tinha a CPMF, porque ela tinha o caráter compulsório. O IOF repôs um pouquinho, mas não tudo.

Pouca gente sabe, mas a CPMF não era cobrada de nenhum trabalhador que ganhava até três salários mínimos. Infelizmente, até o próprio pessoal que defendeu a CPMF aqui jamais argumentou isso. Por quê? Porque a parcela da CPMF era deduzida da contribuição previdenciária. Portanto, a contribuição previdenciária, com o fim da CPMF, incorporou aqueles centavos que não iam no desconto.



A segunda pergunta, que é essencial e tem a ver com o que vocês dois levantaram agora, no fim — e acho que é a cereja desse bolo, dessa discussão que está aqui —, é: como vencer o debate político a favor da contribuição sobre a movimentação sem enfrentar a questão da programação e do planejamento, ou seja, sem enfrentar como, o que e o onde gastar, qual é o serviço e qual é a qualidade?

Essa pergunta sintetiza um pouco as preocupações que vocês dois externaram, independentemente de estarem, neste momento, em campos opostos do ponto de vista partidário. Há essa grande vantagem da saúde, que é a de sempre compor, e só construímos coisas nessa história e nessa trajetória toda quando conseguimos ser transpartidários e suprapartidários.

Essa é uma marca que acaba sendo inerente a toda articulação que vai ser feita na saúde. Então, não há como avançarmos se não pudermos explicitar, Rogério, as divergências para, depois, encontrar as convergências possíveis. Só vamos avançar naquilo que for convergência possível.

Na desoneração, há um lado positivo e um lado negativo. Ao ser do Governo ou da Oposição, tem-se que considerar os dois lados. Acabei de citar aqui que você pode diminuir uma alíquota e passar a arrecadar mais sobre aquele imposto. Você tem, por exemplo, a desoneração da linha branca, que é muito positiva; tem uma desoneração que é desastrosa, que é a de moto e automóvel, que dá uma sobrecarga; e tem uma desoneração excelente na construção civil, por causa da capacidade. Mas tudo isso tem que ser analisado a partir da matemática, como você estava dizendo.

Número é como filhos: sempre é melhor tê-los que não tê-los. Com número é a mesma coisa. É bom ter os números, e com a maior clareza possível. Eu detesto a simples referência à transparência, porque tudo que é muito transparente não é enxergado. Então, sempre trabalhei com o conceito de transparência, porém, com visibilidade sobre as coisas, com inteligibilidade e com legibilidade. São quatro categorias que precisamos ter sobre essas questões em que vocês estão se debruçando.

Eu vou responder àquele médico, o Deputado que estava ali e tinha perguntado o que significaria, hoje, 0,30. O Perondi me perguntou aqui 0,38. Estou propondo uma alíquota máxima de 0,30, que é aonde a CPMF chegaria se não



tivesse sido derrotada em 2007. Hoje seriam 48 bilhões de recursos arrecadáveis, diferente das estimativas hipotéticas que se tem sobre grandes fortunas, o que não vai ser fácil aprovar também; sobre divisão dos *royalties* do petróleo, porque terá de haver uma briga com a educação; sobre a taxação de produtos nocivos à saúde. Quer dizer: indústria automobilística vai aceitar ser sobretaxada para a saúde, assim como a indústria de alimentos?

A indústria de alimentos conseguiu revogar uma decisão da ANVISA, que estava proibindo a venda de alimentos em farmácias, porque tinha sido proibido vender medicamentos em supermercados. Vocês estão entendendo o poder? Eles conseguiram uma liminar para suspender isso.

Então, todo caminho que vocês tiverem que trilhar para conseguir recurso adicional para a saúde será um caminho tortuoso e com muito embate. O grande desafio que se tem em uma contribuição sobre movimentação financeira não ocorre nem internamente. O desafio é como sancionar isso perante a população, porque, quando você começa a discutir, falando que é novo imposto, você já entra derrotado, mas não é novo imposto.

Na verdade, o discurso que derrotou a CSS aqui foi como se fosse uma nova contribuição, quando, na verdade, era uma repatriação parcial de uma contribuição que continuava sendo arrecadada, mas com apropriação privada, em vez de ser apropriada nos cofres públicos. E é adicional, sim. A palavra que faltou na campanha do Jatene foi a condição de adicional, porque, assim, a CPMF, em vez de ser adicional, foi substitutiva de outras fontes.

Estou absolutamente consciente quando digo e insisto em que eu só troco uma contribuição dessa ordem... (*Falha na gravação.*) A CPMF só não conseguiu ser adicional porque não estava configurada assim. Nesse caso, o que estou propondo, Rogério, é que esteja vinculado à atenção básica e condicione a União a aportar 1/6 do que ela arrecadar — não dessa contribuição, mas de outras fontes, seja de *royalties*, seja de Fundo Soberano, do que for — aos Estados e aos Municípios, para que eles possam sanear suas finanças.

Para cada três dinheiros que entrarem no Tesouro central, um dinheiro terá que ser aplicado para Estado e Município se sanearem. Já fui Secretário de Saúde



de Município e de Estado. Mas Estados e Municípios só recebem sua cota-parte que vai lhes caber se tiverem aplicado em saúde e educação no ano anterior.

Estou tentando fazer as amarrações contra as tais fraudes — fraudes não; os golpes. Estou tentando criar salvaguardas, e, qualquer que seja a criação que façam, vocês têm que pensar em alguma alternativa e nos contravenenos. Por isso é que estou dizendo que a discussão de fundo que teremos de ter, independentemente de partido político, mas como cidadãos e tendo em vista o que é a sociedade que queremos construir, é sobre a reforma tributária.

Tudo isso que está acontecendo aqui é um mero esquentamento, e acho que, como a Comissão está em torno da proposta dos 10% das receitas correntes brutas, Rogério, mesmo se eles tivessem mantido os 22 bilhões... Só para vocês terem uma ideia, aquele teto a mais que aconteceu depois ele acabou se configurando, porque o próprio sistema impôs isso. Jamais se chegaria aos 10% das receitas correntes brutas. Quem lhe deu essa informação está totalmente equivocado.

O problema que foi gerado lá atrás foi o modelo de financiamento que está definido. Ele tem dois problemas, Rogério. Eu fui um defensor dele, porque politicamente, à época, era o que foi possível construirmos. Na variação nominal do PIB — aliás, a palavra “nominal” fui eu que sugeri em uma reunião nesta Comissão, porque era só “variação do PIB”. A palavrinha “nominal” garante a reposição da inflação e mais o crescimento real.

Naquele momento em que não tínhamos nada, isso era uma proteção. O que aconteceu na prática? A pessoa tem que correr para empenhar até o dia 31 de dezembro. Aí ele vai segurando, segurando, segurando. Com isso, ele gera uma quantidade enorme de restos a pagar. E, aquilo que a moça do TCU mostrou, ele não passa da base, porque vai incorporar na base. Então, não estou nem um pouquinho preocupado com a palavra “adicional”, porque eu não quero que o dinheiro da CPMF se incorpore na base. Eu quero isso porque aí não passa, não tem chance nenhuma de passar se for para incorporar na base. Eu quero como adicional ao mínimo que está previsto.

Se a gente mudar o mínimo para 10% da receita corrente bruta, eu quero que ele continue como adicional. Se a gente mantiver essa camisa de força que engessa



o modelo que a União tem e está previsto, Deputado Rogério Carvalho, só que ele é ruim porque é anti-isonômico com o Estado e Município.

Então, a ideia de se ter uma vinculação com receita era para buscar uma lógica... você, quando foi gestor de Município estava vinculado à receita de impostos, o Estado. O dia em que você for Ministro da Saúde — e espero que seja um grande Ministro da Saúde —, não vai estar vinculado à receita. E aí o Deputado Rogério Carvalho tem razão, você desonerando ou não desonerando, da forma como está, se a receita subir ou descer, o montante de dinheiro que está previsto para a saúde é pouco, mas está assegurado, que era outra vantagem dessa forma de financiamento.

Neste momento, é óbvio porque se tiver frustração de receita, gente... No Estado, você foi Secretário também, não é? Frustrou a receita, você vai aplicar menos. No caso da União, não, se frustrar a receita, ela tem que continuar aplicando, porque é um montante sobre o que foi empenhado, corrigido.

Então, acho que é até mais saudável para a União ter a vinculação para a receita. Tecnicamente é mais saudável e é mais isonômico com o Estado e Município.

Eu espero que vocês consigam encontrar um caminho para oferecer uma proposta, primeiro, de curto prazo conjuntural. Estou trazendo à baila, sabia que iria desagradar. Estou até surpreso com a gentileza que vocês estão tendo, que eu esperava desagradar muito mais falando da CFMF aqui num ano pré-eleitoral. Eu achava que iria desagradar mais. Mas, como eu vim com intuito de contribuir, eu tenho certeza, estou estudando isso há 2 anos, eu sou uma das viúvas da CPMF. Eu e Gilson Carvalho ficamos aqui de madrugada, solitários no Senado, quando fomos derrotados e saímos daqui deprimidos. Só vou encontrar com ele na semana que vem. Está certo?

O Deputado Darcísio Perondi acompanhou esse drama nosso em 2007. Foi um negócio terrível.

Muito bem, essa alternativa, gente, pelo fato de ser contribuição, entraria em vigor em 90 dias. Se a gente conseguir, de fato, fazer discussão... Eu estou disposto tempo integral, Rogério, para qualquer dúvida que houver sobre as hipóteses que estamos levantando, porque ela não é simplesmente uma arrecadação a mais. Eu



estou condicionando a uma aplicação, estou condicionando Estado e Município, estou condicionando a União, e ainda tem assim um aporte de dinheiro para Previdência e tem um aporte de dinheiro que a União teria que fazer para a assistência social. Mas aí é dentro do próprio Orçamento da União.

O que sai do Orçamento da União é duas ou três vezes o que ela socorreu Municípios, e é um aporte extremamente relevante para alguns Estados. Está certo? Ela tem viabilidade técnica. O que precisa ser construído é o seguinte: vamos avaliar que, além disso, qual é a alternativa para agregar 40, 48 bilhões em atenção primária e atenção básica. Tem.

A Deputada Carmem Zanotto estava me dizendo que os estudos que fizeram sobre *royalties* do pré-sal, quando for liberado pelo STF, entre 8 e 9 bilhões para cada...

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Entre 8 e 18 que vão ser divididos pela saúde e pela educação. Não é 8 para cada um ou 18.

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Então, na verdade, o seguinte, grandes fortunas, que é o projeto da Deputada Jandira Feghali... Já foi feito algum estudo, Santa Rosa, sobre...

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Entre 9 e 10.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Se você somar todos essas..

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Só para fazer justiça, o projeto é do Deputado Dr. Aluizio, do PSB, que está Prefeito de Macaé. A Deputada Jandira Feghali foi a Relatora.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Está bom. Então, foi dos dois. Eu sou do PSB, sou fundador do PSB, mas...

(Intervenção fora do microfone. Inaudível.)

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Está joia. Então, veja só, se você juntar todos os esforços, você vai chegar perto do que esse tipo de hipótese geraria, sem as amarrações. Então, este ano é o ano que me dediquei... Para concluir e responder a esta pergunta: como é que a gente constrói esse sancionamento junto à sociedade? Certamente, não é pelos números médios, não é, Chico? O meu



problema com número médio: se você estiver com o pé no forno e a cabeça no freezer, a temperatura pode estar boa, mas você morre por causa das duas pontas. Então, usar número médio, que é a crítica que o Chico está fazendo sobre alocação de recursos com fator único, é furado.

Eu estou me dedicando este ano a construir um negócio que eu apelidei de “beneficiômetro” de sistema de proteção social no Brasil. Você citou aquilo que toda a mídia está sempre publicando. Quando você cita que até o dia 17 o Governo tinha arrecadado, por que você tem isso? Porque a FIESP e a Feira do Comércio lá em São Paulo botaram um contador de impostos. Eu acho que temos de colocar, independentemente também de partido político e de gestão, um contador de benefício.

Só para vocês terem uma ideia da capacidade distributiva da Seguridade Social — há um livro do Sólon, da ANFIP, de 2003, reeditado em 2010, lançado no Espaço Cultural da Câmara em 2001 —, 82% dos Municípios brasileiros recebem mais dinheiro de benefícios da Previdência Social do que a parcela do FPM transferida pela União. E 69% dos Municípios brasileiros têm mais dinheiro agregado naquele Município de benefício do que arrecada a Previdência Social.

Eu já montei o “beneficiômetro” da Previdência, estou montando agora o da assistência social. E o meu terceiro “beneficiômetro” vai ser o da saúde. Dessa forma, eu não tenho nenhuma dificuldade de ir para a rua discutir a recriação ou repatriação de recursos da CFMF. É óbvio que eu tenho a flexibilidade por não ser candidato, não precisar de voto de ninguém no futuro e tal. Não tenho nenhuma dificuldade de discutir.

Mas eu preciso mostrar o seguinte: esse dinheiro que arrecadamos aqui, e não é só no atual Governo, tem esta destinação que vai para cá. Aí, sim, eu vou ter possibilidade de contornar essas dificuldades políticas que estão aqui.

Nós só conseguimos construir coisas aqui neste Congresso quando juntou Oposição, Situação, independentemente de Governo, Câmara e Senado, e o conjunto de... Se não colocarmos interlocutores vários em torno da mesa, não vamos avançar nada. Você vai fazer um relatório superbacana, como esse cara que fez da proposta do Pinotti, do Mosconi, do Eduardo Jorge, do Waldir Pires e tal, ficou



parado um tempão. Aí veio o Urcisino, que era o PFL, carlista. No momento se construiu um espaço de consenso, aí, avançou.

Eu sei que vocês dois que estão em posições opostas em relação ao Governo atual têm um papel importantíssimo a ser desempenhado. O Perondi, que é da base do Governo, mas é uma base crítica, sempre crítica, também vai ter um papel importante.

(Não identificado) - Não sei para que uma base desse tamanho. Ela pode propor o que quiser.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Imagine: a maior frente que há nesse Congresso é a Frente Parlamentar da Saúde.

Agora, a minha sugestão é esta: que vocês se debrucem em torno da mesa com o interlocutor. E eu não tenho pudor nenhum, ouviu, Deputado? Ao lugar que o senhor quiser eu vou discutir com sua base, não é criação de novo imposto, o termo técnico é repatriar para os cofres públicos uma contribuição que a sociedade continuou pagando desde 2007. Eu não tenho nenhuma dúvida...

O SR. DEPUTADO MANDETTA - Tira uma e deixa essa. Tira a CIDE da gasolina...

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - É só direcionar para a atenção básica.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Está sendo gravada, Deputado Mandetta.

O SR. ELIAS ANTÔNIO JORGE - Eu queria agradecer profundamente esta oportunidade a mais de estar aqui. Espero que vocês tenham bom proveito nessa discussão.

O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Francisco, quer se despedir do grupo?

O SR. FRANCISCO CARLOS CARDOSO CAMPOS - Quero também só agradecer pela oportunidade e me colocar à disposição, individualmente. A instituição onde trabalho, a NESCON, é um órgão da Faculdade de Medicina. Temos lá, também, uma área de economia da saúde, e nos colocamos à disposição para qualquer aporte que os senhores julgarem necessários nessa área.

No mais, muito obrigado.



O SR. PRESIDENTE (Deputado Darcísio Perondi) - Muito bem! Muito obrigado, Prof. Elias. É o brilho de sempre, o provocador de sempre, mas com consistência. Como Presidente, digo que precisamos ouvir, ouvir, ouvir.

Eu acho que o Prof. Elias fez um alerta, e nós vamos discuti-lo com o Relator. De repente fazemos aqui uma discussão, puxamos na história a reforma tributária, Eu acho, que o Governo está fatiando essa reforma e não vai ressuscitá-la. Nós a enterramos, com a mobilização da sociedade, 3 anos atrás. Ele fez referência a ela. Acabava com as contribuições sociais e fazia tudo virar imposto. Aí o caos de fato seria terrível, seria o Apocalipse. Com a mobilização da sociedade, de mais de cem entidades, nós contribuimos sobremaneira para bloqueá-la, também aproveitando as dificuldades de entendimento em Estados e Municípios. Mas a sociedade se mobilizou, através do Congresso e de mais de cem entidades, e nós a impedimos. De todo modo, é interessante nós puxarmos isso.

Muito obrigado pela presença, Sras. e Srs. Deputados, todos os assessores e internautas também.

Quarta-feira que vem — será na quarta-feira e não na terça-feira —, tenho certeza de que a reunião será do mesmo nível, com os seguintes conferencistas — vou repetir —: Dr. Gilson Carvalho, Dra. Ligia Bahia e Dr. Áquilas Mendes, que são muito bons também.

Está encerrada a reunião.