



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR

REUNIÃO

06/08/2025 - 2ª - Comissão Mista da Medida Provisória nº 1301, de 2025

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE. Fala da Presidência.) - Havendo número regimental, declaro aberta a 2ª Reunião da Comissão Mista da Medida Provisória nº 1.301, de 2025, da 3ª Sessão Legislativa Ordinária da 57ª Legislatura.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública com o objetivo de debater a Medida Provisória nº 1.301, de 2025, em atenção do Requerimento 1/2025 da MP 1.301/2025, de autoria do Deputado Yury do Paredão.

Convido - e já está aqui, no lugar - o nosso querido Ministro da Saúde, Sr. Alexandre Padilha.

Antes de passar a palavra ao nosso convidado, comunico que esta reunião será interativa, transmitida ao vivo e aberta à participação dos interessados por meio do portal e-Cidadania, na internet, no endereço senado.leg.br/ecidadania ou por telefone 0800 0612211.

O relatório completo com todas as manifestações estará disponível no portal, assim como as apresentações que forem utilizadas pelos expositores.

Na exposição inicial, o nosso convidado poderá fazer uso da palavra por até 15 minutos. Ao fim da exposição, a palavra será concedida aos Parlamentares inscritos para fazerem suas perguntas ou comentários.

Com a palavra, nossa Excelência, o Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha.

O SR. ALEXANDRE PADILHA (Para expor.) - Muito obrigado, Sr. Presidente, meu colega, Deputado Yury do Paredão. Queria, em seu nome, saudar todos os Deputados, todas as Deputadas aqui presentes. Em nome do querido colega médico e Relator, Senador Otto Alencar, quero saudar todos os Senadores e Senadoras, Senadora Zenaide, também colega médica, e o nosso querido Vice-Presidente da Comissão, ex-Ministro da Saúde, Humberto Costa.

Eu vou fazer primeiro aqui, Presidente, uma apresentação, uma parte de apresentação geral do programa Agora Tem Especialistas, mas eu vou buscar focar naquilo que tem a ver com o texto da MP. Algumas ações não têm a ver com o texto da MP, mas, nas perguntas, nas dúvidas, nas críticas, fico à disposição dos nossos colegas Parlamentares.

Quero agradecer muito ao Presidente Davi Alcolumbre, ao Presidente Hugo Motta, ao Sr. Presidente Yury do Paredão, a instalação desta Comissão. Para nós é muito importante a instalação da Comissão, poder ter o debate. Quero fazer um agradecimento especial ao Raimundão, que foi Prefeito de Juazeiro - estava aqui junto com os Deputados do Ceará - e me deu essa imagem aqui do Padre Cícero. Vou botar aqui por enquanto, depois eu vou levar para o gabinete, está certo?

Primeiro a necessidade desse programa e dessa medida provisória surge de uma situação que o Ministério da Saúde considera como uma situação crítica, de urgência. A gente precisa, de fato, pensar em inovar as ações do SUS para poder enfrentar essa realidade: é a realidade da dificuldade das pessoas que estão no Sistema Único de Saúde para terem acesso ao atendimento especializado. É as pessoas estarem aguardando, esperando esse tempo. Hoje, sequer a gente consegue saber qual é o tempo nacional de espera para cada uma das especialidades. Uma das ações do programa é exatamente essa, uma das ações da medida provisória é exatamente para que se permita que a gente tenha essa fila.

A gente tem alguns dados que chamam a atenção. Por exemplo, estudos de institutos de pesquisa na área da saúde apontam, em 2023, que 370 mil óbitos por ano na saúde pública e privada no país acontecem relacionados ao diagnóstico, que é tardio.

Senhora, se pudesse sair daqui, porque eu consigo ver aqui a apresentação.

Houve um aumento de 37% dos custos do câncer exatamente pelo agravamento dos casos na situação de desassistência. O Brasil faz 67% a menos biópsias de câncer por ano do que é estimado para a necessidade da quantidade de possíveis casos novos feito pelo Inca. Um estudo publicado em 2022 mostrava o deslocamento dos pacientes no Brasil, sobretudo no Norte, Nordeste, Centro-Oeste, percorrendo de 210km até 870km para poderem fazer o seu tratamento, em função da concentração dos equipamentos e dos serviços em algumas regiões do país.

Nós fizemos um estudo, o Ministério da Saúde financiou, a Faculdade de Medicina da USP, a Associação Brasileira Médica apoiou, que é a Demografia Médica. A divulgação do Demografia Médica 2025 mostra que a concentração dos médicos especialistas no país é muito desproporcional em cada um dos estados. O DF, por exemplo, tem seis vezes mais médicos especialistas do que o estado que tem o menor número de médicos especialistas. Apenas 10% dos especialistas no Brasil atendem exclusivamente o SUS. Cerca de 30% dos médicos especialistas no Brasil estão vinculados só à rede privada e um intervalo de 60% tem dois vínculos.

É essa, inclusive, uma das grandes justificativas que fazem com que a medida provisória e o programa criem um mecanismo para que a gente possa levar pacientes do SUS que estão esperando uma cirurgia, um atendimento, para essa rede privada onde se concentram esses médicos especialistas, os equipamentos, as máquinas e o próprio arranjo para a realização das cirurgias e dos exames. E o transporte sanitário de levar um paciente para hemodiálise, um paciente para o diagnóstico do câncer, um paciente para a internação, consome até 35% do custo de saúde dos municípios da Região Norte do país. São dados levantados junto a secretarias municipais de saúde.

Então, nós lançamos esse programa que tem esses dez eixos. Eu vou falar de cada um dos eixos, daquilo que tem especificamente o conteúdo da medida provisória e a importância da medida provisória; mas eu não tenho dúvida nenhuma de que, depois da pandemia, é a maior mobilização da história da saúde do país, mobilização de toda a estrutura pública e privada para enfrentar um problema específico, que é o tempo de espera que as pessoas estão aguardando para atendimento médico especializado no Sistema Único de Saúde. A pandemia foi uma grande mobilização para enfrentar um vírus e toda a decorrência desse vírus. A gente tem uma mobilização permanente na saúde pública para vários problemas, mas essa é a maior mobilização que junta a saúde pública e a privada para enfrentar um problema específico, que é um problema que se agravou depois da pandemia, Senador Otto Alencar - o senhor que teve um trabalho espetacular durante a CPI da pandemia, junto com o Senador Humberto Costa, junto com a Senadora Zenaide.

A pandemia agravou esse problema. Por quê? Porque nós ficamos, por mais tempo do que deveríamos ter ficado, com os hospitais mais lotados do que deveríamos ter ficado; mais profissionais de saúde, inclusive médicos especialistas, morreram do que deveriam ter morrido na pandemia, fez-se com que tivessem sido cancelados exames laboratoriais, canceladas cirurgias eletivas, cancelados procedimentos de acompanhamento, ou seja, gerando um verdadeiro represamento dos problemas de atendimento médico especializado, que vieram para cima dos estados e municípios depois da pandemia, em 2023 e 2024, tanto que, mesmo o fato do esforço heroico feito pelo Governo Federal, por estados e por municípios, em 2023 e 2024, que fez com que em 2024 a gente tenha batido o recorde de cirurgias eletivas pelo SUS - mais de 14 milhões de cirurgias eletivas, nunca foi feita tanta cirurgia eletiva pelo SUS -, mesmo isso foi insuficiente para a gente enfrentar esse problema, por isso a importância do Agora Tem Especialistas, e, por isso, pela urgência, a importância da medida provisória, para que as ações possam acontecer o mais rápido possível.

Então, são dez grandes eixos. Eu vou falar, tratar de cada um deles, especificamente naquilo que tem a ver com a medida provisória.

Do que nós estamos falando nas especialidades prioritárias? Nós estamos estabelecendo como especialidades prioritárias... Isso já havia sido estabelecido pelo pacto do Conass e Conasems, quando se fez em 2023, 2024, tanto o esforço para cirurgias eletivas quanto para acesso a médicos especialistas, definindo seis grandes - tinham definido cinco grandes, nós acrescentamos uma sexta que é a ginecologia - especialidades médicas. São aquelas que têm o maior tempo de espera, a maior demanda para o acesso especializado, para o diagnóstico especializado, para a consulta especializada, para cirurgias eletivas, e, das cirurgias eletivas, são 1,3 mil tipos diferentes de cirurgias eletivas.

Para isso, organizamos - e o programa consolida isso - uma nova tabela, superando a tabela do SUS, que é uma tabela que eu falo que é uma tabela desse combo, desse combinado, o combinado Agora Tem Especialistas, no qual você paga um valor maior do que a tabela SUS para os procedimentos combinados, para que eles aconteçam juntos. Então, cardiologia, você precisa de um eletrocardiograma, de um ecocardiograma, da cintilografia, você paga tudo junto, cumprindo um

prazo específico... Quem faz isso é mais bem remunerado, é uma tabela nova desse combinado. Essa é uma das ações que envolve a medida provisória.

O primeiro eixo, que é a possibilidade... A medida provisória autoriza o Governo Federal a poder prestar serviço de média e alta complexidade para apoiar os estados e municípios. Essa é uma autorização que a medida provisória traz, por uma necessidade e uma urgência, porque muitas vezes o estado e o município sozinhos não conseguem organizar isso, ou porque eles não têm escala para isso, ou porque, quando ele vai organizar, porque a escala dele é pequena, o custo é muito alto, ou porque ele não consegue contratar, mobilizar profissionais, serviços e estruturas para dar conta disso.

Então, a primeira coisa que a medida provisória faz, que é inovadora, é autorizar o Governo Federal a organizar isso e ofertar isso para estado e município. Ela autoriza o Governo Federal a abrir um credenciamento para hospitais privados, filantrópicos, do SUS. Foi aberto, já, esse credenciamento em cima daquelas especialidades, 1,3 mil tipos de cirurgias, para os serviços que queiram ofertar isso para o SUS participarem desse credenciamento nacional. A contratação desse serviço é feita pelo estado e pelo município ou pelo Governo Federal quando o estado e o município não conseguem contratar, sempre de acordo com a necessidade do estado e do município: o Governo Federal não está criando e não vai criar uma fila própria de atendimento. A gente está conseguindo, pelo tamanho do Governo Federal, contratar mais cirurgias, mais exames, mais consultas especializadas e oferecer isso para a fila que já é organizada pelo estado e pelo município.

Então, esta é a primeira autorização que a medida provisória faz: permitir que o Governo Federal possa contratar serviços de média e alta complexidade que sejam complementares aos dos estados e municípios, autorizar que a gente faça um credenciamento privado desses serviços, autorizando o estado e o município a contratar, e permitir, inclusive, que o estado e o município façam ritos rápidos de contratação pela situação da urgência e emergência, por isso a importância também, porque a medida provisória prevê um rito específico - está em portaria já - para permitir que o estado e o município possam contratar mais rápido esses serviços que estão credenciados.

Aqui é só para dizer que já está aberto esse processo de contratação. Os municípios podem contratar... Só repetindo ali o que a gente estava falando.

A segunda é utilizar ao máximo a estrutura da rede pública. Aqui nesta situação, o que a medida provisória traz de novo é autorizar... Quando autoriza o Governo Federal a contratar esse serviço e oferecer para o estado e município, ela autoriza o Grupo Hospitalar Conceição, que muitos da área da saúde conhecem bem... Está aqui o Deputado Bohn Gass, do Rio Grande do Sul, que conhece muito bem o Grupo Hospitalar Conceição, que é uma empresa hospitalar desde o final dos anos 1970, do Governo Federal, que tem um complexo hospitalar no Rio Grande do Sul, que ajuda hoje o Ministério da Saúde nas ações da Força Nacional do Sul, nas ações emergenciais: foi fundamental no enfrentamento de situações emergenciais em todo o Brasil, foi decisivo no enfrentamento das enchentes do Rio Grande do Sul.

O Grupo Hospitalar Conceição, pela medida provisória, passa a ser autorizado, também, a poder contratar, sobretudo na Região Sul do país, serviços para serem ofertados por estados e municípios. Então, amplia a capacidade da estrutura da rede pública, do Governo Federal, de fazer isso.

Uma segunda ação que a medida provisória permite é que a AgSUS, aquela agência criada, consolidada aqui pelo Congresso Nacional - e a Senadora Zenaide teve um papel fundamental aqui na Comissão Mista no momento de formulação da AgSUS... Ela estava restrita à área indígena e uma reclamação que a gente recebia direto dos municípios do entorno da área indígena, às vezes, até do estado também, falava: "Poxa, a AgSUS vem aqui, contrata profissional para dentro do território indígena, às vezes consegue contratar um serviço, uma mobilização de cirurgia para dentro da área indígena, Senadora, e o município, que está ali está do lado, não tem o mesmo acesso; e se ele for fazer isso sozinho, ele não consegue". Então, a medida provisória autoriza a AgSUS a fazer esse processo de contratação também. Nós estamos agora, inclusive, nesta semana, num grande mutirão de atenção especializada para a área indígena no Médio e no Alto Solimões e vai poder envolver também os municípios do entorno, ajudando os municípios e o próprio estado em relação a isso. Então, autoriza a AgSUS a poder fazer esse processo de contratação.

Outra coisa é ampliar, junto com os estados e municípios, a estrutura que os estados e municípios já têm da rede pública para fazer atendimento em terceiro turno, igual fizemos, Senador Otto Alencar e Deputado Neto Carletto, lá na Bahia.

O Presidente Lula foi lá em Juazeiro, fazendo com que a policlínica que funcionava de segunda a sexta, normalmente durante o dia, passasse a funcionar à noite. O Presidente Lula, chegando lá à Policlínica de Juazeiro à noite, vendo cirurgia de catarata, exame de tomografia, exames eletivos, não emergenciais, acontecendo à noite na policlínica e no sábado também.

Estamos pactuando isso com os estados e municípios. O Ceará também está expandindo isso, Deputado Yury do Paredão, e vários estados já estão ampliando o serviço para que a gente possa garantir o atendimento em terceiro turno, no sábado e no domingo, para reduzir esse tempo de espera.

Aqui é só o detalhamento disso, mas naquilo em que mexe em relação à medida provisória tem também um grande esforço da Ebserh, com os hospitais universitários federais também começando a atender no terceiro turno, o GHC também no sábado e no domingo. Estamos fazendo grandes mutirões nos hospitais universitários federais. O primeiro foi no dia 5 de julho, o segundo vai ser no dia 13 de setembro agora. Os 45 hospitais universitários federais, dirigidos pelo ex-Ministro Arthur Chioro, da Ebserh, do Ministério da Educação, estão fazendo ao mesmo tempo um grande mutirão de vários tipos diferentes de cirurgias. Não será apenas uma cirurgia de uma especialidade única, mobilizando toda a capacidade da estrutura dos hospitais universitários federais brasileiros.

Aqui é um exemplo do mutirão de saúde indígena. Aqui, no caso, é a AgSUS. Ou seja, a medida provisória autorizou a AgSUS a também poder oferecer procedimentos de média e alta complexidades para território indígena e no entorno da área indígena, nos municípios e estados que solicitam essa participação junto do Governo Federal.

(Soa a campanha.)

O SR. ALEXANDRE PADILHA - O terceiro eixo é um mecanismo que nunca foi utilizado no SUS extremamente inovador. A medida provisória autoriza o Governo Federal a fazer isto e cria este programa dentro da medida provisória: é a possibilidade de trocarmos dívidas que hospitais e planos de saúde têm com a União, que nunca são pagas ou quando são pagas não reverterem mais em atendimento à saúde. No caso das dívidas dos hospitais, são dívidas tributárias, que vão lá para a conta geral da União. No caso das dívidas dos planos de saúde, é com o Fundo Nacional de Saúde; esse recurso vem como receita para o Fundo Nacional de Saúde, mas não significa ampliação de repasse para estado e município, ampliação de investimento, ou seja, não são pagas e, quando são pagas, não reverterem em mais atendimento à saúde, e a medida provisória autoriza o Governo Federal a trocar essas dívidas por mais cirurgias, mais exames, mais consultas especializadas ao paciente que está esperando no Sistema Único de Saúde.

Então isso permite...

Já fizemos a portaria. Está tendo processo aí de adesão. e mais de cem hospitais privados e filantrópicos já pediram a adesão, que está em análise já na Fazenda. A nossa expectativa é assinar os primeiros contratos ainda no mês de agosto. Para a abertura aos planos de saúde já foi feita a portaria. Essa semana vai abrir o sistema, tinha um prazo de cinco dias. A expectativa é também de vários operadores de planos de saúde poderem aderir. Nós esperamos também assinar os primeiros contratos já no mês de agosto.

Assinados os contratos, como é que funciona isso? O paciente que está ali esperando na fila do município ou na fila do estado, quando for chamado pela Secretaria Municipal ou pela Secretaria Estadual de Saúde, pode ser chamado para ser atendido no hospital que já atendia o SUS, no hospital próprio do município ou do estado, no hospital filantrópico, no hospital do plano de saúde que está trocando essa dívida, ou no hospital privado que não tinha contrato com o SUS e que passa a abrir as portas do SUS para esse atendimento.

Então, nós estamos trocando uma coisa que não voltava para a União e que, quando voltava, não virava em saúde, por mais saúde, mais cirurgia, mais atendimento, permitindo que o paciente do SUS possa ser atendido nesses hospitais e no plano de saúde sem pagar nada exatamente por conta daquele estudo que nós fizemos, que mostra que a maior concentração dos médicos especialistas, dessas especialidades e dos equipamentos está exatamente nesses hospitais privados de plano de saúde.

Então, a gente está investindo para que, cada vez mais, os hospitais do SUS, os hospitais públicos tenham essa estrutura, mas, ao mesmo tempo, de uma forma emergencial, levando os pacientes do SUS para serem atendidos nesses serviços. Então, só para todo mundo ter ideia, nossa expectativa é angariar dos hospitais R\$2 bilhões de crédito/ano, que é a abertura do crédito, e, neste ano, R\$750 milhões dos planos de saúde.

Qual é o valor de remuneração? É o mesmo valor que a gente está remunerando para estados e municípios dessa tabela nova do Agora Tem Especialistas, do combo, que chega a ser duas a duas vezes e meia maior que a tabela SUS, fazendo o combinado, ou seja, tem que fazer o atendimento combinado, não de forma fragmentada e com tempo fixo em relação a esse atendimento. Estou aqui só detalhando em relação a isso.

Tem um ponto importante que a gente anunciou junto com a portaria e o edital dos planos de saúde, que é a integração completa dos dados da saúde suplementar para a Rede Nacional de Dados em Saúde. Um dos artigos da medida provisória que é muito importante estabelece que União, estado, município, hospital público e privado tenham que subir para a chamada Rede Nacional de Dados em Saúde, que fica no Ministério da Saúde, os dados de atendimento, os dados da sua produção, para que se tenha maior controle sobre tudo o que está acontecendo, tenha-se uma noção melhor sobre a distribuição desses atendimentos no país e até para passar a ter, pela primeira vez - vou mostrar para vocês -, o placar geral dessas filas, porque ninguém sabe. Às vezes, Yury, o estado está na mesma cidade e não sabe qual é a fila da capital. Às vezes, cada um está numa fila separado, o que gera confusão no atendimento, perda de equidade. Então, uma das coisas

que a medida provisória nos permite é essa integração de dados da saúde suplementar com a Rede Nacional de Dados em Saúde. A gente vai ter todos os dados de atendimentos que os planos de saúde são obrigados a fornecerem para a ANS. A ANS faz, todo ano, um relatório desses atendimentos. Todos esses dados vêm agora para a Rede Nacional de Dados em Saúde do Ministério da Saúde. Então, a gente vai ter dados combinados, integrados entre SUS, saúde suplementar, de todos os usuários dos planos de saúde também.

Como nós vamos fazer um plano de integração definitiva de o número do cartão SUS estar vinculado ao CPF - e, com isso, o número do CPF passar a ser o número do SUS -, isso vai permitir um grande controle dos atendimentos, do que está acontecendo, melhor controle de gastos, melhor acompanhamento dos dados e integração também com outros dados do Governo, como o CadÚnico, dados do INSS, vai permitir a integração dos dados do conjunto do Governo Federal.

Nesse eslaide, é o quarto eixo, que é a ampliação da oferta de telessaúde. Um ponto importante da MP é a consolidação da Rede Nacional de Dados em Saúde; prevista apenas em portaria, passa a ser lei com a medida provisória, estabelece a necessidade de regulamentação - já saiu o decreto regulamentador pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva da Rede Nacional de Dados em Saúde, que permite três questões muito importantes para o programa. Como já falei, uma delas é a de que a gente monte um plano em que o CPF passe a ser o número definitivo do Sistema Único de Saúde.

Hoje, só para vocês terem ideia, hoje tem 280 milhões de números ativos do Cartão Nacional de Saúde, sendo que a gente tem 210, 212 milhões de habitantes. Muita gente tem um, dois, três cartões nacionais do SUS. Quando fui Ministro da outra vez, tinha gente que tinha cinco, seis cartões nacionais do SUS. É muito comum aos Parlamentares, que acompanham a sua cidade, chegar o Prefeito e falar: "Meu município tem 200 mil habitantes e tem 600 mil, 700 mil números de cartão nacional do SUS". Essa integração vai permitir inclusive a gente higienizar essa situação. Muitas vezes, a pessoa tirava um cartão porque não tinha ali o seu cartão anterior; com a unificação pelo CPF, a gente vai permitir essa integração melhor. Então, aqui, ampliação da oferta do Telessaúde. Nós estamos soltando dois editais, um para os núcleos de telessaúde que já existem no país, que são em geral ligados às universidades, institutos, hospitais de excelência, e outro para os próprios estados e municípios poderem organizar... Já estão organizando por conta própria, para a gente organizar isso como atendimento de telessaúde, para a gente reduzir a necessidade de filas, a quantidade de núcleos que a gente tem hoje. Já aumentou, dos dados que nós temos, de 1,5 milhão para 2,5 milhões, em 2024, de atendimentos pelo Telessaúde, esse dos núcleos que são coordenados pelo Ministério da Saúde. A gente ainda está buscando os dados dos estados e dos municípios.

O quinto eixo do programa tem a ver com câncer. Estou convencido de que nós temos tudo para consolidar a maior rede pública de prevenção, diagnóstico e tratamento de câncer do mundo, como nós fizemos: o Brasil tem o maior programa nacional de transplante público do mundo, e a gente tem tudo para fazer isso no câncer.

A medida provisória cria a necessidade de construirmos uma política para radioterapia e para o transporte para a radioterapia. Então ela autoriza o Ministério da Saúde a construir isso, pactuar com estados e municípios uma forma de financiamento, porque os Parlamentares aqui sabem do sofrimento das pessoas. Não vai ter radioterapia nem quimioterapia em todos os 5.570 municípios brasileiros; em geral, você tem que estar em centros especializados. Agora, o sofrimento que é esse deslocamento... Ao mesmo tempo, a gente não tem o dado do uso das radioterapias. Então a medida provisória nos autoriza a buscar até esse dado.

Para quê, Senador Otto Alencar? Para a gente ter um mapa do Brasil, porque a gente percebe, quando conversa com os municípios... Às vezes, você está numa divisa de uma cidade... Deputado Jorge Solla, a gente viveu uma situação em Lagarto, ali em Sergipe, que vocês estão vivendo ali. Às vezes, você tem uma situação num estado que está próximo da divisa onde o equipamento de radioterapia funciona até às três da tarde, fica sete horas ocioso e, no estado ali do lado, a pessoa precisando de radioterapia, é encaminhada para outra cidade, na capital, quando poderia estar sendo encaminhada para esse equipamento de radioterapia.

Então, a medida provisória cria essa necessidade da informação dos atendimentos da radioterapia no país, da utilização do equipamento de radioterapia, autoriza o Ministério da Saúde a ter uma política inclusive de repasse, de aumento de recursos para o tratamento de radioterapia, vinculado a quem expande o seu atendimento, a quem faz o atendimento em dois turnos, três turnos, para a gente girar mais rapidamente o atendimento de radioterapia no nosso país, e permite que o Ministério possa, junto com estados e municípios, pactuar um recurso para esse transporte sanitário acontecer de forma mais digna.

Então, esse é um artigo importante e somam-se a isso as outras ações que nós estamos fazendo, que não dependem da medida provisória, que é a compra dos novos aceleradores lineares. Vamos ter 121 novos aceleradores até o fim de 2026, e a criação desse Super Centro Brasil de Diagnóstico, telediagnóstico de câncer. O que é isso?

Nós pegamos o Hospital A.C. Camargo, que é um hospital privado, o maior centro especializado de câncer do nosso país, exclusivo de câncer no país, e ele se integrou àquele programa Proadi, que são os hospitais de excelência, e todo o recurso do Proadi está investido nisso: em ter um centro, que já começou a funcionar, que faça o diagnóstico, o laudo à distância de anatomopatologia das biópsias em todo o país. Esse centro vai poder produzir 400 mil laudos por ano.

Para vocês terem ideia, estudo do Inca prevê que a gente tenha 750 mil novos casos de câncer por ano. Então, só esse Super Centro Brasil do A.C. Camargo vai permitir que a gente faça mais da metade da necessidade de laudos de biópsia do Brasil. Vão ser oito centros regionais, coordenados pelo A.C. Camargo, permitindo que os estados e municípios possam mandar.

Hoje é uma dificuldade enorme. O gestor municipal tem dificuldade para conseguir a biópsia. Quando consegue fazer a biópsia - às vezes, demoram 60 dias para fazê-la -, para conseguir um anatomopatologista para fazer a leitura da biópsia demoram, às vezes, mais dois meses, três meses, atrasando o início do tratamento. Então, com esse Super Centro Brasil, esse laudo poderá ser emitido uma parte logística por correio, outra parte pelo próprio telelaudo, nesses oito pontos que o A.C. Camargo vai instituir. Já começamos a fazer funcionar isso nos Cacons e nos Unacons do país. Vai ter um salto importante no diagnóstico mais rápido das biópsias de câncer em todo o país.

O sexto eixo tem a ver com a formação. Nós estamos agindo na urgência, que é ampliar terceiro turno de serviços eletivos, não só os serviços de urgência, fazer mutirões em todo o país, levar pacientes do SUS para hospitais privados, hospitais filantrópicos e planos de saúde que já têm essa estrutura de atendimento, e estamos também agindo naquilo que é estruturante, que vai ter impacto de médio e longo prazos, por exemplo, na formação de médicos especialistas.

São duas grandes iniciativas. A medida provisória nos autorizou, criou esse programa específico para a formação de mais médicos especialistas, com duas estratégias.

A primeira, Senador Otto Alencar, é pegar aquele colega que já é médico especialista. O senhor é ortopedista. Então, ele já é um ortopedista, mas precisa de um aprimoramento numa técnica. Às vezes, quando fez a formação, ele fazia de tudo, hoje o cara só faz joelho. Então, a região precisa ter um ortopedista só de joelho. Ele vai lá e faz o aprimoramento dele. Hoje em dia, esse profissional, para fazer o aprimoramento, tem que pagar. Em geral, ele paga um curso da sociedade ou se vincula a um hospital de excelência. Ele banca por conta própria e aí não tem nenhum compromisso em devolver isso ao Sistema Único de Saúde. Então, a gente criou um programa em que os secretários estaduais e municipais listam os serviços que eles têm hoje, que têm a estrutura, mas não têm o especialista para aquela técnica. Então, por exemplo: tem muito hospital para o qual a secretaria estadual comprou equipamento de videolaparoscopia, está lá para fazer a cirurgia por videolaparoscopia. Ele só tem um cirurgião capacitado para isso. Então, ele sinaliza isso para o ministério e abre a possibilidade de esse profissional ser vinculado a esse serviço. Esse profissional vai para esse serviço, passa a ter uma bolsa do Ministério da Saúde para esse serviço e faz o aprimoramento dele em um centro de excelência no Brasil. Quem são os centros de excelência? Os hospitais do Proadi, que são Sírio-Libanês, Einstein, HCor, Oswaldo Cruz, Moinhos de Vento, A.C. Camargo, que entrou agora - todos eles são centros de excelência, estão abertos, já se vincularam e vão treinar esses profissionais -, além de hospitais universitários federais da nossa rede Ebserh.

Então, a nossa ideia inicial eram 500 bolsas, e vocês vão ver que a gente já subiu para 657, porque a demanda está boa. A gente permitiu o remanejamento de curso, e nós estamos aprimorando o médico que já é especialista. Ele não vai fazer especialidade por esse tempo, ele vai fazer um aprimoramento na especialidade dele.

Eu sempre estou falando isso, porque quando a gente lançou isso aqui, chegou a ter um rumor de que o Ministério da Saúde estava querendo formar especialistas em seis meses, um ano. Isso é mentira, inclusive já foi bem esclarecido isto: são médicos que já são especialistas, você vai adquirir para ele... Ontem, por exemplo, estava lá em Patos com o Presidente Hugo Motta - o Yury do Paredão sabe disto -, lá no interior da Paraíba, abriu um serviço de hemodinâmica - Romero, você sabe disso -, começou a atender... Eles têm a possibilidade de ampliar mais, para isso precisam ter médicos, cardiologistas, cirurgiões vasculares que aprendam essa técnica da hemodinâmica, e a gente vai permitir que possam treinar lá. Então, eles vão estar treinando, atendendo a população, ajudando a reduzir a fila e sendo aprimorados para um centro de excelência.

E a outra estratégia é o Ministério da Saúde colocar recurso, em parceria com a Associação Médica Brasileira, para abrir novas vagas de residência médica, que é o padrão ouro da formação de especialistas. Estamos prevendo mais 3 mil novas bolsas de residência, tem uma demanda de 1,5 mil já mapeada pelo Ministério da Educação - então, a expectativa é que possa já, neste segundo semestre, começar a abrir os concursos para isso -, e outras 1,5 mil estão sendo mapeadas, para a gente começar com 3 mil novas vagas de residência. Então, a medida provisória nos permitiu criar esse programa de aprimoramento dos médicos especialistas, de formação de mais médicos especialistas.

Aqui é só para vocês todos conhecerem o primeiro edital, a distribuição a gente já fez, pedindo para as secretarias estaduais, municipais listarem os equipamentos, os serviços para receberem esses médicos. Tem 1,778 mil vagas ao todo, a gente tem 635 médicos. Nós vamos, até o dia 10 de agosto, para o pessoal se inscrever para a gente selecionar. A gente colocou

um número maior de vagas, porque o médico vai ter a opção de escolher dois lugares. "Eu quero ir lá para Juazeiro na Bahia, tem um serviço que está precisando lá, tem o tomógrafo, tem a ressonância, precisa de um radiologista que fique lá fixo. Eu quero aprender mais essa técnica". Então, pode ir para lá. Ou a outra opção dele é ir para Juazeiro, aqui do Yury do Paredão, porque tem um hospital regional lá em Juazeiro. Então, ele faz duas opções, é por isso que a gente coloca mais estabelecimento do que o número de vagas de 635.

Até domingo estará aberta a inscrição. Até ontem tinham 500 médicos já inscritos. Então, até domingo, dia 10/08. Quem puder, avise os colegas. Os meus colegas médicos aqui, se quiserem fazer um aprimoramento - viu, Senador Otto Alencar? -, podem se inscrever também. É de 10 a 20 horas a bolsa, então podem participar ativamente aí, dá para manter a atividade parlamentar também. Estou brincando. (*Risos.*)

Aqui são as instituições que se inscreveram. Então, quantas vagas cada uma delas vai acompanhar e supervisionar. Aqui são os hospitais, são 16 hospitais universitários federais. Então, o médico vai estar lá no hospital do interior, no hospital da região metropolitana, atendendo, fazendo o treinamento, fazendo todo o atendimento lá, sendo acompanhado e supervisionado por um hospital de excelência. Às vezes, ele vai ficar por uma semana no hospital de excelência; às vezes, o médico do hospital de excelência vai para lá. Nós estamos fazendo cirurgias cardíacas no Estado do Amazonas, em Pernambuco, fizemos outro dia no Imip - o Senador Humberto Costa viu -, no Ceará fizemos lá em Fortaleza, temos acompanhado por teleatendimento, com o Hcor, do Prof. Fábio Jatene, lá em São Paulo. Então, temos monitoramento permanente, aprimoramento e estímulo para a fixação desse profissional médico. Aqui, os hospitais do Proadi, cada um também oferecendo várias vagas de aprimoramento para a gente ampliar a formação de médicos especialistas e a fixação nos locais que mais precisam.

O sétimo eixo. A medida provisória, ao autorizar o Governo Federal e a gestão do Governo Federal a entrarem em serviço de média complexidade e oferecer isso para estados e municípios, permitiu que a gente pudesse criar esse programa, que é com carretas móveis e vai ser feito pela AgSUS.

Tem vários Parlamentares interessados em apresentar emendas; tem Parlamentares aqui que já fazem programas como esse. Agora, a gente permite que se possa fazer isso de forma organizada pela AgSUS, com uma escala maior e com aquele foco.

A nossa meta é irem 150 carretas, em cobertura de vazios, para fazer procedimentos de média complexidade e algumas cirurgias que são possíveis de serem feitas nessas carretas - tem carreta com tomografia. Já abrimos aí o processo de credenciamento desse serviço e a expectativa é de, já no mês de outubro, ter os primeiros serviços espalhados pelo Brasil.

Tem vários Parlamentares querendo apresentar emendas para isso e querem, inclusive, pegar as emendas de Comissão e de bancada, o que eu acho bem interessante também, porque passa a ser uma coisa estruturante. Para isso - Líder Randolfe, já comentei com o senhor -, a gente já até encaminhou um PLN nesse sentido, para permitir colocar na rubrica da AgSUS, porque é uma rubrica nacional. Então, podem-se, inclusive, utilizar recursos das emendas de Comissão e das emendas de bancada para isso, e eu acho que é uma oportunidade importante para os Parlamentares.

Uma outra ação é o transporte sanitário. Pela primeira vez, o Ministério da Saúde vai adquirir ambulâncias, vans e micro-ônibus, para garantir o transporte digno dos pacientes nesse esforço para os serviços especializados. Os senhores sabem que a gente só adquire hoje ambulâncias para o Samu; e a gente está criando um novo serviço de transporte sanitário. Também há muitos Parlamentares já apresentando emenda parlamentar para essa aquisição.

A gente tem um valor inicial com recursos do PAC e estamos remanejando recursos de outras ações do PAC, porque, na nossa avaliação, o andamento não estava a contento. Então, estamos criando essa nova ação dentro do PAC, permitindo que a gente possa investir no transporte sanitário.

O oitavo eixo é a comunicação direta com o cidadão, para que o cidadão possa, inclusive, cobrar e avaliar esses serviços. Então, a cada paciente atendido por aquela tabela... A tabela Agora Tem Especialistas do combo, tanto de diagnóstico e exames quanto de cirurgias eletivas; e, quando o estado, o município ou o hospital sobe essa informação para a Rede Nacional de Dados em Saúde, ele permite que a gente possa entrar em contato com esse paciente, via zap, via o Meu SUS Digital, para que ele possa fazer uma avaliação daquele serviço e nos ajudar a fiscalizar, entrar em contato sobre isso. A ouvidoria do 136 também é um mecanismo para isso.

E, aqui, é o painel de monitoramento. A medida provisória dá um passo muito importante para obrigar a União, estados, municípios, hospitais públicos, privados e todos os outros hospitais que não servem ao SUS, mas que passam a incorporar o programa ou que vão trocar dívidas, no caso dos hospitais privados ou planos de saúde, a subir essa informação para a Rede Nacional de Dados em Saúde e a gente ter um grande painel nacional de monitoramento.

Desde a edição da medida provisória, vários estados já começaram a integrar esse dado. Nós temos alguns estados em andamento. No Paraná, Rio de Janeiro, Bahia, Sergipe, Rio Grande do Norte, já está bem resolvido, ouviu, Senador

Otto? Eu sei que o senhor já ia ligar lá para a Secretária Roberta para perguntar o que está acontecendo, mas já está bem encaminhado - era mais a parte tecnológica. Em Minas Gerais e Mato Grosso do Sul, a gente ainda está com uma certa pendência; em São Paulo também. Estamos em conversa para que a gente tenha esse dado. Pela primeira vez, nós vamos ter o dado nacional.

Todo mundo pergunta: "Ah, mas qual é o tempo que as pessoas estão esperando para ortopedia?". Hoje, ninguém sabe dizer qual é o dado nacional sobre isso, porque não sobe esse dado; e, a partir daqui, vai começar a subir. Hoje, tem vários secretários estaduais de saúde que não sabem qual é o dado da capital, como eu estava falando. Com isso aqui, todo mundo vai começar a saber e você vai poder planejar as ações.

Inclusive, o estado, para poder receber aquelas cirurgias, exames, atendimentos, por exemplo, dos planos de saúde, dos hospitais privados ou das carretas, vai ter que subir o dado. O dado vai ter que estar integrado, senão não pode receber e a gente vai mandar esses procedimentos para outros estados ou para outros municípios, está certo? Isso está dentro da medida provisória, é um artigo importante da medida provisória.

Estão aqui os dados da Rede Nacional de Dados em Saúde. Um dos eixos é o fortalecimento da atenção primária em saúde. Ninguém reduz tempo de espera para atendimento especializado sem fortalecer a atenção primária. Então, a gente não está abandonando, pelo contrário, estamos fortalecendo ainda mais a atenção primária em saúde, tem vários investimentos de equipamentos dentro do programa para atenção...

Vou passar mais rápido.

Aqui só a parte da gestão que é feita em parceria permanente com estados e municípios — essa é uma ação. Muita gente perguntou: por que o Ministério da Saúde, ou seja, o Governo Federal vai entrar agora em procedimento de média e alta complexidade que era só feito por estado e município, ele vai substituir o papel? Não, muito pelo contrário. A gente está entrando pela escala que o Governo Federal tem, são coisas que só a União pode fazer, como, por exemplo, trocar dívida com o plano de saúde e dívida tributária do Tesouro da Fazenda por atendimento — só a União pode fazer. O estado, se quiser fazer isso, não vai poder fazer, porque ele não faz a negociação dessa dívida. O município, se quiser fazer, não pode fazer. Então, são coisas que só a União pode fazer.

O fato de a União entrar dá mais estabilidade também para quem quer prestar esse serviço, nisso também tem um componente importante, e o fato de a União entrar constrói essa integração. Assim como foi no programa Mais Médicos, Senadora Zenaide, a senhora que teve um papel tão decisivo na Comissão Mista aqui da MP, onde o Governo Federal começou a fazer algo que não fazia antes: prover um médico para atenção primária. Antes era só o município que tinha que contratar, só que o município sozinho não conseguia contratar. Quando a gente lançou o Mais Médicos lá atrás, mil municípios não conseguiam ter um médico dentro do seu município.

O Governo Federal entrou e ele tem mecanismos que o município sozinho não tem. Então, permite levar esse profissional para o município e para os estados. A mesma coisa: a gente tem mecanismos que o município e os estados sozinhos não conseguem ter de contratação desse atendimento médico especializado.

Aqui é só... Toda a medida provisória, os decretos, as portarias que já foram editadas desde o lançamento da medida provisória. Aqui esses editais. Aqui estão com inscrições abertas, já foram editadas também. Todos os atos normativos que já estão em andamento, o programa já está funcionando.

Ontem, eu estava lá na Paraíba credenciando o serviço de cardiologia e traumatologia — já dentro do programa Agora Tem Especialistas —, inaugurando o novo hospital da mulher de João Pessoa, que ampliou de matéria infantil para ginecologia, Agora Tem Especialistas. Bohn Gass, sabe aqui no Rio Grande do Sul, o GHC já está fazendo atendimento em terceiro turno, zerou a fila em Porto Alegre de radioterapia e diagnóstico de câncer de mama na cidade de Porto Alegre. Esse esforço do GHC junto com o Município de Porto Alegre — vários colegas Parlamentares estão aqui.

E eu queria agradecer muito e antes de terminar aqui a palavra, eu queria citar o nosso Deputado Julio Lopes. Eu falei aqui do nosso plano: nós vamos, até o final deste Governo, fazer com que o CPF seja o número único do Sistema Único de Saúde, número único da saúde. Pode contar com a gente, viu, Deputado Julio Lopes. E esse programa nos ajuda muito, porque a medida provisória obriga que essa informação suba para a Rede Nacional de Dados em Saúde.

Muito obrigado, Presidente Yury.

Fico à disposição aqui dos nossos colegas Parlamentares para as dúvidas, críticas e interações sobre o programa.

Muito obrigado. (*Palmas.*)

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Quero parabenizar o Ministro Padilha pela excelente apresentação.

O senhor dizia que o SUS é um patrimônio do Brasil e eu tenho certeza de que o SUS está ganhando muito com o Ministro Padilha à frente do Ministério da Saúde, com toda a sua vontade de fazer cada vez mais pelo SUS, pela sua vontade de inovação, pela sua garra e pelo seu conhecimento também sobre a matéria que é a saúde.

Então, feitas as considerações iniciais pelo nosso convidado, irei passar a palavra às Sras. e aos Srs. Parlamentares na ordem de inscrição, por até três minutos.

Nós temos aqui seis inscritos. Eu vou começar por mim.

Ministro Padilha, eu verifico uma alta demanda em cidades do interior do Ceará por diversas cirurgias. Os moradores de várias localidades se deslocam para a capital ou para outras cidades que tenham hospitais de médio ou grande porte, para realizar cirurgias. Como o Agora Tem Especialistas lidará com as demandas por cirurgias de pequenas cidades?

Segunda pergunta: sempre digo aos Prefeitos que saúde deve ser prioridade na gestão. Qual será o papel dos Prefeitos no programa Agora Tem Especialistas?

A terceira pergunta: existirão áreas prioritárias para a realização de cirurgias, por exemplo, cirurgias de hérnia, de câncer, entre outras?

E a quarta pergunta: existirá uma fila para os demandantes de cirurgia? Quem organizará essa fila? Uma pessoa que está há cinco anos, precisando fazer uma cirurgia de hérnia terá prioridade?

Então, pessoal, eu vou dividir aqui em blocos de três Parlamentares. Os Parlamentares farão as perguntas, o Ministro responderá, e depois nós passaremos assim, em cada bloco.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco/PT - AP) - Presidente, pela ordem, rapidamente.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Pois não, Líder Randolfe.

O SR. RANDOLFE RODRIGUES (Bloco/PT - AP. Pela ordem.) - Eu queria só saudar o meu querido Ministro Alexandre Padilha. Pelas notórias razões que todos sabem, nós estávamos em outra reunião, eu não estive... não pude acolhê-lo.

Há tanto tempo que eu o convidava para visitar a nossa Liderança, e, quando ele chega à nossa Liderança, é o momento em que eu acabo não podendo acolhê-lo. Então, peço desculpas ao Ministro Padilha por isso, mas, ao mesmo tempo, cumprimento-o por essa medida provisória, que é uma revolução para a saúde pública do Brasil. É uma medida que, na verdade, enfrenta um problema crônico da saúde pública brasileira, que é o problema da ausência de especialistas.

Vou... Iremos deixar o meu querido Vice-Líder Bohn Gass aqui, conduzindo a Liderança do Governo nesta Comissão Mista, porque nós também estamos sendo chamados pelo Presidente Alcolumbre para uma reunião de Líderes neste momento, para tentar resolver as razões do impasse que neste momento impedem que medidas provisórias tão importantes como essa possam avançar aqui no Congresso Nacional.

Mas eu queria só, aqui, dar as boas-vindas ao Ministro Padilha. Eu não tenho dúvida: nós tivemos excelentes Ministros da Saúde ao longo da história do Brasil, sobretudo nos Governos do Presidente Lula. O senhor foi um desses; o Ministro Humberto foi outro desses.

Eu tenho certeza de que o senhor virará uma página importante da história. É um aperfeiçoamento no SUS essa medida que está sendo adotada, e que, sem dúvida, ficará na história da saúde pública brasileira.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Muito obrigado, Líder Randolfe.

Eu passo a palavra ao Deputado Duarte Jr. por até três minutos, Deputado Duarte.

O SR. DUARTE JR. (Bloco/PSB - MA. Para interpelar.) - Sr. Presidente, cumprimento V. Exa., cumprimento todos os Deputados, Deputadas, Senadores, Senadoras, muito especialmente o Ministro Padilha.

Como são apenas três minutos, eu quero, objetivamente, ir aos questionamentos e, claro, parabenizar o Ministro Padilha e o Presidente Lula pela iniciativa de fazer um projeto tão importante, que visa a cuidar daquilo que é fundamental, que é a saúde, de garantir especialistas, garantir médicos para aqueles que mais precisam. Esse programa é fundamental e acerta quando busca garantir recursos por meio de dívidas que os planos de saúde têm perante o Sistema Único de Saúde.

O que acontece hoje? O consumidor paga o plano de saúde, o plano de saúde nega o atendimento, e quem garante o atendimento é o Sistema Único de Saúde. E o Sistema Único de Saúde, por sua vez, não é ressarcido, não é reparado, não é indenizado, não é pago pelos planos de saúde, que lucram bilhões e devem bilhões ao Sistema Único de Saúde. Então, o Agora Tem Especialista, ao tempo em que garante o atendimento, garante o pagamento dessa dívida em forma de resultado, em forma de entrega, em forma de prestação de serviço para quem não pode pagar.

Nessa linha, Ministro Padilha, eu quero aqui fazer os seguintes questionamentos. Primeiro, como funcionarão as tabelas de valores dos procedimentos do programa? O Governo vai pagar valores iguais ou valores maiores às operadoras de planos de saúde e às entidades? O segundo questionamento é: pelo que eu observei, são seis especialidades. Será possível, nestas audiências, através do relatório aqui apresentado pelo Senador Otto, com o qual nós vamos colaborar, os Senadores e os Deputados também vão colaborar, acrescentar alguma outra especialidade? Por exemplo, a luta da minha vida é a luta pela inclusão, a luta pelo direito das pessoas com deficiência. A gente sabe da tremenda necessidade de pessoas com autismo, de pessoas com trissomia do 21 e de pessoas com deficiência de terem acesso a terapias, à fisioterapia, à terapia ocupacional, à fonoaudiologia. Será possível a gente acrescentar...

(Soa a campanha.)

O SR. DUARTE JR. (Bloco/PSB - MA) - ... essas especialidades?

A rescisão unilateral do contrato, na linha dos planos de saúde - já que essa medida provisória altera a Lei 8.080, a Lei do SUS, e a Lei 9.656, de 1998, que é a lei que trata da saúde suplementar -, seria possível? Qual a visão de V. Exa. sobre a possibilidade de inserir nessa medida provisória a proibição da rescisão unilateral do contrato por parte dos planos de saúde?

Ora, se o plano de saúde é contratado e presta um serviço espontaneamente, não é justo que o plano, na hora em que ele bem deseje, unilateralmente cancele o contrato com o consumidor. Então, seria possível contar com o seu apoio para que a gente proíba a rescisão unilateral do contrato por parte dos planos de saúde?

Segundo ponto - e aqui o parabenizo - é a importância dos dados, a importância de se conservar dados. Aqui, a MP traz essa possibilidade de se conservarem dados para a efetivação de políticas públicas na área da saúde. A gente consegue identificar, com essa MP, a fiscalização das filas e saber qual é o tamanho da fila para uma determinada cirurgia, para uma determinada consulta ou para um determinado exame. A gente consegue unificar os dados, porque hoje não há uma unificação: o sistema é único de saúde. E hoje não há uma unificação...

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Mais um minuto para concluir, Deputado Duarte.

O SR. DUARTE JR. (Bloco/PSB - MA) - Obrigado, Presidente.

Pois, quando o sujeito, o consumidor é atendido por um plano de saúde em um hospital particular, ele faz um determinado procedimento e, quando ele vai para o SUS, ele precisa repetir esse procedimento, porque não há uma unificação. Quando ele é atendido num sistema de urgência e emergência num hospital público, faz uma ressonância ou um exame e vai no mesmo dia para um hospital particular, ele precisa repetir esse procedimento, porque não há uma conexão. Então, essa sugestão aí é fundamental, e eu o parabenizo. Inclusive, apresentei a Emenda 12, ratificando essa importância de ter esses dados públicos, controlados e fiscalizados pelo Ministério da Saúde.

Por fim - e aqui eu peço perdão por me estender no questionamento -, eu apresentei a Emenda 74, que visa à fiscalização desses planos, porque - vejam só -, a partir do momento em que a gente vai, através dessa MP, garantir que aquele plano de saúde que nega o atendimento, e aquele atendimento é realizado pelo SUS, logo há uma dívida do plano de saúde que negou o atendimento ao consumidor, e esse serviço é prestado pelo SUS... A gente não pode tolerar que esse plano que fez uma permuta, uma compensação de sua dívida, venha a atender aquele consumidor, porque diretamente ele já pagou.

Imaginem que eu tenha um plano de saúde, a Amil - exemplo. Esse plano de saúde nega o atendimento...

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Só para concluir, porque o nosso Relator vai ter que falar, pois ele vai ter que ir à reunião de Líderes.

O SR. DUARTE JR. (PSB - MA) - Para concluir - é porque é uma pergunta realmente pertinente.

A partir do momento que a gente tem um plano de saúde - a Amil, por exemplo - e ele nega o atendimento ao consumidor que a ele diretamente paga; ele é atendido pelo SUS e, a partir do momento que esse atendimento é uma compensação feita em razão da dívida desse plano, é como se o plano estivesse recebendo duas vezes: o pagamento do consumidor e a compensação da dívida.

Então, nesta Emenda 74, a gente estabelece...

(Soa a campanha.)

O SR. DUARTE JR. (PSB - MA) - ... um controle de fiscalização para que esse consumidor e o Estado não venham a pagar duas vezes ao mesmo prestador de serviço.

São esses os questionamentos.

Agradeço a oportunidade e contem com todo o meu apoio. O Presidente Lula conta com todo o meu apoio, o Ministro Padilha conta com todo o meu apoio para que a gente possa avançar com esse projeto Agora Tem Especialistas.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Muito obrigado, Deputado Duarte Jr.

Eu queria passar a palavra ao nosso Exmo. Relator, Senador Otto Alencar.

O SR. OTTO ALENCAR (PSD - BA. Pela ordem.) - Eu quero agradecer ao Presidente da Comissão, o Deputado Yuri do Paredão, e parabenizar o Ministro Alexandre Padilha pela exposição que ele fez. Ele foi didático, clínico e cirúrgico, de tal forma que eu vou colaborar da melhor forma possível, sobretudo porque esta medida provisória, na letra da lei, vai aproximar mais os especialistas, aqueles que fazem as cirurgias eletivas, colocá-los mais próximos do paciente.

Eu acho que ficou faltando uma coisinha que eu entendo como fundamental. No transporte de pacientes, é muito doloroso no Brasil - é no meu estado e deve ser em outros estados também - o atendimento aos pacientes renais crônicos, que precisam de tratamento especializado, hemodiálise, e que hoje atravessam quilômetros e quilômetros para chegar a um hospital, a uma clínica que possa fazer a hemodiálise.

Seria uma coisa importante a se introduzir nesta medida provisória, até porque eu vejo uma demanda muito reprimida acho que no Brasil inteiro, pelos dados, aquilo que a gente recebe. Então, talvez a gente possa propor isso no relatório de acordo com aquilo que a medida provisória pode disponibilizar de recursos para avançar mais nesse sentido.

Eu vou me retirar, porque eu fui convocado aqui pelo Davi para uma reunião lá na residência oficial - já vou levar alguma anestesia, Lexotan e um balde de água fria para a gente ver se acalma essa situação que nós estamos vivendo aqui no Congresso Nacional.

Muito obrigado a todos.

Perdoem-me a saída. (*Risos.*) (*Palmas.*)

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Muito obrigado, Senador Otto Alencar, pela participação.

Muito me honra estar aqui ao lado de V. Exa. na presidência dessa medida provisória tão importante para o nosso país. Tenho certeza de que V. Exa., com toda a experiência, como médico e como Parlamentar, irá fazer um brilhante relatório para ajudar nesse programa que será uma revolução na saúde do nosso país, que é o Mais Especialistas.

Então, estamos aqui encerrando o bloco com três Parlamentares. Irei passar a palavra ao nosso Ministro Padilha para que ele possa responder.

O próximo será o nosso...

O SR. HUMBERTO COSTA (PT - PE. Pela ordem.) - Quantos mais tem?

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - V. Exa. é o próximo.

O SR. HUMBERTO COSTA (PT - PE) - Eu digo: quantos faltam mais?

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Faltam mais cinco.

O SR. ALEXANDRE PADILHA (*Fora do microfone.*) - Quer juntar todo mundo?

O SR. HUMBERTO COSTA (PT - PE) - Talvez cinco fique muito.

O SR. ALEXANDRE PADILHA (*Fora do microfone.*) - Às vezes o Parlamentar tem que sair. Por mim, tudo bem.

O SR. HUMBERTO COSTA (PT - PE) - V. Exa. é quem sabe.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Se V. Exa. achar que não vão ficar muitas perguntas para responder.

O SR. ALEXANDRE PADILHA - Não tem problema, não.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco/PT - PE. Para interpelar.) - Pronto, aí falam todos os cinco já.

Eu queria primeiro dizer que esse programa, esse projeto é uma das coisas mais bem feitas que a gente teve a oportunidade de ver, não somente na área da saúde, mas como política pública de um modo geral. Ele é engenhoso, ele fecha vários aspectos e eu acho que, principalmente, ele ataca um ponto nevrálgico, crucial do Sistema Único de Saúde, que é exatamente o atendimento de média complexidade, o atendimento especializado.

O nosso Governo, Ministro - e V. Exa. teve um papel importantíssimo nisso -, conseguiu fazer com que a área da atenção primária fosse qualificada, com que ela se ampliasse fortemente; conseguiu que a área da alta complexidade fosse, hoje, uma das que mais têm integralidade no mundo e das que oferecem as coisas mais modernas. Com essa proposta em relação ao atendimento especializado, eu acho que nós não vamos ter só o maior sistema de saúde público do mundo, mas o melhor também! Isto aqui é uma coisa muito importante, de modo que eu queria parabenizá-lo e parabenizar todos que, juntamente com V. Exa., elaboraram essa proposição.

Eu queria só fazer duas perguntas.

Uma é no sentido do seguinte: quando se fala dessa troca das dívidas por serviços - uma coisa que sempre se falou muito, e agora vem uma proposta concreta para isso -, quais são as dívidas? Por exemplo, eu vi que fala em hospitais filantrópicos. Os hospitais filantrópicos já são isentos do pagamento de muitos impostos, até mesmo dos gastos previdenciários. Como é que se enquadraria aí? Isso também do ponto de vista dos planos de saúde e do ponto de vista dos hospitais privados.

A outra pergunta que eu... E eu quero dizer que eu concordo plenamente com a preocupação do Deputado Duarte Jr...

(Soa a campanha.)

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco/PT - PE) - ... sobre como fica essa questão do ressarcimento também, porque é uma outra modelagem. Por último, eu lhe pergunto: como é que nós vamos garantir que esse modelo da compra do serviço privado não vá quebrar, não vá criar uma dupla porta, um atendimento diferenciado para as pessoas que advêm do SUS?

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Muito obrigado, Senador Humberto Costa.

Passo a palavra ao Deputado Dr. Francisco.

O SR. DR. FRANCISCO (Bloco/PT - PI. Para interpelar.) - Saudações aqui, Sr. Presidente. Quero saudar aqui também o Ministro Padilha e os demais Parlamentares.

Primeiro, Ministro, quero elogiar aqui a desenvoltura do Ministério da Saúde para customizar um programa desta grandeza. A exemplo do que colocou agora o Senador Humberto Costa, o Brasil já avançou muito na estruturação da atenção primária à saúde, mas acabava o paciente, quando precisava do acesso a consulta, exames, procedimentos cirúrgicos especializados, tendo muita dificuldade. A gente vê que esse programa, com robustez, vai conseguir impactar significativamente essa lacuna que a gente percebia que tinha no Sistema Único de Saúde.

Então, fico muito feliz de ver a forma com que esse programa está alcançando tanto a questão da formação dos especialistas, qualificando cada vez mais essa mão de obra para aumentar sua resolutividade, estimulando a fixação, como também o que vai ampliar do atendimento assistencial, com essa modelagem, utilizando tecnologia, a telessaúde, o acesso através das carretas.

Eu queria só fazer aqui uns pequenos questionamentos. A gente vê que o programa já define as seis especialidades, e nós temos uma realidade, na população brasileira, de que a taxa de mortalidade maior, principalmente das doenças crônicas não transmissíveis, nós temos ali, hierarquicamente, as doenças cardiovasculares, o câncer, essas aí já estão bem contempladas, mas o diabetes também tem um impacto muito grande na mortalidade. Eu queria sugerir, ver a possibilidade de se estruturar, ao longo do tempo, a inclusão da especialidade endocrinologia, considerando que nós já temos uma atuação forte, o cuidado lá na atenção primária, tem até o Programa Hiperdia, é um dos focos da atenção primária cuidar dos pacientes com diabetes para evitar complicações, mas esse paciente, quando complica, vai precisar realmente, porque o diabetes, a obesidade, a síndrome metabólica...

(Soa a campanha.)

O SR. DR. FRANCISCO (Bloco/PT - PI) - ... de um modo geral, acaba sendo um fator de risco para as doenças cardiovasculares. Então, gostaria que a gente pudesse avaliar, ver se é possível a inclusão, em uma outra etapa, dessa especialidade.

Para finalizar, Ministro, era mais saber sobre... Queria entender melhor como é que essas carretas, que esses serviços itinerantes, que são extremamente importantes, porque conseguem chegar às cidades menores... Eu sou do Estado do Piauí, a gente tem uma realidade que tem muitos municípios pequenos e que precisa assegurar esse acesso. Como é que vai ser essa modelagem, a forma de contratação para a gente garantir esse acesso?

Parabéns pelo trabalho!

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Muito obrigado, Deputado Dr. Francisco.

Quero conceder a palavra ao Deputado Jorge Solla.

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA. Para interpelar.) - Ministro, quero parabenizá-lo pelo trabalho que vem sendo desenvolvido.

Eu acho que uma questão que eu queria ressaltar é que é de um nível de complexidade tão grande esse objeto sobre o qual o ministério está se debruçando que não é por acaso que precisa de um rol de diversas ações atuando em modalidades diferentes para atender o alcance necessário.

Eu queria destacar primeiro algumas coisas que acho que são fundamentais. A questão do cartão SUS, do CPF, unificando, que a gente já conversou anteriormente, isso eu acho que vai ser muito importante; e, com ele, a fila única ou a lista única de espera e de encaminhamento, isso que, inclusive, pode evitar problemas com a contratação de serviços, com o ressarcimento pelos planos de saúde. Se tem uma lista única, se tem uma orientação única, um encaminhamento único, isso dá um bloqueio.

Outra coisa: o prontuário eletrônico, que vai racionalizar também o uso desses recursos e disponibilizá-los. A tecnologia hoje, felizmente, está disponível, o que precisa é a gente ampliar.

Eu senti falta, Ministro, de algumas coisas. Primeiro, foi apresentada aí ampliação de turnos nas policlínicas, como se vem fazendo lá com a Bahia e com o Ceará, mas eu acho que essa modalidade que tem sido implantada no Ceará e na Bahia - e o PAC colocou, eu diria, até de forma ainda tímida - merece uma abrangência maior pela resposta, pela efetividade que esse modelo tem dado na oferta, especialmente de consultas e exames diagnósticos, regionalmente.

Segundo, a ausência em relação à rede de escolas do SUS. A maior parte dessas escolas nos estados são quem coordenam...

(Soa a campanha.)

O SR. JORGE SOLLA (Bloco/PT - BA) - ... são as que coordenam os programas de formação de especialistas, os programas de residência médica.

Uma preocupação também - além das ameaças das *fake news*, como já foi comentado: nós temos uma ameaça em relação ao Exame Nacional de Avaliação da Formação Médica, que na modalidade atual do Enamed, é a seleção para os programas de residência. Esse formato - que traz o modelo que substituiu os vestibulares da graduação do Enem Sisu e seria o nosso Enem Sisu para residências - tem um potencial gigantesco, porque muitas vagas de residência ficam ociosas, porque hoje as provas são separadas e, às vezes, o profissional não tem tempo nem recurso para sair, fazendo seleção de residência em vários estados. Então, isso fará, com certeza, também com que se utilizem melhor as vagas existentes e dará maior perspectiva.

Por último - porque o tempo já estourou, e são tantas questões -, eu quero chamar a atenção para esse investimento dos novos 121 aceleradores até o final de 2026 e parabenizar o investimento, que foi feito no Governo da Presidente Dilma,...

(Soa a campanha.)

O SR. JORGE SOLLA (Bloco/PT - BA) - ... ficou parado no governo das trevas. A gente parabeniza que volta novamente o Governo brasileiro a investir na aquisição de aceleradores lineares, com isso, ampliando o acesso regional a essa modalidade.

Obrigado, Ministro.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Muito obrigado pela participação, Deputado Jorge Solla.

Quero conceder a palavra ao Deputado Bohn Gass.

O SR. BOHN GASS (PT - RS. Para interpelar.) - Presidente Yury - quero parabenizá-lo também pela condução dos trabalhos -, Ministro Padilha, eu acredito que esse é, como foi dito aqui, um grande programa, mas ele não está isolado. E, nesse sentido, eu acho importante que, nesta audiência pública, V. Exa. possa comentar alguns outros aspectos das atividades do Governo, principalmente nesta conjuntura que nós estamos vendo hoje.

O Brasil está prestes a receber mais boicotes e sanções. Imagina se a sanção de todos os produtos importados na área da saúde seja efetivada pelo Trump? O Brasil, nos últimos anos, abandonou a sua produção própria. Hoje nós comemoramos insulina, vacinas no Brasil.

Eu gostaria, Ministro, que V. Exa. pudesse colocar esse aspecto, porque isso é muito importante para o país. Nós estamos fazendo um programa para o nosso povo do ponto de vista da nossa soberania. Então, esse é um aspecto que eu gostaria que V. Exa. aprofundasse.

O segundo aspecto é: não é possível a gente fazer chegar ao interior médicos - eu não digo só especialistas... Nós temos problema de médicos no interior. Aqui, é mais especialistas. V. Exa. falou bem, porque o programa é de mais especialistas. Mas nós temos dificuldade de médicos. Então, esse programa é extraordinariamente bom, mas ele está combinado com

outro programa, o Mais Médicos. É a formação de médicos no Brasil. Há quanto tempo não se formavam médicos no Brasil? Então, esse é um aspecto também que deve ser incluído, porque a gente tem um preconceito contra formar novos médicos, porque há uma corporação que não quer permitir mais médicos. Então, interiorizar e ter especialistas, só tendo mais médicos. Esse é o segundo aspecto que eu gostaria de salientar aqui.

Terceiro aspecto: recentemente, nós pudemos entregar e anunciar o PAC Seleções. Eram unidades básicas de saúde, era Samu, eram equipamentos para equipar...

(Soa a campanha.)

O SR. BOHN GASS (PT - RS) - ... as atuais unidades básicas de saúde e a inovação dos equipamentos do campo de teleconsulta. Então, esse aspecto é muito importante porque ele está combinado.

É claro que, se nós tivéssemos uma democracia melhor no regime presidencialista e tivéssemos menos parte de emendas parlamentares e mais - o que seria correto - no executivo, poderia ter mais recursos no PAC para que mais programas, com critérios e não apenas critério eleitoral, que é o que vige quando é Parlamentar, a emenda pudesse ser colocada. Esse debate eu também quero levantar, como eu quero levantar também o debate dos custos. Na pandemia, todos os custos na área da saúde, Padilha, foram para as nuvens. Reduziu-se um pouco, mas reduziu-se aquém do que devia ter reduzido.

Eu acho que nós deveríamos ter uma força-tarefa porque senão a gente coloca recurso, recurso, recurso, cria programa, programa, programa, e alguém está ganhando muito dinheiro em cima do que é usado na saúde para chegar a atender. Então, esse é um outro aspecto que eu gostaria de colocar aqui.

Fico muito feliz com a questão da unificação de dados.

(Soa a campanha.)

O SR. BOHN GASS (Bloco/PT - RS) - Eu acho que é importantíssimo, não tem como fazer política pública sem ter dados mais unificados, como já foi colocado muito bem aqui.

Por último - eu quero ficar no meu tempo, Presidente... Eu sugeri... Aqui foi várias vezes mencionado o GHC de Porto Alegre, o trabalho do Barichello e sua equipe. Eu já propus, Ministro, com a concordância do Barichello, eu telefonei para ele, que pudesse vir aqui e já explicar ações concretas de redução de filas em turnos - V. Exa. foi ao Rio Grande do Sul - noturnos, que são atendidos hoje, para mostrar a experiência de como é possível a gente criar um mutirão para reduzir filas. Então, eu quero contar com a colaboração dos meus pares aqui para a aprovação desse Requerimento, para que o Dr. Barichello possa vir aqui para mostrar, na prática, esse programa já em atividade para a gente, realmente, potencializar essas ações.

Era isso.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Obrigado, Deputado Bohn Gass.

Passo agora a palavra à nossa querida Senadora Zenaide Maia.

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco/PSD - RN. Para interpelar.) - Sr. Presidente, Deputado Yury do Paredão, Ministro de Estado da Saúde, Alexandre Padilha, Deputado Duarte Jr., aqui Relator revisor... Você tem uma responsabilidade muito grande porque você vai revisar Otto Alencar, a relatoria. As perguntas vão surgir mais.

O que eu queria dizer aqui é que alguém tinha que fazer alguma coisa. Esta medida provisória veio mostrar essa preocupação. Hoje pela manhã, quando eu liguei.... O Bom Dia DF mostrou que a capital do Brasil tem 155 mil pessoas esperando uma consulta ou um exame como uma endoscopia. Muitas delas, se forem para uma cirurgia, Ministro, esperam três, quatro anos. Então, o que eu queria dizer: fila única. Todos olharam o sistema, aqui na medida já diz, que mostra transparência: é o diagnóstico. Como vamos distribuir especialistas se não sabemos onde estão precisando?

Dois: esse combo, esse combinado... Isso se chama operacionalidade. Você consegue um cardiologista. Quando ele entra já tem um eletro, se precisar, um eco. Se precisar, ele já vai medicar ou ele mesmo vai passar para o especialista. Os senhores têm ideia que esse paciente ia voltar de novo para a unidade básica de saúde daqui a uns três, quatro meses. O médico já iria pedir o exame. Eu fui Secretária de Saúde e eu já fazia - pequeno - isso: resolutividade.

Três: o que chama a atenção? Gente, diagnóstico precoce salva vidas. Só deixa de ser uma sentença de morte se for um diagnóstico precoce...

(Soa a campanha.)

A SRA. ZENAIDE MAIA (PSD - RN) - ... para qualquer doença. Estou falando aqui para o país entender. Com as perguntas eu já me satisfiz e depois vou ouvir. O diagnóstico precoce é para qualquer doença, se não quiserem uma sentença de morte. Pode ser de um hipertenso que não tenha a saúde primária.

Fiquei muito entusiasmada, porque a gente sabe que a prevenção da saúde é na saúde primária. Vacinar, fazer pré-natal, cuidar do hipertenso, do diabético é o que faz o paciente não chegar. E aqui a gente já tem um estímulo para estender o horário, porque aquele pai e aquela mãe de família que trabalha o dia todo não tem como vacinar o filho, como fazer seu preventivo.

E com as perguntas eu me contento. Quero dizer aqui que sou plenamente a favor.

O que a gente está definindo aqui, gente, é salvar vidas. O mérito é este e dificilmente a gente vai achar que alguém pode ser contra isso aqui.

(Soa a campanha.)

A SRA. ZENAIDE MAIA (Bloco/PSD - RN) - Então, o resto são detalhes que a gente pode absorver.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Muito obrigado pela participação, Senadora Zenaide Maia.

Eu quero passar a palavra ao Deputado Júlio Lopes.

O SR. JULIO LOPES (PP - RJ. Para interperlar.) - Presidente Deputado Yury, muito obrigado pela palavra.

Queria saudar aqui o Duarte e saudar o meu amigo Ministro, a quem agradeço muito o esforço de convergir para o número único da saúde brasileira, o número do CPF.

Sr. Presidente, estou nessa luta há muitos anos. Há mais de sete anos, a lei do número único do CPF está aprovada, sancionada, decretada e regulamentada e, posteriormente, foi suplementada por uma outra lei que diz que não pode haver no Brasil um outro cadastro público qualquer senão o CPF.

Essa lei era do Deputado Pauderney, que me substituiu e complementou a minha própria lei.

Portanto, o Ministro Padilha, que está fazendo esse esforço de efetivamente implementar o número único do CPF, fará um avanço extraordinário na saúde do Brasil. No Tribunal de Contas da União, Presidente, a economia prevista somente para esta implementação é da ordem de R\$20 bilhões na área da saúde, perfazendo R\$60 bilhões como um todo se implementado no cenário do Estado nacional.

Mas aqui eu queria, de público, pedir ao Ministro Padilha que, além disso, se pudesse, estimasse as datas de implementação para que todos aqui pudéssemos saber delas e conhecê-las - sabendo do seu empenho, Ministro, pelo que agradeço muito. Há uma outra lei minha que eu acho que também mudará a realidade do Brasil, que é nós usarmos os sistemas cartorários do Brasil, principalmente os cartórios de pessoas físicas, que são os pequenos cartórios que são em número de um ou dois em cada cidade brasileira... Cada um dos 5.570 municípios do Brasil tem pelo menos um cartório de pessoas naturais para registrarem exatamente os nascimentos e os óbitos, e esses cartórios, Ministro, podem registrar as cronicidades do Brasil.

O Ministério da Saúde faria...

(Soa a campanha.)

O SR. JULIO LOPES (PP - RJ) - ... um grande anúncio público para que aqueles que são portadores de cronicidade procurassem os cartórios das suas cidades para fazerem os registros das suas cronicidades e dos medicamentos que tomam, dos medicamentos que são necessários à manutenção das suas vidas. A gente sabe, Ministro, hoje, que, se uma urgência acontecer, muitas vezes, tem secretário de saúde pulando pela janela, se escondendo embaixo da mesa, porque o juiz determina que o remédio seja tomado e o Ministério da Saúde não tem previsão, não tem orçamento, não tem nenhuma informação.

Por várias vezes, Ministro, eu officiei ao IBGE que quando fizesse a grande consulta pública do censo do Brasil, fizesse o censo também sobre quem são os doentes crônicos brasileiros e os doentes de doenças raras, que são aquelas cronicidades que são mais caras ao Ministério da Saúde.

Portanto, Ministro, se nós usarmos os cartórios brasileiros de pessoas físicas...

(Soa a campanha.)

O SR. JULIO LOPES (PP - RJ) - ... para registrar as cronicidades e as raridades, o senhor teria, pela primeira vez na história do Brasil, o número de raros e o número de crônicos, e teria uma previsão orçamentária para tratar dessas pessoas, Ministro.

Esse custo é um custo ridículo, porque ele está já orçamentado e previsto no funcionamento cartorial brasileiro pelo sistema Judiciário do Brasil. Não vai ter despesa para o Ministério da Saúde. O CNJ, Ministro, concorda com essa medida, e já tenho várias decisões do CNJ no sentido de conveniar e usar os sistemas de cartório para esse benefício.

Então, Ministro, deixo aqui esse meu pleito, mais uma vez o saudando e lhe parabenizando pela proficiente e eficiente gestão que está fazendo à frente do Ministério da Saúde.

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. MDB - CE) - Obrigado pela participação, Deputado Julio Lopes.

Por meio do e-Cidadania e também do YouTube, recebemos algumas manifestações de cidadãos que estão nos acompanhando. Eu gostaria aqui de compartilhar as perguntas com o nosso Ministro. Temos perguntas aqui de quase todos os estados do Brasil.

Começando aqui pelo meu querido Ceará, o Takeo pergunta: "Como ocorrerá a acessibilidade aos cidadãos distantes dos grandes centros urbanos? O acompanhamento de ordem será pelo App Meu SUS Digital?"

Da Hillary, de São Paulo: "Como evitar que hospitais privados usem o programa apenas para quitar débitos, sem ampliar o acesso à população?"

Da Laryssa, de Santa Catarina: "Quais os possíveis benefícios e desafios de ampliar a parceria entre hospitais privados e o SUS por meio de benefícios fiscais?"

Pergunta da Solange, do Maranhão, contrerrânea aqui do nosso Duarte Júnior: "Os pacientes serão atendidos de forma presencial ou por teleconsultas, como é feito em algumas especialidades em plano de saúde?"

Mais uma pergunta aqui do Estado do Ceará: "Sou a Michele, psicóloga. O programa vai incluir psicólogos nas UBS e CAPS ou a saúde mental seguirá sendo tratada como secundária no SUS?"

Da Jaylene, do Pará: "Qual o impacto previsto do programa na redução das filas de espera para consultas e procedimentos especializados no SUS?"

De Marcos, de Minas Gerais: "Como será garantida a transparência e o controle sobre tributos, salários de especialistas e qualidade no atendimento via SUS?"

Pergunta do Felipe, de São Paulo: "Como ocorrerá a integração dos sistemas do SUS e dos hospitais privados? Como será feita a transferência do paciente? E o deslocamento?"

De Gabriele, de Santa Catarina: "Como a legislação pode garantir que regiões mais pobres recebam a mesma qualidade de atendimento especializado que regiões mais ricas?"

Pergunta do Lucas, de Minas Gerais: "Não é mais eficiente do ponto de vista de custo a longo prazo investir na atenção básica?"

Essas são as perguntas, Sr. Ministro.

Agora vamos passar a palavra ao Ministro para ele responder as perguntas dos Parlamentares e as perguntas que tiveram pelo e-Cidadania.

O SR. ALEXANDRE PADILHA (Para expor.) - Muito obrigado, Sr. Presidente.

Quero saudá-lo mais uma vez e agradecer as palavras, as perguntas, os questionamentos dos nossos colegas Parlamentares e também os comentários aqui da população. Eu estou impressionado - não sei se há muito tempo que eu não venho a uma sessão do Congresso - de ver a população mandando tanta pergunta, bastante comentário. Acho que é uma Comissão mista que mobiliza muita gente e são várias perguntas, as quais quero agradecer. É um tema que, de fato, preocupa e sensibiliza toda a população.

Vou começar a responder primeiro aos Parlamentares, mas o pessoal que está nos acompanhando aí pela internet pode aguardar aqui porque vou responder uma das perguntas aqui que veio através da internet.

Primeiro, ao nosso Relator Duarte Jr. quero agradecer pelas palavras e a dedicação aí de assumir essa tarefa árdua, como disse aqui a nossa Senadora Zenaide, de ser o Relator, supervisor e revisor de um relatório feito pelo nosso querido Senador, médico e Presidente da CCJ, Líder Otto Alencar.

Quero dizer do valor. Qual é o valor? O valor em relação aos planos de saúde é um valor já estabelecido por lei e, inclusive, consolidado no Supremo Tribunal Federal. Uma vez os planos de saúde tentaram questionar esse valor e foi consolidado no Supremo Tribunal Federal, que é chamado IVR (Índice de Valoração do Ressarcimento). Ele é mais ou menos o mesmo valor da tabela do Agora Tem Especialistas para aqueles 1,3 mil procedimentos e para as seis especialidades; não ficou uma coisa díspar. Então, a troca do que a gente vai fazer de dívida por cirurgia, por exame especializado, por consulta especializada, no caso dos planos de saúde, no caso dos hospitais privados, e aquilo que a gente repassa para estado e

município fazer e produzir de cirurgia, OCIs, o combinado de exames diagnósticos e consultas especializadas, ficaram no mesmo parâmetro. Das 1,3 mil cirurgias, tem uma situação que fica no mesmo valor, às vezes pode ter uma variação pequena, mas o parâmetro foi o mesmo.

Então, não está sendo nada negativo utilizar aquele índice que já existe, que é o próprio índice de ressarcimento - seria o índice para a gente utilizar e não poderia utilizar outro - ; está no mesmo valor ali da tabela do Agora Tem Especialistas. Então, não tem diferenças significativas.

Essas seis especialidades, o Deputado Duarte Jr. e também o Deputado Dr. Francisco comentaram isso, foram especialidades pactuadas por União, estados e municípios, nos esforços que foram feitos nos dois primeiros anos de aumentar a quantidade de cirurgias eletivas e exames especializados com o Programa de Redução das Filas de cirurgias e o Programa chamado Mais Acesso a Especialistas. Foram feitas nos dois primeiros anos essas proposições e essas prioridades.

Elas surgem por quê? Porque, no diagnóstico dos estados e municípios, há os maiores tempos de espera. Os maiores tempos de espera para atendimento estão nessas seis grandes especialidades. É por isso que, quando a gente fez a medida provisória e as portarias, a gente não reabriu essa pactuação de ampliação com os estados e municípios, para respeitar o que já vinha sendo feito com o Conass e Conasems, o que não impede, lógico... Não só isso, o Congresso tem todo o direito de fazer qualquer tipo de aprimoramento, e que aprimoramentos sejam feitos em relação a isso. Só partiu dessas por terem os maiores tempos de espera naquilo que tem de dados consolidados dos complexos reguladores de estados e municípios, e, como já estava pactuado, a gente seguiu. Foi a mesma coisa, a gente não criou uma nova tabela no Agora Tem Especialista, a gente sistematizou aquilo que já estava pactuado também, de pagar duas ou três vezes mais do que a tabela SUS, e só organizamos melhor os combos. Então, é lógico que isso não impede que o Congresso Nacional faça esse debate sobre sugestões de outras especialidades.

Em relação à rescisão unilateral do contrato dos planos, eu preciso entender um pouco melhor qual é a proposta. Vamos ver a emenda que o senhor apresentou.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. ALEXANDRE PADILHA - Ah, não, eu vou responder tudo. Eu vou responder a todos.

A gente vai checar isso e conversar com o pessoal da ANS, que acompanha isso mais de perto também, e com a nossa equipe. Estamos à disposição para a gente observar qual é a sugestão do senhor em relação a isso.

Para tudo aquilo que puder fortalecer o cuidado aos usuários, sempre vamos estar favoráveis, dentro daquilo que está no escopo do Programa Agora Tem Especialistas, né?

Em relação à negativa de atendimento, primeiro, é importante, quando a gente pega a grande maioria, a imensa maioria dos atendimentos que uma pessoa usuária de plano de saúde vai lá no SUS fazer, não é que teve uma negativa do atendimento, só para a gente entender isso. Na grande maioria das situações, não é que teve uma negativa do atendimento, é lógico que, às vezes, pode haver uma demora para aquele atendimento e aí, por isso, a pessoa procurou o Sistema Único de Saúde e conseguiu ser atendido antes. Na grande maioria das situações, é uma pessoa viver num lugar e não ter, naquela cidade, uma rede credenciada daquilo, acaba atendendo mais rápido no Sistema Único de Saúde. E situações também em que a pessoa é atendida por urgência, emergência, tudo. Outra coisa é como vai ser feita essa troca? A operadora de plano de saúde oferece, fala o seguinte: tenho condições de trocar essa dívida por mil cirurgias de vesícula, vou citar um exemplo aqui, está certo? Então, o Ministério da Saúde, junto com estado e município, analisa se aquela demanda está apropriada para aquilo que o estado e o município precisam. Então, não é que a operadora vai oferecer para o SUS o mesmo atendimento que não atendeu do usuário do plano de saúde, por isso gerou a dívida de ressarcimento. Então, eu acho muito raro que possa vir a acontecer isso, Deputado Duarte Jr., de a pessoa ter plano de saúde, não foi atendida no plano de saúde, isso gerou uma dívida para o SUS, aí, um ano depois, ser atendido no SUS exatamente naquilo que me foi negado no plano de saúde. Acho que isso não vai acontecer, mas não impede a gente de pensar qualquer mecanismo para acompanhar isso.

O que é importante todo mundo saber, primeiro: os mecanismos que a ANS tem de fiscalização não só vão se manter como vão ser reforçados, nós vamos botar mais servidores na ANS, especificamente para essa área de acompanhamento e ressarcimento, até estamos cancelando cargos que estavam quase ociosos, há muito tempo já, no Ministério da Saúde, de carreiras em que não se faz mais concurso, mudou o perfil da carreira, cancelando isso para trocar, estamos fazendo um grande reforço para a Anvisa já, vamos fazer a mesma coisa para a ANS, reforçar a capacidade da ANS de fiscalizar isso; e a integração dos dados que nós estamos fazendo entre saúde suplementar e Rede Nacional de Dados em Saúde vai melhorar muito a nossa capacidade de fazer qualquer tipo dessa fiscalização. Então, eu diria que nós vamos reforçar isso, os mecanismos que a ANS tem para fiscalizar o plano de saúde. A gente trabalha muito com um certo estoque, que já

existe, agora, todo ano, acrescentar a esse estoque mais ou menos 700 milhões, 800 milhões daquilo que não é de valor de ressarcimento, a gente espera trocar isso por atendimento, mas o reforço de fiscalização da ANS vai existir, mas eu acho que tudo que vier no sentido de reforçar para que isso não aconteça, Deputado Duarte Jr., é sempre bastante positivo na avaliação do Ministério da Saúde.

O Senador Otto Alencar trouxe o tema da hemodiálise, acho que é um tema bastante importante para a gente considerar essa coisa do transporte. Aqueles equipamentos de transporte, vans, micro-ônibus, tudo que o Ministério da Saúde vai adquirir com recurso próprio, estamos solicitando aos Parlamentares para apresentarem emendas para isso, para reforçar o conjunto desses equipamentos, tudo aquilo não vai atender só paciente de câncer, atende todos os pacientes, e o paciente de hemodiálise é um paciente que usa muito o transporte sanitário. Mas eu sei que o Senador Otto Alencar está falando porque a gente cria um artigo lá para permitir que o Ministério da Saúde possa criar um programa específico de financiamento, para os estados e municípios, de repasse para esse transporte, no caso do paciente com câncer.

Entendi que ele está demandando que a gente possa trabalhar o tema da hemodiálise também, acho que é bastante razoável que isso seja acrescentado, porque é uma demanda muito forte no dia a dia dos estados e dos municípios, é um dos principais motivos de deslocamento de pessoas hoje.

O nosso Ministro Humberto Costa...

(Soa a campanha.)

O SR. ALEXANDRE PADILHA - Primeiro, quais são os perfis dessas dívidas, Ministro Humberto? São, principalmente, de três grandes naturezas aquelas dívidas que tem com o Ministério da Fazenda, são dívidas previdenciárias, tributárias e algumas dívidas trabalhistas. No caso de hospitais privados não filantrópicos, também tem muita dívida de Imposto de Renda. Então, parte disso são dívidas que estão ali na natureza, que são cobradas pela Receita Federal e, quando são pagas, vão para a conta geral da União, nunca vêm para a saúde. Então, nós estamos abrindo esse mecanismo em que todo ano a gente trocaria essas dívidas, de quem tem dívida, por créditos do programa que são aferidos a partir da quantidade de cirurgias que fizeram, de atendimentos que fizeram. Isso permite a um hospital que não tem dívida... Ele está com as contas em dia, a Santa Casa está com as contas em dia, um hospital privado com contas em dia, que queira participar do programa também vai poder participar. Ele não vai trocar a dívida, porque não tem dívida, mas o que ele produzir a mais ele ganha de crédito para abater dos impostos que ele tem que pagar para a frente. Então, a gente permite participar do programa também os hospitais que estão com as suas contas em dia para que isso não fique só para quem está em dívida.

O SR. HUMBERTO COSTA (PT - PE. Para interpelar.) - Ministro, só uma pergunta: essa dívida que vai ser transformada em prestação de serviço vai ser computada nos gastos mínimos do Ministério da Saúde?

O SR. ALEXANDRE PADILHA (Para expor.) - Não, não. Então, é um recurso adicional, que a saúde conquista, de cirurgia e atendimento sem estar barrado pelo marco fiscal, sem o gasto mínimo. É um recurso adicional como, por exemplo, a gente tem através do Pronon e do Pronas, que são dois programas que o pessoal chama de a Lei Rouanet da saúde. Vários serviços do câncer, de pessoas com deficiência. Foi criado na minha outra gestão lá no Ministério da Saúde, com a Presidenta Dilma. É um recurso que vem para equipar serviços de câncer, de pessoas com deficiência, fazer formação e que não entra no nosso piso mínimo, não entra no teto do marco fiscal. Então, é um recurso que não vinha para a saúde e vem acrescentar para a área da saúde, um recurso adicional para que a gente possa fazer o atendimento.

O SR. JORGE SOLLA (PT - BA. Para interpelar.) - Ministro, me permite só uma pergunta? A base de cálculo desse valor que vai ser negociado já pressupõe o desconto que normalmente a Receita dá para a negociação financeira ou é necessariamente o valor cheio sem desconto? Porque eu tenho recebido questionamentos de alguns prestadores dizendo que não compensa, porque as condições que a Receita ofereceria na negociação financeira seriam mais vantajosas do que a condição de negociação por procedimentos, procede isso?

O SR. ALEXANDRE PADILHA (Para expor.) - Não, foi construído junto com a Receita isso inclusive. Não procede. É um programa de transação tributária, como é chamado, que é a lei que o Congresso Nacional aprovou, da transação tributária para outros setores econômicos, criando isso para a área da saúde, permitindo que isso entre para a saúde. Na medida em que o hospital entra no programa - assinou lá o programa -, ele ganha seis meses de moratória dos pagamentos de dívida que ele tem, como multa, juros. Fica seis meses sem pagar. E tem uma redução no valor de até 70% de juros, multa para a frente e 30% do principal. Então, é uma condição muito boa dentro do programa de transação tributária que a saúde não entrava. Outros setores econômicos estavam entrando. Então, é uma condição muito melhor do que qualquer outro programa de renegociação de dívidas da Receita e permite também a quem não tem dívida poder participar do programa, recebendo o crédito para abater nos impostos para a frente.

Então, esta é uma condição excepcional em relação aos outros programas que existem da Receita.

E, no caso dos planos de saúde, aí é só a dívida de ressarcimento com o SUS. Existe um debate, eu acho que, inclusive, vai aparecer este debate aqui na tramitação do Congresso Nacional, sobre se as operadoras de planos de saúde poderiam também trocar outras dívidas, porque elas também têm dívidas tributárias, dívidas previdenciárias, dívidas trabalhistas, se elas não poderiam participar do mesmo programa dos hospitais.

Nós lançamos o programa com uma espécie de um caminho para as operadoras de planos de saúde e um caminho para os hospitais, para permitir que os hospitais entrassem, porque, quando a gente conversava com a associação dos hospitais e das operadoras, os hospitais ficavam preocupados com o seguinte: "Olha, se bobear, as operadoras vão entrar, trocando a dívida de ressarcimento e vão entrar também na nossa aqui, das dívidas trabalhistas, e não vai sobrar espaço nenhum para os hospitais".

Então, a gente lançou o programa com essa ideia de ter um caminho para cada um neste momento, para que as operadoras não disputassem com os dois bilhões de crédito que tem para os hospitais.

Lembrando, só para vocês terem ideia, para os senhores terem ideia, quem nos acompanha, que a dívida acumulada dos hospitais privados e filantrópicos com a União, com a Receita, chega a quase R\$40 bilhões. A gente está abrindo a possibilidade de R\$2 bilhões de crédito. Então, começando com R\$2 bilhões de crédito, é lógico que isso pode crescer ao longo dos anos. Está funcionando bem o programa? Os mecanismos de controle? Tudo acontecendo bem? Tem o impacto que a gente esperava? A Fazenda, junto conosco, pode, ao longo dos anos, ir aumentando. No outro ano, oferecer dois e meio, três, o que seja, pelo sucesso do programa.

Então, é um volume relativamente pequeno diante do volume total da dívida que esses serviços têm.

Por isso, também, que a gente fez um caminho para os hospitais e um caminho para as operadoras de planos de saúde, porque senão elas iam pegar ainda mais um pedaço aqui dos dois bilhões. Como as operadoras, às vezes, têm uma capacidade de se capitalizar de forma diferente, algumas têm capital na bolsa, outras têm formas de financiamento, elas poderiam rapidamente se capitalizar e tomar o espaço ali dos hospitais, das Santas Casas. Essa foi, um pouco, uma forma de poder permitir que os dois segmentos aí, que têm serviços privados, pudessem participar ativamente.

Um outro tema muito importante que o Ministro Humberto Costa trouxe é assim: "Como garantir que esse paciente que vai lá para esse hospital privado, ou mesmo para um hospital filantrópico, que entra pelo SUS, tenha a mesma qualidade de atendimento daquele que entra pagando?". Este é um desafio que já existe hoje no SUS - não é, Ministro? -, porque a maior parte das nossas internações de cirurgias acontecem nos hospitais filantrópicos, que, em geral, têm duas portas. São poucos que são 100% SUS. A grande maioria cumpre ali o Cebas, que são 60% de atendimentos para o SUS.

Então, este é um desafio que já existe. O programa não seria um desafio novo, porque ele já existe hoje no SUS. Como é que a gente vai conseguir fazer isso? É fiscalizando, acompanhando.

O programa traz ferramentas novas para se fiscalizar. Primeiro, porque ele gera um foco para aquilo que são... Os hospitais que entram, os planos de saúde que entram. Então, você tem um número menor para fiscalizar, para o município fiscalizar, para o estado fiscalizar e para o próprio Ministério fiscalizar. E nós vamos fiscalizar. Nós vamos ter ações específicas do DenaSUS para o acompanhamento do programa. Então, tem uma direcionalidade específica para isso.

Segundo: a informação vai subir para a Rede Nacional de Dados em Saúde e o Ministério, através do Meu SUS Digital, vai mandar uma mensagem para esse usuário. Vamos mandar uma mensagem por zap para esse usuário. Ele vai poder fazer a avaliação do atendimento. Então, vai ser um instrumento de fiscalização. A gente conta também com a opinião do usuário, do paciente que foi atendido.

Eu me lembro de que, quando fui Ministro da Saúde da outra vez, não tinha o zap, não tinha os outros meios; a gente usava a chamada Carta SUS. A pessoa era internada e recebia, depois, pelo correio uma carta do Ministério da Saúde falando: "Ó, Sr. José, foi feita essa cirurgia em tal lugar".

A gente recebia respostas da avaliação da qualidade; a gente identificou situações de fraude a partir da resposta do usuário. Tinha usuário que falava: "Eu não fiz essa cirurgia. Meu nome está registrado aqui numa cirurgia que eu não fiz". Então, isso permitia que o DenaSUS fosse lá, pegasse o ressarcimento, abrisse uma auditoria em cima do hospital.

A gente acredita também que, com esse mecanismo da população participando, Ministro Humberto, a gente vai ter mais um instrumento, mais uma ferramenta. O pessoal já está recebendo mensagem: recebe mensagem quando entra para fazer o agendamento, quando é feito o agendamento e quando faz o procedimento depois. Aí é uma mensagem mais longa de avaliação sobre o que foi a cirurgia, o que foi aquele procedimento, para que a gente possa ter esse mecanismo de controle. É um desafio fundamental, e a gente vai colocar o DenaSUS para isso também. Estamos estimulando os conselhos municipais de saúde a acompanharem essa situação.

O Dr. Francisco trouxe o tema da endócrino, que eu acho que é um tema importante. É claro, Dr. Francisco, que, quando a gente pega essas seis especialidades, sobretudo a parte cardiovascular e a parte oftalmológica, de catarata, a gente já está pegando pacientes que têm diabetes e que têm as complicações do diabetes, os órgãos-alvo, seja cardiovascular, seja doenças da visão - catarata, retina, retinopatia -, e assim vai. Então, aquilo que é o impacto do órgão-alvo do diabetes, a gente está pegando quando pega essas especialidades.

Mas, de fato, podemos pensar também em como que entra - pelo menos na linha do cuidado do diabetes, pensando no diabetes em si, um combo sobre isso, para a área de endócrino e diabetes. Eu acho interessante a gente pensar como inclui. Obviamente, o Congresso tem toda a liberdade de poder pensar em instrumentos como esse. A gente não colocou porque, é aquilo que eu falei, a gente partiu de especialidades que já estavam pactuadas com os estados e municípios, para não criar uma coisa nova. Os senhores conhecem - eu já fui Secretário - e sabem como é todo o processo de pactuação dentro do Sistema Único de Saúde. A gente não queria criar uma coisa nova que não tivesse sido pactuada com os estados e municípios.

E sobre o tema das carretas, que vincula várias perguntas aqui, tanto de pessoas que estão nos acompanhando lá do Ceará quanto do pessoal que perguntou de outros estados também: "Como que a gente pretende chegar ao interior, aos municípios menores, onde é mais difícil esse atendimento especializado?". Uma das ferramentas é as carretas. A ideia das carretas é exatamente poder, em cidades menores, obviamente com uma configuração regional... Por isso que as comissões intergestoras regionais, que juntam ali os secretários municipais de uma pequena região dentro do estado, juntamente com a Secretaria Estadual, que vão dar o o.k. para a carreta ir até lá, para a programação da carreta, para a organização da ida da carreta para lá. Essa é uma das formas de chegar a esses municípios menores, poder levar uma tomografia para regiões onde você não precisa ter o equipamento de tomografia o tempo todo lá - não faz sentido ter -, mas você pode ter carretas que vão até lá por um período. Ficam uma semana, duas semanas.

Nós vamos ter uma coisa específica para os descansos de caminhoneiros nas estradas do país. Estamos mapeando, junto com o Ministério dos Transportes, as áreas de descanso dos caminhoneiros. Então, vamos colocar serviços de atendimento ali do Agora Tem Especialistas em parceria com os municípios, com a atenção primária dos municípios nesses locais de atendimento. É uma das estratégias para chegar aos municípios menores.

A outra é uma modalidade de contratação que a AgSUS vai fazer, e o GHC também vai fazer para a Região Sul do país, também em municípios menores - o senhor, que já foi Secretário, sabe disso. Às vezes, você tem uma estrutura de um hospital de pequeno porte, em que não faz sentido ter atendimento permanente, mas ele pode servir, durante uma semana para ser uma sala de cirurgia montada para fazer um mutirão de cirurgias eletivas, fazer um atendimento de alguns exames diagnósticos.

Então, a AgSUS e o GHC também vão montar serviços nessas estruturas que estão sendo subutilizadas, mapeadas pelos estados e pelos municípios - sempre em parceria com os estados e municípios -, também para chegar a esses municípios menores.

A outra coisa é a telessaúde - o Estado do Piauí é um exemplo hoje da telessaúde, da teleconsulta -, que é um mecanismo fundamental. Tem uma das perguntas aqui sobre se os atendimentos especializados de telessaúde vão ser feitos só dentro do SUS, se as operadoras de plano de saúde ou os hospitais privados podem oferecer também telessaúde como forma de atendimento. Também podem, desde que faça parte do combo de diagnóstico, de tudo. É uma das formas também de levar o atendimento especializado para os pequenos municípios, onde você não consegue fixar um especialista. Às vezes não é muito efetivo, inclusive, montar um centro especializado num pequeno município - em geral, é em municípios polo -, mas a telessaúde também pode fazer atingir o atendimento a essa população.

Nosso querido Deputado Jorge Solla, sobre o prontuário eletrônico: querido Deputado, na minha volta ao Ministério da Saúde, uma das coisas que mais me deixaram feliz, Jorge Solla, é que hoje mais de 90% das equipes de saúde da família já usam o prontuário eletrônico do Ministério da Saúde, o e-SUS, aquele que a gente criou lá em 2012; vários municípios já estavam fazendo prontuários eletrônicos próprios. A gente tinha - você conhece muito bem o nosso Diretor de Atenção Básica da época, o Dr. Hêider Pinto, que criou o e-SUS - uma expectativa, não sabia até onde seria essa adesão. Hoje, a adesão ultrapassou 90% das equipes de saúde da família, que já estão preenchendo suas consultas com o prontuário eletrônico.

No Agora Tem Especialistas, o médico da atenção primária vai poder pedir, já pede direto no prontuário eletrônico o agendamento. Ele já fala: "É pelo Agora Tem Especialistas, quero que seja OCI". Combinado, já entra para regulação direto, a partir do prontuário eletrônico. Então, acho que é um avanço muito importante que vai criar um novo terreno para nós, não só de diálogo, de contato... Hoje, o prontuário eletrônico, o e-SUS já aciona o Telessaúde também; já pode acionar o Telessaúde, a teleconsulta direto do prontuário eletrônico. É um avanço muito importante. A gente precisa avançar muito nos prontuários hospitalares.

O Ministro Arthur Chioro está fazendo um grande trabalho na Ebsers em relação a isso. Nos hospitais universitários federais... Está aqui o Diretor Jurídico, o Dr. Thiago, que acompanha esse trabalho sendo feito pelo Giliate, lá na Ebsers, de tentar unificar os prontuários eletrônicos dos hospitais universitários federais. O Ministério da Saúde também está com um programa, além do GHC, que já fez isso - lá o Deputado Bohn Gass conhece bem -, nós estamos com um programa em alguns hospitais no Brasil também de um novo prontuário, o AGHUse.

Ontem a gente inaugurou em João Pessoa um novo Hospital da Mulher, junto com o Governador João Azevêdo. Foram R\$34 milhões de investimento do Governo Federal, reformulando a antiga Maternidade Frei Damião, lá em João Pessoa, que é agora um grande Hospital da Mulher, tratando de ginecologia, climatério, não só materno-infantil, e já vai começar a funcionar também com o prontuário do AGHUse, do sistema hospitalar AGHUse. Então, acho que é um grande avanço e que a gente precisa trabalhar fortemente para isso.

Você trouxe uma coisa fundamental, querido Deputado, colega Jorge Solla. O senhor trouxe algo muito importante que é a rede de escolas do SUS na expansão da residência médica e da residência multiprofissional. Então, absolutamente integradas nisso. Lá na Paraíba, a rede da Escola de Saúde Pública do SUS está sendo fortalecida, eles mapeando as novas residências que vão entrar nessas 3 mil bolsas, no aprimoramento também. Então, uma participação muito efetiva delas, e é importante no Exame Nacional de Residência Médica. O Ministro Camilo Santana deve, na próxima semana, inclusive, anunciar alguns dados sobre isso. Uma grande adesão dos médicos, um número recorde de médicos aderiu ao Exame Nacional de Medicina, já como o Exame Nacional de Residência Médica. Acho que é um grande avanço, vai ser, como foi o Sisu e o Enem, uma nova revolução aí no acesso à residência médica no nosso país.

E o tema do CPF no cartão SUS, dialogando com o que trouxe também o Deputado Julio Lopes, é compromisso nosso, nós vamos implantar. No dia em que o Presidente Lula assinou o decreto que consolida a Rede Nacional de Dados de Saúde, fizemos questão de colocar um artigo nesse decreto do Presidente que estabelece esse plano de trabalho para a integração dos dados usando o CPF como base. Nós já fizemos esse levantamento, Deputado Julio Lopes. A nossa expectativa é, até o final de agosto, apresentar esse plano com o cronograma definido.

É um plano em três fases. Primeiro, a gente já levantou o conjunto de cartões nacionais do SUS que são vinculados a um CPF. A grande maioria dos cartões nacionais do SUS que nós temos hoje já são vinculados a um CPF. Você tem um universo pequeno de pessoas que têm o Cartão Nacional do SUS que não tem o CPF vinculado a ele, apenas 8 milhões de usuários. A grande maioria da nossa população usuária do SUS - são 270 milhões de cartões SUS no país, como eu falei - está vinculada a um CPF já, apenas 8 milhões não estão vinculados ao CPF. E é lógico que todo ano vão surgindo novos, porque nasce criança. Hoje, cada vez mais, as crianças já têm o CPF, mas não é obrigatório ainda até os oito anos de idade. Então, na medida em que você acaba tendo um volume, pode demorar um pouco mais para ter o seu CPF, mas isso vai estimular a ter.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. ALEXANDRE PADILHA - Acho que é. Então, é isto: para os nascidos, já é obrigatório, mas, para quem não era, é até oito anos; é isso que eu estou falando. Então, você tem um universo aí que não tem. Você tem os estrangeiros que são atendidos aqui. Então, você tem estrangeiro que tem cartão SUS e não tem CPF, está dentro desses 8 milhões, uma parte da população indígena, mas é um universo pequeno.

Então, quais são as três fases que nós vamos fazer? A primeira fase é quem já tem CPF vinculado integrar de automático, está certo? Então, é só a integração operacional com os outros dados, com os outros bancos.

A segunda é você ter uma regra de transição para quem não tem o CPF ainda, permitindo algumas exceções. Tem algumas exceções que nós vamos permitir eternamente: estrangeiro, população indígena, recém-nascido que, enquanto não tirar o seu CPF, tem que ter um número para ser atendido, registrado, internado ali. Então, vai ficar como exceção, mas são públicos pequenos que vão ficar como exceção. Então, a exceção não pode impedir a regra.

Da terceira fase a gente já vai apresentar o cronograma. Ela vai demorar mais um pouco, mas vamos concluí-la antes do final deste Governo, que é os sistemas de informação já subirem obrigatoriamente com o CPF. Tem alguns sistemas hoje que já sobem obrigatoriamente com o CPF - se não for o CPF, não alimenta o sistema - e tem outros que têm a opção de botar o CPF ou o Cartão Nacional de Saúde. Por exemplo, o sistema de imunização hoje, para vacinação hoje, você pode subir pelo CPF ou pelo Cartão Nacional do SUS. Normalmente, quando a gente vai vacinar, a pessoa já pergunta o CPF, mas ainda pode subir pelo Cartão Nacional do SUS. Então, você vai fazer uma migração para isso, e tem alguns sistemas que não têm obrigação nem de Cartão Nacional do SUS nem de CPF para subir a informação.

Então, a gente vai fazer um cronograma de migração desses sistemas, porque isso significa abrir nova ficha eletrônica, treinar as equipes; são 6 mil hospitais no país inteiro e mais de 40 mil unidades básicas de saúde, milhões de pessoas são

vacinadas. Então, você vai ter um cronograma de incorporação disso, mas, até o final de agosto, a gente apresenta esse cronograma. Essa é a nossa proposta junto ao MGI.

Eu acho que a do querido Deputado Bohn Gass é a última aqui do que eu anotei nas minhas anotações. Eu queria aproveitar que o senhor trouxe temas muito importantes, como o PAC. Todo investimento na atenção primária ali de reforçar equipamentos para unidade básica de saúde, ter lá na unidade básica de saúde ultrassom, equipamentos para ver o fundo do olho e a retina, avaliar o pulmão, que antecipam o atendimento médico especializado e com isso reduz o tempo de espera, a teleconsulta, tudo é investimento do PAC na saúde. Então, são absolutamente integrados o PAC e o Mais Médicos com o Agora Tem Especialistas.

Agora, eu quero aproveitar aqui este momento, usando o dia 6 de agosto, que dizem que é o dia do tarifaço que o Trump vai fazer contra o Brasil, também para esclarecer aos nossos colegas Parlamentares como o Ministério da Saúde vê essa situação. Primeiro, nós estamos acostumados a ver o Presidente dos Estados Unidos atacar a área da saúde, porque ele faz isso desde o dia 1º de janeiro, quando ele assumiu.

O Trump já saiu da Organização Mundial de Saúde, tirou os recursos dos Estados Unidos da OMS, tirou US\$600 milhões que os Estados Unidos faziam de doação voluntária para a Organização Mundial de Saúde - ele retirou isso e anunciou publicamente que estava retirando. A OMS só não fechou as portas porque a China foi lá e botou US\$500 milhões - só a China foi lá e compensou toda a retirada dos Estados Unidos.

Para os senhores e senhoras terem ideia, 90% da operação da Organização Mundial de Saúde no continente africano era bancada com essa doação dos Estados Unidos. Isso é algo que não afeta só o continente africano. Se fosse só o continente africano, já seria muito grave; mas afeta todos nós, porque não existe mais barreira hoje para circulação de doença, para circulação de epidemias, para impactos na vida dos outros países - não existe mais isso.

Então, os Estados Unidos saíram de todos os fundos multilaterais de apoio à produção de vacinas - o último foi o Fundo Gavi, do qual ele se retirou - e passaram a perseguir e cortar todos os investimentos de produção de vacina da plataforma RNA mensageiro nos Estados Unidos, que é aquela plataforma desenvolvida para enfrentar a pandemia da covid-19. A primeira vez que a plataforma RNA mensageiro foi utilizada em seres humanos foi na pandemia da covid-19.

Hoje, o Ministro da Saúde, que é o Chefe do Departamento de Saúde dos Estados Unidos - o equivalente ao Ministro da Saúde -, publicou um anúncio de corte de todos os investimentos do Governo americano na produção, desenvolvimento e distribuição de vacina RNA mensageiro. Então, quem é da saúde está acostumado.

Para os senhores terem ideia, no dia em que iria começar a Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, o Presidente dos Estados Unidos soltou um tuíte - e o equivalente ao Ministro da Saúde também - dizendo que iria mudar os preços de medicamentos no mundo, porque ele disse que é muito caro o medicamento nos Estados Unidos e, por isso, os outros países tinham que pagar mais caro no medicamento para baratear o medicamento nos Estados Unidos.

É verdade, é muito caro o medicamento nos Estados Unidos, mas tudo é caro na saúde lá: o medicamento é caro, o médico é caro, o hospital é caro, o diagnóstico é caro, porque é uma saúde toda privada. É o maior gasto *per capita* de saúde do mundo, com indicadores piores do que de vários países de renda média do mundo. Quando se compara com países que têm sistemas nacionais públicos, como o nosso, nem se compara.

Então, a gente está acostumado a ele ser uma figura nociva para a saúde. Essas medidas de abuso tarifário que ele anunciou vão impactar a área da saúde. Por que impacta? Primeiro, porque a gente exporta para os Estados Unidos. É pouco, comparado a outros produtos, mas tem um impacto. A gente tem mais ou menos...

Aqui estão a Daniela, que é Diretora da Anvisa, e o Leandro, que é servidor da Anvisa. Só posso dizer isso, por enquanto. São pessoas - é um quadro extremamente qualificado - que estão agendadas aí para sabatina no Senado. E a Anvisa faz todo esse monitoramento. A gente exporta de empresas de apoio diagnóstico e dispositivos médico cerca de 2 bilhões para os Estados Unidos - é o nosso principal arsenal de exportação para os Estados Unidos.

É lógico que, se forem aplicar as tarifas abusivas para as empresas, elas vão ter dificuldade. O que o Governo brasileiro vai fazer? Nós vamos apoiar essas empresas e os seus empregos a migrarem para outros mercados se for necessário. Isso usando o quê? Tudo o que o Brasil preside neste momento, neste semestre. O Brasil preside a coalizão do G20, das 20 nações mais ricas do mundo, para a produção de medicamentos, pelos próximos dois anos. Foi aprovada essa coalizão na reunião do G20 aqui no Brasil, e a gente a lançou na Assembleia Geral da OMS. O Brasil tem a secretaria-executiva dessa coalizão provavelmente de forma eterna. São dois anos de Presidência e secretaria-executiva permanente dessa coalizão, que é um esforço das 20 nações mais ricas do mundo, e só os Estados Unidos não estão fazendo parte dela. O Presidente Biden estava aqui quando foi lançada, quando foi assinada na Assembleia Geral da OMS, mas não fez parte - a coalizão para aumentar a produção local, regional de medicamentos e produtos da área da saúde. Então, nós vamos buscar atrair e buscar, nesses países, países para comprar os nossos produtos desse setor que exporta.

O Brasil preside a parceria estratégica dos Brics para a produção local de medicamentos. Nós voltamos a produzir insulina, depois de 20 anos, por conta de uma parceria entre Brasil, Ministério da Saúde, uma fundação de Minas Gerais, uma empresa privada nacional e uma empresa da Índia. Insulina recombinante já está sendo entregue para o SUS. Vamos passar a receber agora, no segundo semestre, a insulina glargina, que é a mais alta tecnologia da insulina hoje - o Brasil, uma empresa nacional privada brasileira, uma empresa privada chinesa, produzindo insulina glargina aqui no Brasil, uma parceria estratégica dos Brics.

Então, vamos usar ao máximo essa parceria para ter mais mercados de venda desse setor exportador brasileiro. E presidimos, nesses próximos seis meses, a Presidência *pro tempore* do Mercosul, que tem como objetivo central aproximar cada vez mais e implementar o acordo União Europeia-Mercosul na área da saúde.

Fizemos já um encontro há uma semana com empresários brasileiros e empresários europeus do Fundo Rotatório da Opas. O Fundo Rotatório da Opas pode comprar produtos brasileiros... Para as empresas brasileiras que exportam hoje para os Estados Unidos poderem vender para o Fundo Rotatório da Opas e, com isso, entrarem em mercados de outros países.

Quem dirige a Opas hoje é um brasileiro, o Dr. Jarbas, que foi Secretário de Vigilância de Saúde do nosso Ministro Humberto Costa e foi meu Secretário de Vigilância de Saúde. É servidor do Senado - não sei se teve que abrir mão do cargo -, é servidor do Senado, Consultor do Senado. É o Diretor-Geral da Opas hoje, reuniu-se com todos os empresários brasileiros, oferecendo os novos mecanismos do fundo da Opas para comprar esses produtos e levar para países, inclusive com mecanismos de exportação novos para isso.

Então, a primeira ação nossa, Deputado Bohn Gass, é esta: proteger as empresas e os empregos gerados por empresários brasileiros que exportam para os Estados Unidos. A gente também importa muito. Nossa balança comercial é mais negativa: são 4,7 bilhões, a gente mais importa do que exporta.

Há alguns produtos muito importantes e estratégicos, e nós vamos aproveitar essa situação, Deputado Bohn Gass, como uma oportunidade para o Brasil ficar cada vez menos dependente, seja dos Estados Unidos ou de qualquer país do mundo, para aumentar a capacidade de produção. É ver quais países que produzem esses produtos, tem outros países que produzem esses produtos, vamos atrás desses outros países para comprar, para produzir aqui no Brasil.

Hoje, a gente acabou de anunciar os peptídeos, as chamadas canetas emagrecedoras, que, na verdade, são medicamentos para diabetes, mas que são utilizadas para o controle da obesidade também: a primeira produção nacional, já foi registrada. Começou-se a comercializar um produto nacional. A Anvisa vai fazer um chamado para registro de outros dos peptídeos, novos registros. Em 2026, cai a patente dessa caneta emagrecedora, a que ficou mais famosa. Não vou falar aqui o nome para não fazer propaganda, mas cai em 2026 a patente. Já tem três propostas apresentadas, ou seja, que vão ser apresentadas para a Anvisa de registro dessa patente.

Hoje, essa empresa nacional que já tem o registro, já começou a comercializar, fez uma parceria com a Fiocruz para transferir a tecnologia para a Fundação Oswaldo Cruz. Nós queremos absorver essa tecnologia como ativo para o Brasil, que é essa linha da produção dos peptídeos. Hoje é para diabetes, para emagrecimento, podem surgir peptídeos para o câncer, para outras doenças crônicas. Então, é assumir isso, aproveitar isso como uma oportunidade, Deputado Bohn Gass, para aumentar a nossa produção nacional, parceria com outros países do mundo, defender a saúde do nosso povo, não vamos entrar em qualquer tipo de bravata. E continuar apostando, como está apostando o Presidente Lula, no papel da diplomacia.

Eu vejo o dia 6 de agosto como o início de um campeonato, a abertura para um processo de negociação em que a gente vai ter que continuar firme, uma ação diplomática e vai ficar muito... Vai se diferenciar quem exerce a diplomacia, que é o Governo brasileiro, de quem exerce a subserviência, a traição à pátria, a tentativa de interferir na nossa Constituição. Vai ficar muito nítido isso no nosso país. Vamos aproveitar essa oportunidade para aumentar a produção local aqui no Brasil.

Acho que eu comentei... Respondi aqui a todos os Parlamentares.

Aqui eu vou conversar rapidamente sobre vários vídeos trazidos aqui pela população. Uma pergunta: "Como os Prefeitos podem participar ativamente do Agora Tem Especialistas?". Primeiramente, tem duas questões que é o município que decide. Primeiro, o município que, em geral - ou o estado -, tem o complexo regulador, é ele que organiza a fila. Então, nós vamos produzir, através de carretas, negociação com o setor privado, com plano de saúde, cirurgias, para tirar pessoas dessa fila. É o município que vai chamar essas pessoas, é a secretaria estadual que vai chamar essas pessoas, usando o critério de prioridade que é definido ali. Então, há quanto tempo a pessoa está, como foi perguntado.

Às vezes, há uma situação clínica que faz com que a pessoa tenha que passar na frente, pela idade ou pela condição clínica dela; alguns procedimentos são prioritários, como o câncer, que tem que fechar o diagnóstico em 30 dias. Então, são critérios a partir dos próprios municípios.

Segundo: os municípios... Quando a gente pegar a carreta, o Governo Federal contratou, ou o plano de saúde, cirurgia, ou o hospital privado, a gente vai consultar o município, a comissão inter-regional, se eles querem aquele procedimento, se eles querem aquela cirurgia. Então, é o município que decide isso de trazer esse procedimento para o seu município, para a sua região.

E a terceira forma: o Prefeito... Eu tenho conversado direto com Prefeitos, Governadores, secretários municipais, estaduais, com os Parlamentares: "Olha essa possibilidade da troca da dívida de um hospital privado, de uma santa casa, no plano de saúde". Então, os Prefeitos também podem identificar, no seu território, hospitais privados, santas casas que eles sabem que têm dívidas, que podem aproveitar essa oportunidade de trocar a dívida, por mais atendimento, mais cirurgia.

Perguntaram se hérnia entra. Hérnia entra, sim; cirurgia de câncer também entra; uns 1,3 mil procedimentos ali, e hérnia está entre eles. Não vai ter uma fila para demandar essa cirurgia; nós vamos usar a fila que já existe dos municípios e dos estados, o complexo regulador; pessoas que estão há mais tempo na fila, ou outros critérios clínicos acabam tendo prioridade para o atendimento.

Há pergunta aqui do Lucas, que é uma pergunta importante. Ele fala assim: "Não seria mais eficiente, no custo a longo prazo, investir mais na atenção básica?". Nós estamos fazendo as duas coisas. Você tem que investir na atenção primária em saúde, botando equipamento, qualificando, reforçando o Mais Médicos, fazendo teleconsulta para você fortalecer a atenção primária em saúde, mas você tem milhões de brasileiros que já passaram a etapa de atenção básica de saúde e estão esperando uma cirurgia para fechar o diagnóstico para o câncer; ou já fechou o diagnóstico para o câncer e precisa da cirurgia oncológica, precisa da cirurgia eletiva. Então, você não pode pensar, no médio e longo prazos, o impacto da atenção primária e esquecer o que está acontecendo com as pessoas morrendo porque não têm acesso à cirurgia, piorando o seu quadro clínico porque não têm acesso à consulta especializada. Então, você tem que atacar as duas frentes, e é assim que a gente está atacando.

E isso gera muita esperança também para a atenção primária. Quando uma pessoa vence o câncer, ela passa a ser um exemplo para a família inteira dela, para o bairro dela, para a igreja dela. Isso estimula mais pessoas a irem fazer o exame diagnóstico, rastreamento, a cuidar da saúde. Então, ao salvar uma vida, você não está salvando só a vida daquela pessoa, você está mostrando para os seus familiares, para os seus amigos de trabalho, para os seus irmãos de igreja, para os seus vizinhos de bairro, que é possível vencer as doenças e, por isso, é bom e importante fazer o diagnóstico o mais rápido possível, cuidar da saúde. Então, tem um impacto retroativo para a atenção primária de saúde também.

O pessoal falou dos mecanismos de fiscalização, e eu acho que eu já falei em relação a todos eles. Como que a legislação permite que os municípios mais pobres, mais remotos recebam a maior parte dos recursos? Todos os critérios de distribuição estão focados nas regiões mais remotas, que têm menos especialistas, que têm maior necessidade. Então, esse é um critério permanente em todos eles aqui.

A Hillary faz uma pergunta importante: como é que a gente vai fiscalizar para que os hospitais privados não usem o programa apenas para quitar os débitos sem ampliar o acesso à população? Como que é isso, Hillary?

Hoje o município e o estado têm um contrato com esse hospital privado, que estabelece ali mil cirurgias. Então, esse hospital só vai ganhar o benefício se ele, além de fazer as mil que ele já faz pelo contrato que ele tem com o município e com o estado, fizer um número maior que aquele pelo qual ele trocou a dívida. Então, o próprio contrato que já existe entre município e estado vai nos permitir fazer esse controle.

Um hospital privado que não tem contrato com o município e com o estado, porque não faz nenhum tipo de atendimento ao SUS, vai ter que fazer um contrato com o município e com o estado. O Ministério da Saúde já fez o modelo para ser aplicado pelos municípios e estados e, nesse contrato, você vai poder monitorar. Como é obrigatório subir o dado, a gente vai saber pelo dado que sobe se foi realizada a cirurgia ou não e vamos falar com o cidadão que foi submetido à cirurgia para ver o controle em relação a isso.

Eu acho que eu respondi a todas as perguntas dos Parlamentares e os comentários aqui de quem nos acompanha pela internet.

Quero agradecer muito aqui a disposição dos Parlamentares, de quem nos acompanha, quem nos acompanha à distância, em especial, a sua disposição e abertura para o diálogo, Presidente Yury do Paredão, Relator Revisor Duarte Junior, e todos aqui. Quero saudar o Relator Otto Alencar, que estava aqui junto conosco, e o Vice-Presidente da Comissão, o Ministro Humberto Costa.

Para nós aqui, quero pedir ao Congresso Nacional que se debruce nessa medida provisória, que a gente possa aprimorar o que for necessário aprimorar. Estamos abertos a discutir qualquer aprimoramento, mas, sobretudo, a gente deve concluir a aprovação porque isso vai dar muito mais tranquilidade e capacidade de a gente poder exercer esse programa nos próximos anos, que vai ter um impacto muito forte de... É um novo SUS que nós estamos construindo; eu falo que é o SUS pós-

pandemia. O SUS pós-pandemia nos traz um conjunto de desafios. Esse é um deles. E essa medida provisória, esse programa e a contribuição do Congresso Nacional vão fortemente nos ajudar a construir um SUS que dê conta desses nossos desafios.

Então, muito obrigado, Deputado Yury do Paredão.

Fico à disposição aqui de todo mundo.

Muito obrigado. *(Palmas.)*

O SR. PRESIDENTE (Yury do Paredão. Bloco/MDB - CE) - Muito obrigado, Ministro Padilha, pela excelente apresentação, pelas excelentes respostas, esclarecendo aqui esse programa que, tenho certeza, será o programa mais importante do Governo Lula, um programa que traz uma inovação no SUS, que traz saúde. E saúde é dignidade. Conseguindo levar saúde para a população, V. Exa. está levando dignidade. Então, está de parabéns.

Eu tenho certeza de que, se depender desta Presidência e dos nossos Relatores, tanto do Relator Duarte como do Relator Otto Alencar, nós iremos construir aqui, juntos, um texto que possa ainda melhorar o que já está bom, que é esse programa criado com muito compromisso por V. Exa. Então, deixo aqui registrados os meus parabéns.

Foram apresentados o Requerimento nº 03/2025, de autoria do Deputado Federal Bohn Gass, e os de nºs 04/2025 e 05/2025, de minha autoria, para realização de audiência pública para instruir a Medida Provisória nº 1.301, de 2025.

Consulto a Comissão se posso incluir as matérias, extrapauta, para deliberação.

Aqueles que concordam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovado.

Em votação os Requerimentos nºs 03, 04 e 05.

Os Parlamentares que concordam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovados.

E, antes de encerrarmos os nossos trabalhos, submeto à deliberação do Plenário a dispensa da leitura e a aprovação da ata desta reunião.

Os Parlamentares que a aprovam permaneçam como se encontram. *(Pausa.)*

Aprovada.

Nada mais havendo a tratar, agradeço a presença de todos. Agradeço a presença dos Deputados e Senadores, da Senadora Zenaide e do nosso Ministro.

Está encerrada a presente reunião. *(Palmas.)*

(Iniciada às 15 horas e 33 minutos, a reunião é encerrada às 17 horas e 40 minutos.)