



SENADO FEDERAL
SECRETARIA-GERAL DA MESA
SECRETARIA DE REGISTRO E REDAÇÃO PARLAMENTAR
REUNIÃO
26/06/2018 - 25ª - Comissão de Assuntos Sociais

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Bom dia a todos e a todas.

É com grande satisfação que nós damos por aberta a nossa audiência pública.

Havendo número regimental, declaro aberta a 25ª Reunião, Extraordinária, da Comissão de Assuntos Sociais da 4ª Sessão Legislativa Ordinária da 55ª Legislatura do Senado Federal.

A presente reunião destina-se à realização de audiência pública para instruir os trabalhos de avaliação da Política de Atenção Hospitalar e da contratualização dos hospitais filantrópicos no Sistema Único de Saúde, conforme Requerimento da Comissão de Assuntos Sociais nº 2, de 2018; de seleção da política pública do Poder Executivo para avaliação nesta Comissão; e debate dos problemas e os desafios enfrentados pelas entidades beneficentes de assistência social que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde em atendimento ao Requerimento nº 13, de 2018, de minha iniciativa.

Informo que esta audiência pública é interativa. As pessoas com interesse em participar com comentários ou perguntas podem fazê-lo por meio do portal e-Cidadania, www.senado.leg.br/ecidadania, e do Alô Senado, 0800-612211.

Comunico que nós vamos conceder a cada um dos nossos convidados o tempo de dez minutos para que faça a exposição; depois das apresentações, nós partiremos para o debate.

Informo ainda que nós fizemos também o convite à Confederação Nacional de Saúde, na pessoa do Sr. Tércio, aqui hoje representado por Adriano Ribeiro.

Eu gostaria de convidar o Sr. José Luiz Spigolon, Diretor-Geral da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB).

Eu gostaria também de convidar o Sr. Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal e Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) Região Centro-Oeste.

Eu gostaria de convidar também Rodrigo César Faleiro de Lacerda, Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems).

Eu gostaria de convidar o Sr. Custódio Pereira, Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (Fonif).

E eu gostaria finalmente de convidar, representando o Sr. Tércio da Confederação Nacional de Saúde, o Sr. Adriano Carlos Ribeiro.

Antes de iniciarmos, é importante que nós manifestemos a nossa alegria de ver debatida aqui, na manhã de hoje, uma temática tão importante, que é a participação efetiva dos hospitais filantrópicos, das santas-casas, dessas instituições beneficentes que, em parceria com o Governo Federal ou através do Sistema Único de Saúde, colocam-se à disposição para uma prestação de serviço à altura do que desejam todos os cidadãos brasileiros que, por uma razão ou por outra, têm necessidade de atenção à sua prevenção, mas sobretudo à questão da recuperação quando existe a necessidade de um tratamento médico-hospitalar.

Com certeza, nós todos valorizamos o trabalho que fazem as instituições filantrópicas nessa área da saúde. E, por isso, a Comissão de Assuntos Sociais, através da Presidência da Senadora Marta Suplicy, como os demais membros, Senadoras e Senadores, elegeu essa temática para que fosse avaliada durante o exercício de 2018.

A contribuição que os nossos convidados certamente nos prestarão ajudará não só ao Senado, mas também ao Congresso como um todo, sobretudo para conhecermos, em maior profundidade, algumas questões que possam, durante a nossa jornada, merecer alguma contribuição no sentido de fazer com que, de fato, essa parceria, cada vez mais, fortaleça-se para o bem de todos os brasileiros.

Nós gostaríamos de conceder dez minutinhos de tempo a todos os nossos convidados, a começar por José Luiz Spigolon, Diretor-Geral da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, e dizer que contamos com a participação de todos aqueles que estão sintonizados através da TV Senado, no portal e-Cidadania, bem como através do Alô Senado, no 0800-612211.

Com a palavra o Sr. José Luiz Spigolon.

O SR. JOSÉ LUIZ SPIGOLON - Muito bom dia a todos e a todas.

Cumprimento o nosso Presidente e autor da iniciativa desta audiência pública, o Senador Dalirio Beber. Cumprimento os nossos colegas de Mesa em nome do Secretário Humberto Lucena.

Farei uma breve apresentação sobre isso, permitindo-me depois ficar à disposição dos senhores para questionamentos.

No primeiro momento, quero destacar aquilo que é a dimensão do setor filantrópico no Sistema Único de Saúde. São quase 2,5 mil instituições, 1.358 delas são certificadas pelo Ministério de Saúde como entidade beneficente de assistência social e outras 1.135 não o são. Devo destacar aqui que essas 1.135 não gozam de nenhum benefício de isenção da cota previdenciária por não ter o certificado. E não têm os certificados por problemas havidos com os secretários municipais de saúde, de que vamos falar depois, ou então porque não desejam tê-lo.

Os dados que vou apresentar são todos retirados dos bancos de dados do Ministério da Saúde e atualizados no dia 12 de abril de 2018. São 2.170 unidades hospitalares filantrópicas, 1.704 delas atuando no Sistema Único de Saúde e 468 não atuando. Geram essas 2.172 entidades quase 1 milhão de postos de trabalho. São 990 mil postos de trabalho atualizados esses agora em abril de 2018. E também contam com cerca de 160 mil médicos que atendem como profissionais liberais ou que são pessoas jurídicas.

Disponibilizamos para o sistema público de saúde nada menos que 132.500 leitos, o que representa 37% de toda a capacidade de atendimento do SUS. As internações em 2017: enquanto o SUS realizou 11,5 milhões de internações, as nossas instituições responderam por 4,780 milhões. Destaquei em vermelho as organizações sociais. Nesse volume de 4,780 milhões de internações não estão contabilizadas cerca de 1,1 milhão a 1,2 milhão de internações realizadas pelas organizações sociais, a maioria delas derivadas de hospitais filantrópicos. Portanto, se nós tirarmos 1,1 milhão de internações dos 5,9 milhões que estão contabilizados pelo setor público, as santas-casas passam a ter mais de 51% de todo o atendimento no sistema público de saúde em 2017.

Há um detalhe que precisa ser destacado, que é a forte participação dessas instituições nos procedimentos de alta complexidade. Os senhores vejam aí que nós estamos quase em 70% de todos os procedimentos de quimio, de radioterapia, de internações em cirurgias oncológicas, em cirurgias cardiológicas. Portanto, assume um papel estratégico para a alta complexidade do sistema público de saúde. E, na base ambulatorial, que não é muito o foco aqui, foram 295 milhões de atendimentos ambulatoriais no ano de 2007, com uma significativa participação de 69% de toda a radioterapia e quimioterapia no SUS; de 58,14% dos transplantes, que é um programa de sucesso no Brasil, reconhecido no exterior.

Passo agora para o primeiro foco desta audiência pública, que é a Política Nacional de Atenção Hospitalar.

De uma forma geral, a Confederação das Santas Casas apoiou integralmente a publicação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), que foi instituída pelo Ministério da Saúde em dezembro de 2013, destacando que essa política é aplicável a todas as instituições que atuam no sistema público de saúde, os hospitais públicos e privados que prestam serviços no âmbito do sistema.

Em 2016, após ter discutido muito com o Ministério da Saúde, a CMB editou uma Nota Técnica nº 01, de 2016, que entregou à direção do Ministério da Saúde, sugerindo pequenas medidas de reformulação apenas na implantação da política nacional, entendendo que o subfinanciamento que persiste no sistema único impedia que muitos hospitais prontamente pudessem atender na integralidade aquilo que a política estabelece. Portanto, nós pedimos que fosse discutida uma gradualidade na implantação da política. Como eu disse, nós reconhecemos que a política traz uma contribuição muito importante para a melhoria da qualidade assistencial da nossa população.

Passo agora para o outro foco desta audiência pública, que são os problemas da contratualização também originados em lei e originados em portarias do Ministério da Saúde.

A Lei 8.080, ao tratar do Capítulo Da Participação Complementar, estabeleceu que o SUS pode, sim, recorrer às disponibilidades da iniciativa privada, seja ela com ou sem fins lucrativos, sempre que não houver disponibilidade estatal

para atender a demanda da população. Só que a lei e os legisladores desta Casa sabiamente estabeleceram que essa participação tem que ser formalizada por contrato ou convênio, e, ao sê-lo, têm que ser observadas as regras e normas de direito público. Em outras palavras, as portarias que complementam isso têm que obedecer ao que está na lei de concorrências públicas, a 8.666, de 1993.

O que se verifica? Primeiro, que não há contrato e convênio na maioria daqueles 1,7 mil hospitais. Simplesmente prestam o serviço e não conseguem alinhar com o gestor a existência de um contrato, muito menos observando as normas de direito público. Lembro que a Constituição e a Lei 8.080 também estabelecem que há uma prioridade das entidades filantrópicas, uma preferência no caso da contratação. Chamo a atenção dos senhores para este importante dispositivo que o legislador introduziu na Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde. Estou falando do art. 26 e estou falando dos dois parágrafos deste artigo. O artigo diz que os critérios e valores para a remuneração dos serviços devem ser estabelecidos pela direção nacional do Sistema Único de Saúde. Até a edição do Decreto 7.508, que regulamentou esta lei, essa competência era entendida como exclusivamente do Ministério da Saúde. A partir da edição do decreto, essa competência passa a ser da Comissão Intergestores Tripartite, formada pelo Conass, Conasems, que têm os seus representantes aqui, e pelo Ministério da Saúde. O mais importante, esses critérios e valores precisam ser aprovados...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ LUIZ SPIGOLON - ... no Conselho Nacional de Saúde. Nunca o foram! Jamais o Ministério da Saúde adotou valores de remuneração, ou a tripartite, e jamais isso foi observado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Quer dizer, é letra morta na lei, assim como o §1º, em que claramente o legislador definiu que, na fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração, deverá o gestor nacional do Sistema fundamentar seu ato em demonstrativo econômico-financeiro que garanta a efetiva qualidade de execução dos serviços contratados. Lamentavelmente, isso também jamais ocorreu nesses 30 anos do Sistema Único de Saúde.

E, finalmente, os contratos devem manter o equilíbrio econômico-financeiro. Aqui, senhores, o que se paga, com base em 2017, no levantamento nacional que nós fizemos, para cada R\$100 gastos no atendimento do Sistema Único, hoje, com todos os recursos, incluindo os incentivos, a participação, quando há, do Estado ou do Município no financiamento, representa R\$65.

Desde a vigência da Lei 8.080, sempre houve enormes dificuldades para que se assinassem esses contratos e convênios com gestores. Aquelas cláusulas que são entendidas como fundamentais e necessárias em qualquer avença jurídica não são permitidas: não se admite definição de data de pagamento dos serviços prestados; não se admite a inclusão de cláusulas com multa e punição de atrasos de pagamento; não se admite a definição de periodicidade de reajuste e de manutenção do equilíbrio econômico-financeiro. Os pagamentos de atendimento excedentes às metas pactuadas e solicitados pela central de regulação do sistema gestor não são pagos, e anualmente os hospitais convivem com 800 mil, 900 mil internações, que já chegaram a mais de 1 milhão, sem cobertura de pagamento pelo Sistema Único de Saúde, com alegação de falta de teto financeiro. E, para estimular a contratualização, o Ministro e hoje Senador Humberto Costa, membro desta Comissão, criou o incentivo à contratualização, que é um incentivo, e há aqui, lá do início da sua gestão como Ministro e que também acabou não tendo os reflexos que se pensavam. Apenas cerca de 750 instituições conseguiram realizar o sonho de ter um instrumento jurídico regulando a sua participação no sistema público de saúde.

Por conta da ausência de contratos, muitas instituições perderam os seus certificados de entidades beneficentes de assistência social. Nós temos o caso aqui de uma de São José dos Campos...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ LUIZ SPIGOLON - ... com valores extremamente contundentes para finanças do hospital em relação ao que a Receita vem e tributa na ausência da isenção.

Esta Casa, para tentar resolver isso, aprovou, neste ano, agora em 2018, a Lei 13.650, na qual dá condições ao Ministério da Saúde de denunciar a omissão dos gestores municipais e estaduais na não formulação desses contratos.

As regras estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a contratualização são claríssimas, preveem obrigatoriamente a presença de recurso tripartite, dinheiro do Estado e do Município que raramente é colocado. É uma raridade quando se encontra uma solução para isso.

Há também uma interpretação muito equivocada dos gestores do SUS em relação ao que se constitui em pagamento pré e pós-fixado definido claramente em portaria do Ministério da Saúde. É por isso que dissemos aí que chega a ser tendenciosa essa interpretação que os gestores têm.

E, finalizando, Sr. Presidente, a gente trouxe aqui dois, três problemas independentemente de haver contrato ou não. Então, olhe, o que predomina hoje em nível nacional? É uma total retenção de valores que o Ministério da Saúde vem repassando regularmente nos últimos dois anos e que dificilmente chegam às instituições para as quais eles são destinados. Isso fica retido na secretaria municipal e estadual de saúde, com atrasos significativos de pagamento. Hoje eu recebi e tenho aqui um caso em Pernambuco, que coloco depois à disposição, em que a troca de prefeito há dois anos gerou 14 milhões de atraso nos pagamentos, e o prefeito atual acabou tendo que compor com o hospital de pagar isso em cinco anos. Imaginem os senhores o custo da assistência médico-hospitalar e você ter que atender ao doente, colocar o recurso, pagar os seus fornecedores, os seus trabalhadores e demorar cinco anos para receber.

Então, há um problema que se tornou crônico, em que se retêm produtos de emendas parlamentares que acrescentaram recursos para a média e alta complexidade e recursos de incentivos que são repassados para o Ministério da Saúde. Há advogados que entendem que isso é uma apropriação indébita, que isso é crime de apropriação indébita praticada pelos gestores uma vez que o recurso está portariado pelo Ministério da Saúde, há portaria destinando para aquele hospital, para aquela razão social, para aquele CNPJ o valor que lhe é de competência.

Exigências descabidas de se produzir mais serviços para poder receber emendas parlamentares. Os Parlamentares realmente, entendendo a crise de saúde e o subfinanciamento do sistema, houveram de estabelecer essa condição de um regramento de emendas impositivas que sejam canalizadas para ajudar no financiamento. Mas isso se tornou exatamente uma forma de exigir que você faça cirurgias eletivas, etc., para poder ser liberado.

E, finalmente, este é um mal muito complicado. O Brasil é do tamanho e da dimensão que todos os senhores conhecem. São 5.670 Municípios e há uma elevada interinidade de secretários municipais de saúde. Há conhecimentos anunciados pela Confederação Nacional de Municípios de que a média de secretários de saúde no País é de dois por ano. Há casos de cinco no mesmo ano, há casos de três, de quatro secretários de saúde no mesmo ano.

Isso dificulta completamente, Sr. Presidente, senhores colegas de Mesa, qualquer tipo de planejamento ou de funcionalidade adequada de um serviço da importância do serviço de saúde e isso reflete exatamente no que a pesquisa que foi anunciada ontem mostrou: 75% da população brasileira desaprova completamente o Sistema Único de Saúde. Portanto, aí está o reflexo dessa pesquisa, uma necessidade urgente de se comporem gestores e prestadores de serviços para que a gente dê resposta àquilo que a população brasileira está esperando em termos de qualidade de saúde.

Equipamentos nós temos até demais, equipamentos a que me refiro são leitos hospitalares, ambulatoriais, leitos de UTI. O que falta é uma organização e seriedade efetiva, falta cumprir o que a lei estabelece...

(Soa a campanha.)

O SR. JOSÉ LUIZ SPIGOLON - ... e que não é cumprido e de que não há, portanto, nenhuma cobrança.

Agradeço ao senhor.

Peço desculpas, Sr. Presidente, por ter avançado um pouco no tempo.

Em nome da confederação, agradeço a oportunidade que nos foi dada.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Nós que agradecemos ao José Luiz Spigolon pela sua brilhante explanação.

Com certeza, foram ultrapassados alguns minutos do tempo previamente estabelecido, mas nós sabemos que tudo isso é em favor da causa objeto da nossa audiência pública.

Na sequência, rapidamente, passamos a palavra ao Adriano Carlos Ribeiro, que é o Assessor da Confederação Nacional da Saúde, pedindo que, se puder, possa se ater aos dez minutos. Ficamos felizes para darmos sequência e podermos ainda dedicar uma parte considerável da nossa audiência pública ao debate e a eventuais perguntas que possam ser dirigidas para mais esclarecimentos.

Com a palavra o Adriano Carlos Ribeiro.

O SR. ADRIANO CARLOS RIBEIRO - Bom-dia.

Quero agradecer ao Senador Dalirio, meu conterrâneo de Santa Catarina, representando a Confederação Nacional de Saúde e nosso Presidente Tércio Karsten.

Acredito, Senador Dalirio, que a explanação do nosso decano Spigolon retrata com muita nitidez a situação de toda a rede de hospitais do País.

Eu vou fazer um enfoque na questão orçamentária para que a gente possa trazer outros dados ao debate.

Temos uma situação caótica que é a distribuição dos recursos da União *per capita*, e isso faz as unidades da Federação terem um pagamento totalmente anacrônico. Essa questão do *per capita* afeta não só o Estado de Santa Catarina, mas toda a Federação. Esse recurso precisa ser colocado em pauta e distribuído de forma mais equânime. Essa situação do *per capita* faz com que Estados recebam um cidadão que valha mais do que outro de outra Federação. Essa situação cria embargos e distorções na planta orçamentária do País.

Outra situação que nós temos que discutir e deixar muito clara é a responsabilidade de cada ente da esfera estadual, municipal ou federal. Nós não temos clareza disso. Se nos atermos aos detalhes do País, temos Estados da Federação que, com recursos próprios, conduzem a saúde em detrimento de outros que são dependentes do Ministério da Saúde. Essa distorção e essa falta de responsabilidade de cada ente geram para a rede de hospitais privados filantrópicos uma verdadeira necessidade de receitas de onde eles não conseguem buscar. Então, se houvesse a clareza do que é a responsabilidade do ente municipal, do ente estadual, seja no serviço ambulatorial ou numa internação hospitalar de alta complexidade, as receitas oriundas desde os entes dariam um fôlego para que essa rede que hoje está colapsada pudesse, pelo menos, sobreviver.

E, pensando nisso, temos que pensar em cadeias de atendimento. Nós precisamos prover no modelo, por exemplo, de São Paulo, que tem hospitais estruturantes, Spigolon, e hospitais de apoio com resolutividade. A quantidade de leitos hoje no País é muito alta, mas a taxa de ocupação é pequena, devido à não estruturação das redes de atendimento de urgência e emergência no País. Esse é um problema crônico que nós temos que enfrentar.

Precisamos dotar todo o País de estrutura de atendimento de alta complexidade e de suporte à vida nos hospitais menores. Que se estabeleçam neles esse fluxo de atendimento para que possa haver resolutividade, lembrando que, em muitos casos, somente os hospitais filantrópicos são a única porta de entrada de saúde que a população tem. E é com esse olhar da população, do atendimento ao SUS que precisamos nos guiar, precisamos pensar na população que precisa desse atendimento e dessa única porta de entrada.

Vejamos, essa questão é tão complexa que hoje temos vários casos no País em que, num hospital com baixa resolutividade e quantidade de leitos, o gestor municipal quer implantar uma unidade de saúde na frente do hospital. Então, vai haver duas unidades de saúde fazendo a mesma coisa e usando o mesmo recurso. Precisamos otimizar, nas instalações já consolidadas, o atendimento, seja ambulatorial, seja de média e alta complexidade, e não disputar o mesmo espaço e disputar o orçamento que já é pouco. Aí não se gera resultado para a população.

A relação com gestores estaduais e municipais... E aqui faço a complementação das informações do Spigolon. O Senador Dalirio foi coordenador da nossa Bancada de Santa Catarina quando houve a primeira Bancada da saúde para Santa Catarina.

Há diversas prefeituras não só no nosso Estado, mas em diversas unidades da Federação que ainda não repassaram recursos de emendas, exatamente por querer atribuir à produção. E foi um pedido do Presidente Tércio ao Senador Dalirio, Presidente da Comissão da LDO 2019, que o repasse dos recursos dos hospitais e emendas de custeio fossem diretamente para o CNPJ, para o banco dos hospitais e não passassem pelos seus gestores. Isso está criando um embaraço para toda a rede e não há necessidade, Senador Dalirio. E esse pleito da CNSaúde é fundamental para que possamos ter o desafogo, Spigolon, e que possamos efetivamente usar o recurso que o Parlamentar assim destina.

Hoje cada repasse está virando uma verdadeira briga. O Senador Dalirio sabe porque eu já conversei com ele sobre esse assunto. Nós precisamos ter efetividade, resolutividade no recurso que chega. Em Santa Catarina também, citando um exemplo, nós temos recursos de outubro de 2017 que a Secretaria de Estado da Saúde ainda não repassou para a nossa rede apesar das inúmeras tratativas.

Sobre a questão da contratualização - e aí eu queria ter uma noção - eu fui Superintendente de Planejamento da Secretaria de Estado da Saúde em meu Estado, onde vimos o seguinte: os nossos hospitais não sabiam que estavam contratualizando, a nossa secretaria não estava sabendo o que faziam naquele hospital. São contratos que não especificam o número de atendimentos e não fazem encontro de contas do custo efetivamente dos serviços que são prestados. Nós temos que ter noção exata de que, quando se contratualiza, temos que fazer uma memória de custos dos serviços a serem prestados e temos que pensar em mudar o pensamento de que o hospital não é atrativo para os Municípios.

Na maioria dos Municípios brasileiros, quando o hospital é estabelecido, a maior folha de pagamento - se não é a primeira, é a segunda - é o hospital. Os melhores salários pagos aos médicos, aos prestadores de serviços são os dos hospitais. Nós precisamos entender o hospital como parceiro do comércio e prestador de serviço neste País. Ele gera receita e renda para os Municípios, porque movimenta, o hospital tem essa oportunidade. Então, no momento em que os entes municipais entenderem que o hospital é a mola propulsora da economia da região, ele vai ter um olhar diferente. Nós temos que ter essa visão para ver como que o hospital agrega ao Município e ao seu entorno.

Na questão da contratualização o que está ficando evidenciado é totalmente uma distorção do valor entre o que é efetivamente o custo do hospital e o efetivamente pago. E daí começa a acarretar vários danos à rede, que é a dívida. Se vocês pegarem os balanços das redes de hospitais, a quantidade de dívida e juros pagos aos bancos é algo surreal. Nós estamos, além de um trabalho subfinanciado, pagando ao sistema financeiro juros para quitar dívidas do dia a dia e, quando chega o mês de dezembro, temos que fazer outro aporte financeiro para pagar o décimo terceiro.

Essa clareza de que a rede é totalmente defasada acarreta a contratação de profissionais, porque os médicos, os profissionais enfermeiros só vão ter atração para ir àqueles hospitais que tiverem uma estrutura para realizarem os serviços. Hoje há uma quantidade de hospitais que não conseguem agregar valor aos seus produtos devido ao sucateamento dos valores que são pagos. Temos que ter essa noção para que esses hospitais, no mínimo, encontrem a receita e a despesa no mesmo patamar.

A questão da produção dos hospitais está devidamente ligada...

Voltando ao assunto das redes, a maioria de nossos hospitais não consegue gerar produção porque não tem uma rede organizada. Essa produção tem que ser pensada na nova política de atenção hospitalar, Spigolon. Nós precisamos sentar com nossos parceiros, que são os entes municipais e estaduais, sendo que nós não temos assento na CIB e na CIR. E isso é uma coisa contraditória.

(Soa a campanha.)

O SR. ADRIANO CARLOS RIBEIRO - Eles fazem reunião de CIB, mas nós não temos... Só sabemos das decisões depois que nós somos outorgados a fazê-las. Nós precisamos inverter esse processo e ter assento nessas comissões bipartites e regionais para que as decisões que digam respeito aos prestadores de serviços sejam efetivamente compactuadas e discutidas em grupo.

Senador, só para concluir, como diz o Hino de Blumenau, aqui é progresso. O senhor está trazendo progresso aos nossos hospitais filantrópicos e está trazendo uma luz, porque parecia que a gente já estava no final do túnel.

Muito obrigado, em nome do Presidente Tércio, pela oportunidade de a Confederação vir aqui expor este importante assunto.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Adriano, muito obrigado pela tua contribuição.

A Comissão de Assuntos Sociais tem realmente esse compromisso de debater este assunto e todos os demais que são inerentes à sua atuação no sentido de que nós aperfeiçoemos, que consigamos melhorar essa parceria, que é vital.

Nós tivemos, na Constituição de 1988, a decretação da obrigação do setor público de prestar assistência médico-hospitalar a todos os brasileiros. E a partir daí começou-se a construção desse sistema, que está vigorando até hoje. E a participação das entidades filantrópicas na área da saúde é indispensável e, portanto, se projetará por longos e longos anos ainda, até que, talvez, um novo modelo surja a ponto de dispensar, digamos, o trabalho dos hospitais filantrópicos, dessas entidades beneficentes que tanta importância têm nesse conjunto da prestação de serviços de saúde.

No entanto, como ainda vai muito longe, nós vamos tentar otimizar esse trabalho, essa parceria fazendo com que o Poder Público de fato valorize no tamanho necessário para que os hospitais possam continuar prestando essa importante tarefa de assistir à saúde dos brasileiros.

Vamos ao nosso terceiro convidado.

Passamos a palavra ao Custódio Pereira, que é Presidente do Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas (Fonif), por dez minutos.

O SR. CUSTÓDIO PEREIRA - Bem, ao mesmo tempo em que eu cumprimento a Mesa e os presentes, eu quero cumprimentar o Senador Dalirio Beber pela iniciativa de trazer este debate tão importante para o nosso País.

Eu vou me permitir dar uma visão muito rápida sobre o setor como um todo, focando, depois, na área da saúde. Vou apresentar, rapidamente, uma pesquisa, que foi feita de forma inédita, que mostra a contrapartida das instituições filantrópicas, mostrar também a relevância da contrapartida do setor de saúde e, finalmente, alguns pontos do dia a dia dos grandes desafios do setor de saúde.

Primeiro, a filantropia no Brasil começou com o descobrimento do Brasil, antes de ministérios, antes de leis, antes de normas. Essa iniciativa é feita por uma questão de missão, de visão, de carisma, e, como nós estamos vendo aqui, apesar de todas as dificuldades, essas instituições continuam à frente atendendo às pessoas.

Certamente, outras iniciativas, como a da educação, o Pateo do Collegio, o próprio Mackenzie, em 1870, já dava bolsas para os filhos dos escravos... Essas iniciativas filantrópicas já mesmo sem o Cebas... Por isso que, quando foi iniciada

a apresentação, se falou em filantrópicas com o Cebas e filantrópicos sem o Cebas. Eu gostaria de enfatizar depois, na apresentação, só a fatia do Cebas.

Nós tivemos origem nesse clamor do setor de uma falta de reconhecimento, porque muitas pessoas são atendidas em instituições filantrópicas, e não sabem que são atendidas por uma instituição filantrópica. Não sabem sequer da luta que está sendo feita para que ela possa ser atendida.

Então, nossa missão é atuar na defesa das entidades beneficentes, promovendo a sinergia e o fortalecimento do setor, visando à plena garantia dos direitos constitucionais. E, com isso, nós estamos defendendo os direitos daqueles que estão na ponta e que mais precisam.

As organizações que representam o Fórum Nacional das Instituições Filantrópicas... Nós estamos praticamente em todos os setores. A ABIEE, a Anec, a CMB, que está aqui representada pelo Spigolon, a Conib, de toda a comunidade israelita, a Cebraf, de todas as fundações, a Febraeda, de todas as associações socioeducacionais... Bom, a Anec é de todas as instituições católicas de ensino básico e superior e a ABIEE é de todas as evangélicas também. Então, essa é a representatividade.

E o importante também... O Spigolon trouxe o número da saúde: 1,358 mil.

Spigolon, posso lhe dizer que os números, por coincidência, estão batendo perfeitamente, porque se fala em dados, em números, e muitas vezes depende do dia, da origem, mas estão batendo.

Nós representamos 1,123 mil instituições filantrópicas no Brasil, isto é, que fazem o atendimento com o Cebas. Nós não estamos considerando, por exemplo, aquelas mil e poucas instituições que perderam o Cebas e que estão agora com mais uma luta, que é se defender contra a tributação que vem em cima na hora em que você perde o certificado.

Na educação são 3,954 mil instituições. Aí são as mantenedoras e as mantidas. Isto é, são as faculdades, universidades, instituições de ensino. E a assistência social, que é a maior parte, 5,811 mil.

Nós fizemos uma pesquisa com dados oficiais dos três Ministérios, da Saúde, da Educação e da Assistência Social; e dados da Receita Federal.

Pela primeira vez nós conseguimos compilar e sistematizar os dados. Posso dizer a vocês que os dados da saúde foram os mais complexos e os mais difíceis de você ter uma visão global de números com muita diversidade de dados. Então, essa é uma visão muito simples, mas muito importante. São dados de 2014 e 2015, mas hoje, com a atualização da pesquisa que nós estamos fazendo, os dados não mudaram em termos percentuais.

Então, arrecadação total da Previdência: R\$348 bi. As imunidades representam só 2,87%. Portanto, o problema da previdência não é um problema gerado pelas filantrópicas, pois representamos só 2,87%, e nós retornamos 600% daquilo que nos é dado de imunidade. Então, para os R\$10 bilhões que nós recebemos, nós retornamos R\$60 bilhões. Quer dizer, não é um gasto, mas um investimento, na verdade.

Então, para cada R\$1 investido, as instituições filantrópicas retornam R\$5,92. E nós estamos falando isso com base em dados científicos. Não são dados inventados.

Há o fator da intangibilidade que eu vou explicar rapidamente.

O setor da saúde é o que mais se destaca. Nós representamos, instituições filantrópicas na saúde, 53% de todo o atendimento no Brasil, sendo que, considerando a alta complexidade, nós atingimos o índice de 60% de todo o atendimento no Brasil. Na educação, quase 32% dos nossos alunos são bolsistas, quer dizer, muito mais do que a lei determinava no passado, que é 20%. E assistência social, quase 63% de atendimento gratuito.

Então, vocês vejam a representatividade do setor e, dentro da representatividade do setor, a representatividade do setor de saúde. São 161 milhões de atendimentos, e nós geramos cerca de 1,3 milhão de empregos.

Na saúde, para cada R\$1 de imunidade que nós temos, a saúde retorna 7,35 vezes. É um número... Por que esse número é tão extraordinário? Exatamente pelo que foi dito. As santas casas estão endividadas, com problemas, e, então, o valor que é investido é muito maior do que a imunidade e muito maior até que a sua capacidade financeira de sustentabilidade.

Na área de assistência social, 5,73 vezes e na área de educação, 3,86 vezes. Eu quero dizer que, na atualização esse dado da educação já passou para 4,24. Quer dizer, no total, nós retornamos 5,92 vezes o que recebemos.

Na área da saúde, 990 Municípios só têm um hospital, e esse hospital é filantrópico. Desses 990 Municípios, 49 são hospitais que atendem comunidades de extrema pobreza. Se os hospitais deixarem de atender, nós teremos quase mil Municípios sem nenhuma assistência hospitalar, porque isso é feito por hospitais filantrópicos. O número é muito forte, muito impactante e muito importante.

Outra coisa, também muito rapidamente, é que as filantrópicas não são isentas. Não há um gasto tributário, não há, como se diz aí, uma renúncia tributária, mas as filantrópicas são imunes à tributação. Então, é uma não incidência, não uma

isenção que é dada e que pode ser tirada. Eu não vou entrar nesse detalhe, mas mostro aí o que é imunidade e o que é isenção, e as filantrópicas são imunes pela Constituição. Inclusive, recentemente, na ADIn 2.028 isso foi reconhecido. Então, hoje já é um ponto pacífico.

Dentro daqueles R\$10 bilhões de totais que você vê na tarja preta ali, R\$3,8 bilhões são na parte de educação, R\$5,7 bilhões são na parte de saúde e R\$0,9 bilhão é na parte de assistência social. A assistência social tem um número maior de entidades, mas um número muito pequeno em termos de valor de imunidade.

E aí nós fizemos um estudo, porque a educação tem que dar bolsas, a saúde tinha que dar os 60% de leitos do SUS e a assistência social tinha que dar 100% de atendimento gratuito. E aí nós fizemos os indicadores. Por exemplo, na área de educação, vocês podem ver ali que, para cada R\$1 de imunidade - está até errado, está "isenção" -, nós temos um retorno tangível de, 1,92 e um retorno intangível de 2,3; na saúde, 4,56 de tangível e 2,82 de intangível.

Intangível na educação, por exemplo, é que está provado - e nós temos dados também que mostram - que as instituições...

(Soa a campanha.)

O SR. CUSTÓDIO PEREIRA - ... filantrópicas dão uma qualidade muito maior do que a média geral das instituições filantrópicas - 5,92 é o total.

Eu quero agora passar para alguns dados. Na minha primeira apresentação, não tinha considerado esses problemas que a audiência está solicitando. Então, peguei alguns dos casos, duas organizações, inclusive a nossa, que é a de Santa Marcelina. Nós deveríamos atender a 60%, e atendemos a 88% do SUS.

Então, a Irmã Monique me deu alguns dados. As tabelas não tiveram reajuste. Nós estamos vendo isso, há dez anos. Somente alguns itens. Todos os procedimentos são deficitários, salvo algumas exceções, como transplante; não atualização da tabela; depois, falta de investimento em equipamento e modernização; a grande demora no cadastro das redes e dos leitos de UTI, chegando a demorar um ano, um ano e meio. Se você tem mais leitos, há mais leitos de UTI. Só o trâmite para passar isso nas várias comissões é de um ano, um ano e meio, sem ter essa condição de disponibilizar para o SUS.

A municipalização descentralizou demais - vou tomar a liberdade de ler - os poderes, dando aos pequenos como aos grandes Municípios muita autonomia, dificultando os trabalhos em rede, o que diminuiria a duplicação de equipamentos e permitiria a regionalização de serviços especializados. Quer dizer, um Município maior poderia atender a dois ou três Municípios menores, que estão ali próximos.

A não existência de um prontuário eletrônico. A pessoa vai a uma AMA, a uma APS; depois, se vai a um hospital, tem que fazer novamente os exames, porque não há um sistema eletrônico centralizado de dados dos pacientes.

O médico hoje é o principal profissional. Como nos Estados Unidos, por exemplo, os outros operadores da área de saúde, como os de enfermagem, têm o prestígio e podem ajudar e colaborar nesses serviços.

Depois, também, centralização de cuidado profissional, que está ali e que já falei; distanciamento entre a academia e o serviço; pouco incentivo para pesquisa clínica, que possa ter um impacto real nos serviços e ser transformador, inovador.

Por exemplo, nós temos uma faculdade de Medicina. E, na faculdade de Medicina, todo trabalho que é desenvolvido é revertido ao hospital, mas não há nenhum programa, nenhum incentivo para esse tipo de trabalho que é feito.

A judicialização é excessiva, tem atrapalhado muito o serviço. Os juízes definem que se tem que dar um leito numa UTI, e muitas vezes tem que ser escolhido - ou o próprio juiz deveria escolher quem vai ficar e quem vai tirar.

Esse é um problema que nós temos...

(Soa a campanha.)

O SR. CUSTÓDIO PEREIRA - ... de judicialização.

Estou concluindo. Esse é um dado que todos conhecem, de 2011 a 2015. São os vários indicadores que mostram a média de gastos de inflação, de 2011 a 2015, de 72,28%, quando, na parte dos reajustes, foram 6,2%. Eles mostram, em gastos, o aumento de 72,28%; e o de receita, de 6,2%. Não é preciso explicar mais nada.

Nós estamos falando até 2015. Não tive tempo de atualizar os dados, está certo?

Eu queria só, no meio de tudo isso, talvez pensar numa solução.

Tive o privilégio de presidir a Lei Rouanet da educação, que está transitando aqui, no Senado, por acaso. Acho que o Blairo é que teve essa iniciativa.

Há incentivos para a cultura, e não há nada de errado nisso. Mas, se alguém doa dinheiro para o Cirque du Soleil, pode deduzir no Imposto de Renda. Mas nós não temos uma Lei Rouanet para a educação, nós não temos uma Lei Rouanet para a saúde, que são as coisas mais importantes.

Então, eu gostaria de deixar esse desafio. Sei que há outros projetos tramitando, mas gostaria de deixar isso como uma solução.

Agradeço aos Senadores. Desculpe-me o tempo que ultrapassei.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Obrigado, Custódio Pereira, pela sua explanação - uma excelente contribuição.

E, sobre esse último tópico da Lei Rouanet, nós temos um projeto de autoria do Senador Paulo Bauer, que cria exatamente, também, no nível de saúde, essa possibilidade de que a captação de um percentual pudesse ser destinada a programas de saúde. E a relatoria desse projeto, digamos, foi de minha autoria.

Então, vamos trabalhar, no sentido de que isso se torne realidade, para ir aos poucos dando condições de que as nossas entidades filantrópicas tenham mais uma fonte de financiamento para programas de interesse do setor.

Vamos agora ao quarto orador. Fala, então, Humberto Lucena Pereira da Fonseca, Secretário de Estado da Saúde do Distrito Federal e Vice-Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), Região Centro-Oeste.

Com a palavra, por dez minutos, o Sr. Humberto.

O SR. HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA - Bom dia, Senador.

Quero primeiramente agradecer a oportunidade de estar aqui, nesta Casa, que é a minha casa de origem. É sempre um prazer rever os colegas e voltar aqui, ainda mais representando o Conass, que é o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, uma instituição importantíssima desde o nascimento do SUS que faz grandes discussões em relação aos temas da saúde pública no Distrito Federal.

E me foi dada a missão de representar aqui o Presidente Leonardo Vilela, que é o Secretário de Saúde de Goiás, em relação principalmente à Lei nº 13.650, que foi aprovada para regularizar a situação dos hospitais filantrópicos que não têm contratualização.

Nós discutimos esse tema muito vividamente, na última assembleia do Conass, que foi no mês passado, e tivemos lá a presença do Ministério da Saúde, através do Departamento do Cebas, o DCEBAS, que fez uma explanação sobre a lei.

Primeiramente, gostaria de dizer que a importância dos hospitais filantrópicos, das instituições filantrópicas para a saúde pública é tremenda. Nós iniciamos essa tendência, esse crescimento dos filantrópicos, com o nascimento da Santa Casa da minha cidade natal, Santos, o antigo Hospital de Todos os Santos, em 1543, fundado por Brás Cubas.

Depois houve um grande crescimento, ao longo dos séculos, desse tipo de instituição, e, até meados do século XX, essa era a única forma de se fazer saúde pública. Não havia outra forma, não existia o direito dos cidadãos a terem saúde pública. Isso foi finalmente consolidado na Constituição de 1988, depois da 8ª Conferência Nacional de Saúde.

Hoje, mais de 50% do orçamento total do SUS é destinado aos filantrópicos. E peço para a gente dar um passo atrás, para entender por que isso acontece.

Nós temos nos filantrópicos um grande apoio para a saúde pública, por quê? São hospitais, instituições privadas, que funcionam com base em regras privadas, mas que recebem ou deveriam receber um financiamento do Poder Público, além de receber os incentivos fiscais que são da natureza da instituição que não tem fins lucrativos e que trabalha em parceria com o Poder Público.

Hoje, é tão importante que tenhamos esse sistema, que não tenho nenhuma dúvida quando digo que o sistema de administração direta para a saúde pública hoje é completamente incompatível. Não há uma velocidade suficiente para dar as respostas à saúde, e as instituições filantrópicas conseguem, porque trabalham num sistema diferente.

Hoje, por exemplo, a instituição de saúde que tem a maior eficiência por real gasto é uma Santa Casa, se não me engano, a Santa Casa da Bahia, que produz o maior número de procedimentos com o mesmo recurso.

Nós temos aqui, no Distrito Federal, uma dificuldade: não temos filantrópicos aqui. Como os filantrópicos se desenvolveram até mais ou menos a metade do século XX e Brasília nasceu em 1960, nós não temos essa válvula que tanto ajuda a saúde pública. Nós temos um filantrópico aqui, que é o Instituto de Cardiologia do Distrito Federal, que faz praticamente todos os nossos transplantes e que consegue funcionar de uma forma mais eficiente.

Nós temos investido em outros modelos de administração, que pensem a forma de fazer saúde para a saúde, e não com base na Lei nº 8.666, que certamente não foi pensada para a saúde e que hoje gera uma série de problemas para os gestores. Mas vou pedir licença para partir de uma fala do Dr. Spigolon. Quando ele fala da alta rotatividade de secretários municipais de saúde, quero reforçar que também é de secretários estaduais de saúde. Então, nós tivemos, nos primeiros 30 meses dessa última legislatura, a cada mês, a troca de um secretário estadual de saúde. E somos só 27. Então, é algo impensável. Essa descontinuidade é realmente terrível. Não é só terrível para os filantrópicos, mas também é terrível para as políticas públicas em geral. Meus sete antecessores ficaram no máximo sete meses na Secretaria. Isso é um problema muito sério. E por que isso acontece? Acontece, porque fazer saúde pública é extremamente difícil no Brasil.

Hoje, nós temos um financiamento de saúde pública que corresponde a 3,8% do PIB. Já é um ponto percentual acima do que era há 20 anos, e a participação do Ministério da Saúde não cresceu, continuou em 1,7%. Isso significa que todo esse aumento da carga, esse aumento da demanda por saúde pública está recaindo sobre o colo dos Estados e Municípios e, certamente, também dos filantrópicos, que têm as dificuldades que foram aqui apontadas.

O Conass apoia completamente este pleito, por exemplo, de atualização das tabelas, este pleito de novos investimentos nos filantrópicos, a necessidade de aumentar a velocidade de cadastramento dos serviços, para que consigamos receber o financiamento, que deveria ser tripartite em todos os momentos. O SUS foi pensado para ter 50% do financiamento federal, e não estamos conseguindo atingir.

Além disso, nós temos uma grande perseguição aos gestores da saúde. Nós temos vários órgãos de controle, temos uma Constituição que muito corretamente estabelece princípios como a integralidade e a universalidade da saúde pública, a equidade, e muitas vezes esses princípios são mal interpretados. Parece que há uma responsabilidade objetiva de todos os gestores, independentemente de haver orçamento, de haver a possibilidade de realizar e de entregar absolutamente tudo que é solicitado. Evidentemente, não é isso que o princípio da universalidade e da integralidade preconizam. Na verdade, o que precisamos é planejar para que todos tenham acesso à saúde, mas fazendo a devida alocação do recurso considerando a sua limitação.

E, sobre isso, eu quero entrar em um ponto da Lei 13.650 que é extremamente preocupante, que foi o principal ponto discutido na assembleia do Conass, que é o art. 3º da Lei 13.650, que altera o art. 11 da Lei 8.429, que é Lei de Improbidade. A Lei 13.650, teoricamente, é somente para a obtenção da certificação do Cepas e exige a contratualização que nós entendemos seja saudável; é importante que as regras estejam bem definidas em contratos. Existe um grande número de Estados e Municípios que tem instituições filantrópicas atuando que não têm essa contratualização. É saudável que tenham, embora não se possa simplesmente cortar do dia para a noite e dizer: "Olha, o gestor que fizer os pagamentos estará agindo com improbidade." Precisamos de um tempo de transição para isso. Aqui, no Distrito Federal, não temos esse problema, porque o nosso único filantrópico... Na verdade, temos dois, temos um menor, e são ambos contratualizados.

Mas nós temos simplesmente um lançamento na Lei 8.429, de forma seca, de um dispositivo que se lê da seguinte forma, que estabelece como ato de improbidade, é o inciso X que foi acrescentado:

Art. 11

X - transferir recurso a entidade privada, em razão da prestação de serviços na área de saúde sem a prévia celebração de contrato, convênio ou instrumento congênere, nos termos do parágrafo único do art. 24 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Esse dispositivo quando é lido no conjunto da Lei 13.650, ele diz uma coisa, mas quando ele é lançado de forma isolada dentro da Lei de Improbidade Administrativa, o que ele parece fazer é criar uma responsabilidade para qualquer gestor que faça um pagamento sem contrato. Isso gera uma preocupação muito grande, porque nós temos, em todos os Estados, em todos os Municípios, algumas despesas em que não se consegue concluir a contratualização.

Eu vou dar os exemplos do Distrito Federal. Eu cheguei à Secretaria de Saúde no dia 2 de março de 2016, nós tínhamos R\$600 milhões de despesas sem cobertura contratual. E eram despesas que são absolutamente inarredáveis para o gestor. Por exemplo: nós fazíamos o pagamento da alimentação hospitalar sem contrato naquele momento; hoje já temos contratos. Na verdade, desses R\$600 milhões, hoje restaram menos de 10% sem contrato nesse período. O fato é que não se podia deixar de fazer o pagamento. Se a entidade que faz o fornecimento da alimentação hospitalar parar de fornecer, os pacientes morrerão em poucos dias, porque não vão receber a devida alimentação. Se paramos com o contrato de vigilância, que também não tinha a devida formalização, os vigilantes sairiam dos hospitais. E nós vimos aqui, no Distrito Federal, algumas greves de vigilantes, na verdade, paralisações temporárias, nos últimos dois anos. E todos pararam os hospitais, inclusive havia um estímulo para que a população invadisse os hospitais e promovesse vandalismo.

(Soa a campanha.)

O SR. HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA - Da mesma forma, para a limpeza também não havia contrato. Como é que um hospital público funciona sem ter uma limpeza absolutamente regular e sendo feita de forma correta uma vez que nós temos uma série de aspectos de saúde pública, de saúde, na verdade, relacionados à higiene? Então, esses são só exemplos. Nós tínhamos também lavanderia, internet, contratos de *home care*, na verdade, despesas com *home care*, e nada disso tinha contrato.

E como é que um gestor deixa de fazer esse pagamento? Nós temos, na Lei 8.666, uma previsão expressa de que, ainda que não haja contrato, o Estado não pode se locupletar, ele não pode tomar um serviço que é de sua responsabilidade e não fazer o pagamento. Então, quando nós ouvimos o DCEBAS dizer que esse projeto nasceu no Executivo e que isso não muda muito a Lei de Improbidade, isso nos gerou uma grande preocupação, porque os gestores da saúde já são extremamente perseguidos por órgãos de controle. Quando se lança na lei um dispositivo que parece retirar do contexto que essa responsabilidade aumenta, eu entendo que nós estamos na contramão de outra lei, que é a Lei 13.655, que veio reconhecer as dificuldades do gestor da saúde em todos os níveis e veio tentar amenizar o rigor excessivo que alguns órgãos de controle têm com os gestores.

E essa lei que eu espero que seja utilizada plenamente na interpretação da Lei 8.429, no novo inciso X, diz o seguinte:

Art. 22. Na interpretação de normas sobre gestão pública, serão considerados os obstáculos e as dificuldades reais do gestor e as exigências das políticas públicas a seu cargo, sem prejuízo dos direitos dos administrados.

É o novo art. 22 da Lei 13.655.

E o art. 28 estabelece que:

Art. 28 O agente público responderá pessoalmente por suas decisões ou opiniões técnicas em caso de dolo ou erro grosseiro.

Ou seja, estabelece um padrão, não é qualquer erro que pode levar à responsabilidade do gestor.

Então, essa preocupação foi colocada pelo Conass, e peço a sensibilidade do Ministério da Saúde, do Congresso em relação a esse dispositivo, porque eu não tenho dúvida de que ele será utilizado...

(Soa a campainha.)

O SR. HUMBERTO LUCENA PEREIRA DA FONSECA - ... de forma nociva contra gestores na saúde que só querem e só se esforçam para tentar prover assistência num cenário de extrema dificuldade.

Eu dou exemplo pessoal, eu sofri duas ações de improbidade no último ano. Uma das ações... Existe uma tendência de usar ações pessoais em vez de processar o Estado; processar os gestores pessoalmente, pedir o bloqueio de contas pessoais dos gestores da saúde, como se o salário dos gestores fosse mais uma fonte de financiamento do SUS; e também pedir prisão de secretários de saúde, pedir prisão de secretários municipais, estaduais e de outros gestores na saúde. Isso tem acontecido e tem se usado também o instrumento da ação de improbidade para dizer que o gestor pessoalmente é ímprobo, ou seja, é desonesto na condução da coisa pública quando determinado sentimento, determinada opinião do órgão de controle não é atendido.

Eu sofri duas. Uma por não ter contratado telefonia. Havia oito anos que a Secretaria de Saúde não tinha um contrato de telefonia. Nós fizemos o contrato de telefonia, e, curiosamente, a ação de improbidade pedia que o Distrito Federal contratasse. Como é que se processa pessoalmente uma pessoa para que um ente público faça uma contratação? Ainda bem que a ação não foi recebida. O Tribunal de Justiça acabou de julgar, inclusive, e foi bastante duro com a promotora que moveu essa ação, que foi a mesma que moveu uma segunda ação para que se comprassem ressonâncias magnéticas no Distrito Federal. Então, realmente, houve um total desvirtuamento da ação de improbidade, e nos preocupa disposições desse tipo, porque parece que enrijecem na contramão do reconhecimento do trabalho dos gestores públicos.

Então, quero, mais uma vez, para encerrar, expressar o apoio do Conass às entidades filantrópicas, expressar a importância das filantrópicas para a nossa saúde pública e pedir que a gestão da saúde seja vista com sensibilidade em todos os níveis de Governo de Estado.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Queria agradecer ao Humberto Lucena Pereira da Fonseca pela sua contribuição, com essa explanação, inclusive mostrando as dificuldades dos gestores na área da saúde, o que de fato acontece de norte a sul, Brasil afora.

Queria também dizer que nós temos as presenças hoje dos nossos consultores da Comissão de Assuntos Sociais, que acompanham todas as manifestações, todas as contribuições, palestras, exatamente para nos ajudarem a construir, ao longo desta jornada, um documento que possa, de fato, contribuir para as melhorias que todos os envolvidos buscam em nível de Brasil. Então, para a sua apresentação, nós convidamos o Rodrigo César Faleiro de Lacerda, Assessor Técnico do

Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), para fazer uso da palavra, no tempo estabelecido de dez minutos.

O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - Bom dia a todos, bom dia, Senador. Agradeço a oportunidade. No momento, cumprimento toda a Mesa Diretiva e trago um abraço do nosso Presidente Mauro Junqueira, que, infelizmente, não pode estar presente aqui hoje, mas reconhecemos a importância do tema para o Sistema Único de Saúde, tanto na Rede de Atenção como em específico na contribuição dos filantrópicos e parceiros dentro do Sistema Único de Saúde.

Eu acho que sobre esse tema serão construídas propostas que, com certeza, contribuirão para desburocratizar e facilitar o processo de organização e de gestão, o que nós mais buscamos hoje, de forma tripartite. Nós sabemos que, ao longo do tempo, até mesmo atendendo a um princípio do SUS, houve a descentralização, mas, ao mesmo tempo, não fortalecemos o processo de regionalização. E agora, recentemente, nós tivemos a oportunidade de construir duas Resoluções, a 23 e a 37, que vêm ao encontro do fortalecimento do processo de regionalização e governança dessa Rede de Atenção.

Nós acreditamos muito na força do planejamento, o planejamento ascendente, aquele que parte das necessidades e princípios apontados a partir dos conselhos, dos vereadores, da comunidade, para que nos organizemos da melhor forma na Rede de Atenção. Então, ao longo do tempo, nós temos trabalhado nesse sentido de fortalecer o processo de planejamento, porque eu acho que dessa forma conseguiremos institucionalizar esse processo e apontar melhor as responsabilidades dos três entes da Federação nesse processo de regionalização.

Quando nós falamos de planejamento regional integrado, que é a Resolução 37, que traz as responsabilidades dos entes da Federação em relação à Rede de Atenção, em específico àquilo que é de responsabilidade dos três entes da Federação, falamos também da participação do Ministério da Saúde nesse espaço macrorregional que será a base para a organização e o planejamento.

Nós temos que fazer uma análise situacional desses territórios, identificar as necessidades, as possíveis sobreposições de ações e serviços de saúde para que não continuemos a fazer iniquidade em regiões do País que são superprestadoras de serviço e em outras com deficiências cujas necessidades entendemos que têm que ser observadas. Então, nesse processo, eu acho que os filantrópicos, a parte hospitalar como um todo, a Rede de Atenção não está descolada da atenção básica nem da média, nem da alta complexidade; nós temos que trabalhar como um todo. E esse processo de contratualização e organização de forma planejada, com responsabilidades adstritas aos três entes da Federação, é super importante.

Hoje, fica-se a cargo seja do Estado, seja do Município a responsabilidade de contratualizar, de financiar, de gerir, de monitorar, de avaliar as entidades de forma desarticulada. Nós temos que organizar melhor esse processo.

E a Lei 13.650 trouxe avanço, uma vez que vai facilitar o processo de contratualização e de organização de incentivo às entidades filantrópicas. Porém, traz essas preocupações que o Secretário Humberto já colocou. Nós temos orientado, até mesmo para inserção deste art. 11 na Lei de Responsabilidade Fiscal, que os gestores não repassem recursos sem contratualização, porque mais uma vez seremos penalizados neste processo. Da mesma forma, esse artigo inibe nós passarmos recursos sem contrato que sejam de emenda parlamentar.

Então, são dificuldades que nós temos no dia a dia, são situações pelas quais sofremos e que são demandadas por parte dos Municípios e dos Estados. Hoje, nós temos dificuldade, porque grande parte dessas gestões estão nas secretarias estaduais. Por mais que as entidades estejam sediadas nos Municípios, a gestão está na secretaria estadual.

Então, nós temos que buscar, de fato, alternativas e parcerias para que não prejudiquemos a continuidade desse serviço. Eu acho que isso é importante ressaltar aqui, porque isso pode trazer prejuízos para o Sistema Único de Saúde, uma vez que o gestor será penalizado por improbidade, como está dito hoje na legislação.

Dentro deste processo, como disse o nosso amigo Spigolon, ao longo do tempo, reconhecendo a importância desse setor dentro do processo de organização e da Rede de Atenção, nós temos várias dificuldades. Nós temos hoje um financiamento que deveria ser por critério de rateio, em que os entes da Federação no processo de descentralização deveriam ter acompanhado o processo de financiamento, e não foi dessa forma, seja para os Municípios, seja para os Estados. Sem falar da insuficiência que existe hoje.

Nós temos que melhorar o processo de financiamento, porque hoje, só por parte do Ministério da Saúde nós temos dezenas de alocações de recursos. Nós financiamos por tabela, que é uma parte, e talvez não seja a parte maior; por incentivo; por ajuste; por contratualização; por IHAC, nos Amigos da Criança; por Rede de Atenção temática, seja Cegonha ou seja de urgência; alocação por preços diferenciados, inclusive em redes temáticas - pagamos um preço diferenciado para quem é da UTI da rede Cegonha ou para quem é UTI dentro do Teto MAC.

Então, nós temos que trazer este processo de organização e planejamento neste espaço regionalizado, macro, para que atendamos às necessidades daquele território, para que identifiquemos os vazios assistenciais, as possíveis sobreposições de serviço e ações de saúde, para que consigamos especificar nesse processo de planejamento no plano ou na programação as responsabilidades dos entes da Federação, porque nós somos extremamente contrários a quem não cumpre com suas obrigações, a quem não repassa aquilo que é direito, seja para os hospitais filantrópicos ou privados etc.

Nós não somos a favor disso, mas, ao mesmo tempo, nós temos que buscar melhores condições para distribuir as responsabilidades, porque os Municípios hoje representam em torno de 23% a 24% da sua aplicação em saúde, quando deveriam ser 15%. Há Municípios colocando acima de 30%. Então, com as responsabilidades e com os Estados, da mesma forma.

Nós temos que buscar equidade neste processo. Nós temos que organizar melhor esse processo de saúde e da Rede de Atenção.

Nós temos acreditado muito, temos trabalhado de forma tripartite, com Conass, Conasems e Ministério da Saúde, em busca de fortalecer esse processo de organização para isso, porque o SUS é hierarquizado. Nós não conseguiremos, seja ente qualquer, resolver o problema de saúde se nós não tivermos um processo de cooperação, um processo de governança, em que as pessoas têm que abrir mão do poder individualizado para que consigamos instituir um processo de cooperação, de governança cooperativa naquele espaço regionalizado, porque não adianta cada um querer resolver o seu problema ou resolver a sua situação específica.

Nós temos que organizar melhor essa Rede de Atenção para dar resposta. Para isso, nós temos que trabalhar na questão do custo, porque os custos são diferenciados também. Não adianta aumentarmos a tabela, porque em se aumentando a tabela ou se pagando por produção, nós vamos resgatar aquilo que o Inamps já vinha praticando ao tempo em que nós corremos hoje. Nós pagamos hoje por saúde, e não por doença. Nós temos que mudar essa forma de financiamento. Tanto é que, em relação ao incentivo à contratualização, ao contrato global, se nós levantarmos o custo das prestadoras,...

(Soa a campanha.)

O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - ... das entidades, das prestadoras de serviços, para que paguemos, de fato, o que é reconhecido dentro daquele processo regionalizado, não acredito que o custo que se tenha na Região Sudeste seja o mesmo que se tenha na Região Norte, ou que se tenha na Região Nordeste; até mesmo dentro de cada Estado os custos são diferenciados, os parâmetros são diferenciados.

Nós temos que melhorar o monitoramento, a avaliação e a informação, porque hoje nós temos muitos dados e poucas informações para a tomada de decisão, porque são dados fragmentados que não contribuem para o processo de planejamento.

Então, é um desafio enorme que nós temos. Eu acho que há algumas respostas que foram apontadas aqui, inclusive responsabilizando, às vezes, o Município por aquilo que ele não está empoderado para efetivar.

Nós temos é que nos dar as mãos, de forma tripartite. Não concordamos com a participação de entidades, quaisquer que sejam, na Tripartite, porque a Comissão Intergestores Tripartite é de gestores. As entidades já participam do Conselho Municipal de Saúde, já participam de outros fóruns, inclusive neste processo macrorregional será instituído um comitê gestor, em que haverá a participação garantida dessas entidades para contribuir com esse processo de organização e de atenção à saúde.

Então, são desafios que a gente tem e estão postos aí.

Das emendas Parlamentares, já falei.

A rotatividade dos secretários é uma situação que nos preocupa também, mas o fato de a gente fortalecer e institucionalizar um processo de planejamento pode ser uma alternativa para que a rotatividade tenha pouca interferência neste processo ou na garantia daquilo por que está responsabilizado cada ente da Federação.

Sobre o pagamento *per capita*, já respondi aqui.

De Comitê Gestor de Governança, já falei.

Sobre a tabela do SUS, a gente está praticando outra forma de financiamento hoje, porque não é só a tabela, inclusive os hospitais filantrópicos e privados recebem, de forma global, por várias outras fontes também.

Informação à saúde.

A judicialização...

(Soa a campanha.)

O SR. RODRIGO CÉSAR FALEIRO DE LACERDA - ... é uma preocupação grande nossa.

Eu acho que vou parar por aqui.

Deixa para a gente...

Então, essa é a preocupação nossa.

Agora, especificamente sobre essa Lei 13.650, nós temos esse artigo do qual nós temos que dar conta. Os filantrópicos têm que se organizar juntamente com os Municípios e Estados para darem conta dessa contratualização - porque seria o ideal para todos nós que estivessem todos contratualizados -, com metas e definições específicas e responsabilidades de cada ente da Federação para que consigamos melhorar e organizar esse processo de redes de atenção e regionalização.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Nós agradecemos ao Rodrigo César Faleiro de Lacerda, que é Assessor Técnico do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems), pela sua contribuição nessa explanação, que, com certeza, vai contribuir e está contribuindo para que nós tratemos esse assunto com a seriedade que a Comissão de Assuntos Sociais deseja.

Queria agradecer a presença da Senadora Regina Sousa.

Queria agradecer também a presença, agora, já, da nossa Presidente da Comissão de Assuntos Sociais, a Senadora Marta Suplicy, que assume o comando desta reunião, uma vez que ela foi uma das grandes apoiadoras de que essa temática dos hospitais filantrópicos pudesse ser avaliada na sua parceria com o setor público e permitisse que a atenção a todos os brasileiros pudesse ser de grande nível, elevada.

Senadora Marta, já que os cinco fizeram as suas explanações, e nós estamos agora num momento em que franqueamos aos Senadores da Comissão a possibilidade de perguntar e de questionar, gostaria de, na sequência, entregar a cada um dos nossos cinco palestrantes um rol de perguntas que gostaríamos que até fossem respondidas por escrito durante os próximos dez dias, porque, aí, também daria mais tempo de elas serem refletidas no que diz respeito a eventuais fornecimentos de números para se permitir que nós possamos ter um conteúdo maior durante a análise por parte desta Comissão.

Com a palavra, a nossa Presidente da Comissão de Assuntos Sociais, Senadora Marta Suplicy.

A SRª MARTA SUPLICY (Bloco Maioria/MDB - SP) - Presidente, em exercício, da Comissão, Senador Dalirio Beber, eu quero parabenizá-lo, primeiramente, por ter aceito essa missão, que não é fácil, como todos os expositores devem ter conhecimento, pela dedicação que está tendo ao tema e pela exposição de cada um no seu tempo e possibilidade também de abrir essa janela para poderem responder por escrito. Nós consideramos extremamente importante esse resultado, porque a relatoria de uma Comissão é algo bastante forte e que tem impacto.

Então, nós podemos, realmente, fazer um grande trabalho e temos um Relator da matéria extremamente respeitado pela Comissão e aqui, no Senado.

Então, temos certeza de que o resultado será muito profícuo.

Parabéns.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Aqui temos também a presença do nosso Senador, médico, Eduardo Amorim, que fará o uso da palavra, uma vez que tem sido insistente em algumas demandas nessa área da melhoria da condição de vida dos brasileiros.

Tem a palavra V. Ex^a.

O SR. EDUARDO AMORIM (Bloco Social Democrata/PSDB - SE) - Eu que agradeço, Senador Dalirio, nosso colega de Partido.

Agradeço, especialmente, a nossa Presidente Senadora Marta Suplicy, pela bela condução que ela faz aqui, nesta Comissão. E estamos prontos para apresentar aqui o nosso relatório, o nosso parecer sobre a designação que nos foi colocada, com muito prazer e com muita honra.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - A Senadora Maria Regina, gostaria de fazer uso da palavra?

A SRª REGINA SOUSA (Bloco Parlamentar da Resistência Democrática/PT - PI) - Gostaria de falar porque eu sei que é para instruir um projeto. A gente já debateu tanto esse assunto, principalmente sobre as Santas Casas. A gente já debateu demais. É hora de a gente chegar a uma solução. Esse projeto precisa andar. Fazemos audiências públicas, mas temos

também que fazer o projeto andar. Ele passa por tantos lugares, demora tanto! Acho que há uns três anos começamos a fazer esses debates aqui. É preciso acabar com esse sofrimento. Não é fácil, porque sei que o SUS é um problema muito sério. Mas temos que chegar logo a um termo para resolver essa questão.

O SR. PRESIDENTE (Dalirio Beber. Bloco Social Democrata/PSDB - SC) - Bom, agradecemos as manifestações, tanto da Presidente Marta Suplicy quanto da Senadora Regina e do Senador Eduardo Amorim.

Vamos conceder três minutinhos de tempo...

Não dá?

Então, vamos distribuir um questionário que poderá ser respondido oportunamente, dentro dos próximos 15 dias, por cada um dos nossos convidados de hoje.

Então, para finalizar essa parte da audiência pública, eu gostaria de, em nome da Comissão, do Senado Federal, agradecer a contribuição de José Luiz Spigolon, do Humberto Lucena Pereira da Fonseca, do Rodrigo César Faleiro de Lacerda, do Custódio Pereira e do Adriano Carlos Ribeiro. Foi realmente uma contribuição bastante válida essa que cada um dos nossos palestrantes nos prestou na manhã de hoje.

Declaramos encerrada a nossa audiência pública. A nossa Presidente vai dar continuidade aos trabalhos, porque vamos ter uma sessão deliberativa.

Obrigado a todos.

(Iniciada às 10 horas e 36 minutos, a reunião é encerrada às 11 horas e 59 minutos.)