



(Texto com revisão.)

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Declaro aberta a 28ª Reunião da Comissão de Assuntos Econômicos.

Pauta: audiência pública.

Assunto/Finalidade: instruir o Projeto de Lei do Senado nº 259, de 2009, que “altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para permitir a participação de empresa e de capital estrangeiro na assistência à saúde”.

Requerimentos de realização de audiência:

- Requerimento nº 29/2013, do Senador Vital do Rêgo e outros;
- Requerimento nº 32/2013, do Senador Humberto Costa.

Reunião destinada a instruir a(s) seguinte(s) matéria(s): PLS 259/2009, Senador Flexa Ribeiro.

Quero anunciar aos senhores que está aqui o Senador Vital do Rêgo, Presidente da Comissão da Constituição, Justiça e Cidadania e Relator deste projeto aqui na Comissão de Assuntos Econômicos.

Quero começar chamando o Sr. Carlos Vital, 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina. Quero convidar também o Sr. Kenys Menezes Machado, Coordenador-Geral de Análise Antitruste 2 do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade); o Sr. Daniel Coudry, Diretor Executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP); o Sr. Fausto Pereira dos Santos, Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), representante do Ministério da Saúde; a Srª Maria do Socorro de Souza, Presidenta do Conselho Nacional de Saúde (CNS), representante do Conselho Nacional de Saúde.

De acordo com o art. 94, §§2º e 3º do Regimento Interno do Senado Federal, a Presidência adotará as seguintes normas: os convidados farão as suas exposições por dez minutos. Em seguida, abriremos a fase de interpelação pelos Senadores e pelas Senadoras inscritos.

Vou começar, convidando o 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, Sr. Carlos Vital, pelo prazo de dez minutos.

Sr. Carlos Vital, gostaria somente de chamar também, pois acabou de chegar, o Sr. Bruno Sobral de Carvalho, Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

Passo a palavra ao Sr. Carlos Vital.

O SR. CARLOS VITAL CORRÊA LIMA – Ex^{mo} Senador Lindbergh Farias, na pessoa de V. Ex^a cumprimento os demais preclaros membros da Mesa e as demais autoridades, colegas, senhoras e senhores. É com satisfação que, mais uma vez, voltamos a esta Casa, em atenção, desta feita, ao convite para participar desta audiência sobre o PLS nº 259, de 2009.



Bem, a essência deste projeto diz respeito à abertura do capital estrangeiro na participação de empresas no âmbito da assistência à saúde no Brasil.

Temos convicção de que este setor carece de financiamento. Todos defendemos, dentro da classe médica, um maior financiamento para a saúde no Brasil. Por outro lado, nós temos a convicção de que há condições, dentro do nosso processo orçamentário, de uma maior fatia de financiamento com recursos próprios para este setor.

Os projetos à Emenda nº 29, uma série de lutas, inclusive com ampla participação da sociedade brasileira, já se fizeram em termos de história, mas, até o momento, não tivemos a participação adequada do Estado no gasto sanitário total. Sabemos que as experiências internacionais evidenciam que não há um sistema único de saúde sem que o Estado banque pelo menos 70% desse gasto sanitário total.

No Brasil, essa participação limita-se a algo em torno de 44%. Temos exemplos que são, inclusive, utilizados em diversas comparações, como, por exemplo, recentemente, nas polêmicas levantadas sobre o exercício da medicina no Brasil por médicos formados no exterior sem a devida avaliação das suas qualificações, quando a Inglaterra foi frequentemente citada. Só que a Inglaterra participa com algo em torno de 84% do gasto sanitário total. Tem condições de trabalho excelentes.

Em síntese, terceirizações, privatizações, fazem parte de um contexto, hoje, da gestão não só na área da saúde, mas de toda a gestão pública. Por outro lado, há que se ter muito clara a pauta de diferenças entre um país como o nosso, que tem algo em torno de 70% de analfabetos funcionais, com uma população de primeiro mundo, onde cada cidadão é um auditor social. Isso não ocorre, infelizmente, ainda em nosso País.

As terceirizações e privatizações frequentemente foram exemplos inexitosos. Contam-se nos dedos das mãos as fundações, as organizações sociais participantes das terceirizações, das privatizações, que deram resultado.

O Brasil ocupa a sexta posição entre as maiores economias do mundo. Um país que tem essa capacidade de gestão empresarial e, ao mesmo tempo, precisa ou procura consolidar a necessidade de empresas estrangeiras, de capital estrangeiro, de gestão que venha do exterior, para a área da saúde, parece que, em princípio, causa certa espécie e sensação de paradoxo.

Observamos que, apesar de estarmos nessa posição, ocupamos ainda o 85º lugar no campeonato da desigualdade social, disputado por 187 países. Sabemos que o investimento em saúde é excepcional, no sentido do combate à desigualdade social. Financiamento – sempre repito e reitero – é salutar, mesmo, e sobretudo em muitas circunstâncias, aquele vindo do exterior, no mundo globalizado, mas esta área de assistência à saúde encerra em si valores absolutos e é de uma delicadeza extrema.



Temos, inclusive, outro ponto de caráter filosófico de que a medicina, a assistência à saúde, não pode ser gerida, regulada, pela lei da oferta e procura. É óbvio que o mercado, nesta área, é perverso. Temos distorções muito claras. Fazemos comparações entre a área própria de assistência à saúde pública e a dita suplementar, pela definição do próprio termo, que complementa, que assessora, que se soma a um núcleo prioritariamente mais forte, que seria o serviço público.

Só que, hoje, temos em torno de 50 milhões de pessoas utilizando a área dos serviços suplementares da saúde, que, de forma paradoxal, dispõe de algo em torno de duas vezes mais o capital que está no serviço público – 150 milhões de pessoas. Se analisarmos determinadas terceirizações e privatizações: 44%, investimento do Estado na área pública; na área suplementar, 56% desse gasto sanitário total, *grosso modo*, sem considerar o desembolso direto, ou seja, um investimento muito maior na área suplementar, que atende a 50 milhões, em detrimento dos investimentos feitos para assistência de 150 milhões de pessoas.

Entendemos que há necessidade, é óbvio, de estímulo. Hoje, temos dificuldades. Vemos, por exemplo, o sistema das Santas Casas com grandes dificuldades, mas elas não são provocadas por falta de gestão, mas pelas tabelas que o SUS paga, com que remunera os serviços desses hospitais.

Mais uma vez retornamos à questão do financiamento. Sabemos que temos dificuldade da própria gestão pública em utilizar também os recursos disponíveis no próprio Ministério da Saúde. Quanto do orçamento foi retido nos últimos cinco anos no Ministério da Saúde porque não foram levados projetos eficazes, elaborados projetos para a utilização dessas verbas? Algo em torno de 36 bilhões; em 2012, 9 bilhões foram retidos. Não vieram projetos para obtenção das verbas de um orçamento que já é pífio.

Esse orçamento retido, por que não foi utilizado para melhorar as tabelas do SUS? Há determinadas fontes de financiamento já presentes e que não são utilizadas, mas precisamos, naturalmente, de muito mais do que isso, precisamos realmente atingir outros patamares. Terceirizações, privatizações – encerrando, Senador – podem, no nosso entendimento, ter seu espaço. Não somos radicais, há, naturalmente, flexibilidade em determinados setores, em certas circunstâncias, mas elas não podem ser o grande norte da assistência à saúde deste Brasil e não podem ocorrer sobretudo com o capital estrangeiro, em detrimento do que é a solução eficaz e necessária, ou seja, mais investimento para o Sistema Único de Saúde no Brasil.

Essa, em princípio, é nossa posição – óbvio, subordinada a todas as reflexões que aqui serão desenvolvidas.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Obrigado, agradecemos ao representante do Conselho Federal de Medicina, Sr. Carlos Vital.

Passamos a palavra para o Sr. Daniel Coudry, Diretor Executivo da Associação Nacional de Hospitais Privados.



O SR. DANIEL COUDRY – Muito obrigado. Boa noite a todos. Obrigado, Senador. É um prazer estar aqui participando desta Comissão e dando um pouco da nossa visão de como esse setor se organiza no Brasil. Queria pedir desculpas pela ausência do Presidente da ANAHP, que, por motivos familiares, não pôde estar presente aqui hoje. Antes de chegarmos ao final de nossa posição, queria passar para os senhores um pouco da radiografia do setor de hospitais no Brasil, porque acho que alguns números são interessantes para sedimentarmos o conhecimento.

O Brasil possui hoje 450 mil leitos em hospitais públicos e privados. Desses 450 mil, 64% são privados e 36% são públicos. Nos últimos cinco anos, o Brasil perdeu 18.322 leitos hospitalares, principalmente no setor privado, por motivos diversos: falta de financiamento, problema de escala e algumas das coisas que vamos discutir à frente.

Ao mesmo tempo em que perdemos leitos, a demanda cresce. O setor suplementar de saúde – e aqui o Bruno poderá ratificar esses números – cresceu a uma taxa média de 4,1% nos últimos cinco anos e agregou 8 milhões de novos usuários nos últimos cinco anos. Foram 6,3 milhões de internações no setor privado no ano passado e chegamos a quase 48 milhões de usuários, praticamente 25% da população brasileira, muito relacionado à taxa de desemprego muito baixa, que faz com que as empresas deem esse benefício a seus empregados.

Ao mesmo tempo, a população brasileira, como todas as outras, está envelhecendo. Isso também cria demandas novas que pressionam o setor de saúde suplementar e de saúde pública, e também a fenomenal migração de renda a que assistimos no Brasil nos últimos anos, que fez com que 47 milhões de pessoas saíssem das classes baixa e muito baixa para a classe média, aumentou a demanda por planos individuais de saúde. Então, diminuição no número de leitos, aumento da demanda.

A área hospitalar, ao contrário de outros setores da cadeia de saúde, ainda é uma área muito fragmentada. O Brasil tem mais de 6 mil hospitais, hoje, com uma média de 70 leitos por hospital. Economicamente, para qualquer hospital, público ou privado, é muito difícil você sustentar um hospital com 70 leitos.

Então, esse fenômeno de concentração é necessário, como foi necessário na indústria farmacêutica. Cinco indústrias, no Brasil, hoje, detêm 50% do mercado e, na área de operadoras, cinco operadoras detêm 35% do mercado.

Então, essa necessidade de escala também atingirá o segmento de hospitais e, para isso, a gente vai precisar de financiamento.

Hoje, e aí falo em nome dos hospitais que a gente representa aqui, os hospitais da ANAHP com fins lucrativos destinam 10% da receita bruta para fazer investimentos. Então, investimentos em expansão, investimentos em capacitação, investimentos em tecnologia, em equipamentos, e o retorno sobre



investimento, apesar de todo esse investimento, ainda é abaixo de outros setores do segmento.

A área de saúde, no Brasil, é uma grande empregadora. Os dados do CNES, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, mostram quase 3 milhões de pessoas trabalhando diretamente na área de saúde. Esse número varia um pouco conforme a fonte consultada e pode ir até 4 milhões de pessoas. Os hospitais privados geram, hoje, mais de 625 mil empregos diretos no Brasil.

Com todo esse panorama, nós construímos alguns pequenos cenários sobre as necessidades de investimentos somente no setor privado, para o Brasil, nos próximos três anos.

Se a gente pegar a taxa de crescimento do número de beneficiários do setor de saúde suplementar em 2012, que foi de 2,1%, aplicando algumas contas do tipo Taxa de Permanência Hospitalar, Taxa de Ocupação de Hospitais, Índice de Internação – esse estudo está à disposição de vocês e vou deixar –, nós precisaríamos de quase 14 mil leitos no Brasil, só para atender à nova demanda do setor suplementar de saúde nos próximos três anos. Isso significa, aproximadamente, 60 hospitais.

Os investimentos, tomando que 80% desses hospitais seriam para baixa e média complexidade e 20% para alta complexidade, seriam da ordem de R\$4,3 bilhões, somente para atender à nova demanda do setor privado, cenário que foi conservador, abaixo do crescimento médio que o grupo verificou nos últimos cinco anos.

Se a gente considerasse a média do crescimento nos últimos cinco anos – 4,1% ao ano –, seriam 23 mil novos leitos e investimentos da ordem de R\$7,3 bilhões, isso sem falar da demanda que existe, hoje, que não é atendida, que não está medida, precisaríamos sentar para medi-la. Isso aqui é só para atender aos novos usuários que entrariam nos planos no próximo tempo.

O Brasil teve um crescimento de 89% do investimento estrangeiro nos últimos cinco anos. Passou de US\$34,6 bilhões em 2007 para US\$65,3 bilhões em 2012. Nenhum dólar desse dinheiro foi investido na área hospitalar, pela proibição constitucional.

Nós não defendemos que seja essa a única medida que vá nos ajudar na questão do investimento. Existe uma série de outras medidas possíveis para trazer dinheiro para esse setor: linhas de financiamento de bancos de desenvolvimento específicas para a área, a questão fiscal, mas nós entendemos, também, que não há nenhuma justificativa, hoje, para que não haja investimento estrangeiro na área do setor de hospitais.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado. Agradecemos ao Sr. Daniel Coudry.



Eu queria pedir à Secretaria que pegasse esse estudo, reproduzisse esse material e entregasse, agora – de quem tiver, na verdade, uma apresentação aqui –, para a gente já distribuir para os Srs. Senadores.

Eu passo a palavra, agora, para o Sr. Fausto Pereira dos Santos, Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas da Secretaria de Atenção à Saúde. É o representante do Ministério da Saúde.

Com a palavra, o Sr. Fausto.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS – Boa noite a todos! Boa noite, Senador Lindbergh; boa noite, Senadores Eduardo Suplicy, Humberto Costa e Vital do Rêgo. Muito obrigado pela oportunidade. O título do departamento é maior do que o conjunto das atribuições...

Primeiro, para ser bem objetivo, no Ministério da Saúde, não temos o entendimento de que essa questão do capital estrangeiro no setor saúde seja uma solução ou a grande salvação do setor saúde brasileiro. Há o entendimento de que ela é uma questão importante para ser discutida, mas ela não é – acho que o Daniel, de alguma forma, já colocou isto também – unicamente, sozinha, uma tábua de salvação para nossa necessidade de investimentos na área da saúde, principalmente na área dos hospitais. Na verdade, estamos discutindo uma questão mais ampla: o recurso internacional para o setor saúde e não só para os hospitais. Isso envolve clínicas, laboratórios, diagnose e um conjunto de outras instituições que trabalham na área da saúde.

A segunda questão importante a se destacar é que temos, hoje, um déficit importante – e o Daniel, de alguma forma, já falou sobre isso no setor privado, mas no setor público também – de leitos qualificados, de leitos resolutivos no setor saúde brasileiro, tanto público quanto privado. Apesar desse número imenso de hospitais que o próprio Daniel apresentou, em sua grande maioria – até por terem 70 leitos, em média – são hospitais de baixa complexidade, com resolutividade relativamente baixa e com incorporação tecnológica também relativamente baixa. Então, essa é uma característica da grande maioria dos hospitais brasileiros distribuídos pelo País.

Hoje, quem acompanha pela mídia ou por qualquer outro meio observa que tanto o setor público quanto o setor privado têm enfrentado dificuldades no processo de internação, principalmente em leitos de UTI, em leitos de maior complexidade em todo o País e, inclusive, nas grandes cidades. Essa é a segunda constatação.

A terceira constatação é que o capital internacional, o capital estrangeiro já está presente no setor saúde no Brasil. Às vezes, a gente fica fazendo uma discussão como se o capital internacional não estivesse presente no setor saúde no Brasil. Temos, por várias formas, sendo a principal delas, acredito, pela questão da Lei nº 9.656, a lei que regulamentou os planos e permitiu a entrada do capital internacional nas operadoras. Através dessa entrada de capital internacional nas operadoras, há um conjunto de operadoras que verticalizou rede,



que comprou hospitais. Então, o controlador do hospital é a operadora, e a operadora tem capital internacional. Digamos que essa é uma realidade presente no País.

Há também outras formas de entrada do capital internacional, como a associação de controladores de hospitais com outras empresas que têm capital internacional, principalmente empresas do sistema financeiro. Isso também permite a consolidação, a aquisição de hospitais. Então, temos também um conjunto de outros hospitais que têm capital internacional, vamos chamar, por via transversa.

Essa é uma realidade já presente no País e que acaba ocasionando uma certa iniquidade, uma certa desigualdade, inclusive no processo de competição dos hospitais ou na consolidação dos hospitais no País.

O nosso entendimento, então, é que essa questão precisa ser equacionada. Hoje, a posição do Ministério da Saúde é a de que esse entendimento não é a solução, mas é uma situação que permitirá a chegada de novos recursos para um setor que, hoje, precisa de investimentos de média e, principalmente, de longa duração. Um investimento em um hospital é um projeto de maturação relativamente longo. Hoje, no Brasil, o nível de investimento em novos leitos é muito baixo.

O que entendemos como questão importante que esta Casa deveria ter como preocupação é que essa entrada não ocorresse sem condicionalidades e que visasse principalmente à ampliação dos serviços. Com a entrada do capital internacional na consolidação dos serviços como estão, ou seja, somente na aquisição, parece-me que vamos trocar.... é claro que não é a troca de seis por meia dúzia, vamos melhorar algum nível de hospital, mas será uma medida de fôlego muito curto. O interesse do Brasil na entrada do capital internacional na área de saúde seria fundamentalmente na condicionalidade da ampliação de serviços de saúde, principalmente onde hoje há expansão do desenvolvimento econômico, é a descentralização do próprio desenvolvimento econômico.

Eu estava conversando há pouco, temos hoje grandes projetos no Brasil de expansão de descentralização do desenvolvimento econômico no qual o setor saúde não acompanha. Temos projetos econômicos importantíssimos, com forte migração inclusive de pessoas, mas como no setor saúde o projeto é de investimento demorado, muitas vezes observamos que ocorre a chegada desses novos investimentos em grandes projetos sem o acompanhamento de um desenvolvimento do setor saúde.

Nosso entendimento, Senador Lindbergh, demais Senadores, é que a condicionalidade para entrada do capital internacional no setor de serviços de saúde deveria ser fortemente vinculada à expansão, e não haver uma liberação ampla e irrestrita, com entrada somente no processo de consolidação dos serviços que estão aí hoje, pois, ao final, teremos um jogo praticamente de soma zero. Acho que essa é nossa grande preocupação, é a preocupação que o Ministério da



Saúde tem hoje. Não somos contra a entrada do capital internacional no setor saúde. Entendemos que essa é uma realidade já colocada no País, no próprio processo de internacionalização da economia do País isso já vem acontecendo, mas esta Casa deveria colocar algumas salvaguardas, algumas condicionalidades que apontassem à obrigatoriedade da expansão dos serviços no Brasil.

Obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Queria anunciar as presenças do Presidente da Confederação Nacional de Saúde, José Carlos de Souza Abrahão, e do Sr. Pedro Moll, representando aqui a Rede D'Or.

Passo a palavra a Srª Maria do Socorro de Souza, Presidenta do Conselho Nacional de Saúde.

A SRª MARIA DO SOCORRO DE SOUZA – Boa noite. Estou bastante afônica e vou fazer um esforço de fala.

Primeiro, quero agradecer o convite. Como é uma audiência pública conjunta com a Comissão de Assuntos Sociais, nos colocamos muito à vontade para apresentar um outro ponto de vista menos econômico e mais social. Hoje, apesar de ser segunda-feira, às 19 horas, é importante ter uma audiência pública, porque uma agenda como essa tem de ser bastante debatida, ser transparente, para garantir que a sociedade também saiba exatamente quais são os argumentos nesse sentido. Hoje, minha neta faz dois anos, hoje ainda é aniversário da minha segunda neta.

Temos a representação do Conselho Nacional de algumas entidades: a Central Única dos Trabalhadores, a Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, a Federação Nacional de Assistentes Sociais, o Conselho Estadual de Saúde de Minas Gerais, o Conselho do Estado de São Paulo, eu pela Contag e também aqui o Olímpio representando os prestadores de serviço no Conselho Nacional de Saúde.

A primeira coisa que quero colocar aqui é que nosso papel, como Conselho Nacional de Saúde, é não discutir de forma indissociada financiamento, direito à saúde e fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Não fizemos uma discussão específica do PL, mas o nosso papel como esfera de controle social é a indissolubilidade desse debate sobre financiamento, direito à saúde e o SUS, até porque muitos argumentos vão na linha de que as classes C e D estão reivindicando mais assistência à saúde, inclusive entrando mais no mercado do serviço privado de saúde. Eu represento os rurais, e essa realidade não se traduz exatamente dessa forma. E aí eu queria colocar, nesse sentido, algumas questões que acho necessárias.

O Brasil, o sistema de saúde brasileiro tem dois subsistemas, e os dois estão em crise. Tanto o sistema público de saúde quanto o sistema privado estão em crise, e se a gente for olhar, hoje, pela opinião pública, a gente percebe



que os problemas são muito semelhantes: a gente vê greves de médicos ou de profissionais da saúde no setor privado e no setor público, a gente vê medicamentos adulterados tanto no setor público como no setor privado, a gente vê falta de profissionais, a gente vê falta de investimento em carreira, a gente vê dificuldade de gestão.

Então, a primeira coisa que a gente tem que colocar aqui é qual é o sistema de saúde que a gente quer para o País. Esta Casa tem a responsabilidade de ajudar a gente no debate mais articulado. Digo isso, Senadores, porque cada vez é uma pauta específica e, muitas vezes, uma não dialoga com a outra. Portanto, a primeira questão que a gente tem que colocar é que a gente tem que fazer um debate mais integrado.

Segundo: a gente se acostumou com a estratificação social no País, a discutir direito social a partir de um padrão de renda. Então, hoje, o argumento de que existe classe C e D serviu como prerrogativa para justificar que tem que investir mais em plano privado de saúde. Muito pelo contrário: quando a gente tem um custo elevado de despesas com saúde, é exatamente aquilo que o Sistema Único de Saúde não tem assegurado.

E nesse sentido eu queria colocar ainda que há uma tendência muito grande de responsabilizar o cuidado à saúde e a família. Nós temos que distribuir essa responsabilidade para o Estado. Há uma população ainda de baixa renda, no Brasil nós temos um processo histórico de pouca proteção social – está aqui a fala do representante do Ministério da Saúde de que o desenvolvimento econômico no País nem sempre vem conjugado ao desenvolvimento social, está aí a situação de todos os projetos de aceleração do crescimento, todo o investimento. Não há um planejamento público que garanta e proteja boa parte da classe trabalhadora e boa parte da população. E aí, nesse sentido, em relação ao PL, acho que a gente precisa de mais debate.

Quero até pedir a compreensão do nosso conselheiro Olímpio, que é do setor privado, representando o Conselho Nacional de Saúde, mas meu papel, como Presidenta do Conselho, é reafirmar essa regulamentação e fortalecimento do SUS, e com toda a legitimidade que a gente tem aqui, inclusive, de discordar.

Primeiro, achamos que o PL não tem argumentos suficientes para justificar a entrada de capital estrangeiro nesse setor. Se nós temos necessidade de diminuir a concorrência, de fortalecer as empresas nacionais, essa ação tem que ser discutida com o Estado brasileiro. Então, as justificativas que pudemos perceber, tanto na justificativa do projeto, como do próprio relator, de colocar que isso diminuiria a concorrência, não vemos sustentabilidade nesse argumento. Os Estados Unidos fizeram a mesma coisa, e nem por isso reduziram os custos de atendimento à população. E aí precisamos também discutir por que os custos são altos. Se queremos apostar num modelo de atenção à saúde com foco na alta e média complexidade... O Brasil, pelo menos, já sinalizou que a opção, a prioridade é para atenção básica. Se a atenção básica, hoje, é prerrogativa, sobretudo, do



papel do Estado, então, temos que começar a questionar por que há altos custos hoje, que também estão justificando maiores investimentos. E aí, nesse sentido, acho que existe uma dependência tecnológica muito grande, e temos que discutir o papel do Brasil também como investidor em tecnologias nacionais, em pesquisas nacionais. Estamos cada vez mais também dependendo...

Aí não dá, 25 anos de Sistema Único de Saúde, considerado um dos maiores do mundo, e a gente ainda ter esses altos custos pela dependência que a gente tem hoje, sobretudo, desses investimentos e oligopólios que predominam no mercado?

Outra questão que a gente quer colocar é a respeito das restrições que o PL apresenta quanto a onde entraria mais o capital estrangeiro para aportar empresas nacionais, a gente acha que essas restrições também são insuficientes. Então, elas não deixam claro qual é a nossa capacidade de regulação, se a gente está desnacionalizando, na verdade, um mercado ou um setor – e aí a gente não considera a saúde como um mercado; a gente considera a saúde como um setor, um setor produtivo, um setor social importante.

Desnacionalizar, sem que o Ministério da Saúde consiga fazer a regulamentação? Inclusive, fico me perguntando se, para as nossas empresas nacionais, para as entidades médicas, entidades profissionais, vamos, de fato, conseguir outra condição de concorrência. Se o Ministério da Saúde, como órgão diretor, não consegue regular, de forma suficiente, o sistema privado nacional, imagine com o capital estrangeiro, com grande disputa de empresas. Qual é, de fato, a nossa capacidade de regulação?

Pelo menos, por uma parte, acreditamos que as próprias empresas nacionais, Olímpio, poderiam fazer uma investida maior para ter outra linha de financiamento que não fosse necessariamente a dependência do capital estrangeiro. Então, vamos botar isso na pauta. Vamos colocar isso na pauta!

Finalizando, não sei quanto tempo mais eu tenho... (*Pausa.*) Dois minutos. Finalizando, abordo o próprio poder de regulação. A ANS está aqui. Eu gostaria de ouvir, nessa linha, qual a compreensão que a ANS tem de como vai regular, nessa situação, as empresas que aportarem esses recursos. Então, a nossa compreensão é de que precisamos fazer uma discussão olhando a crise. Para os dois subsistemas, público e privado, do jeito que estão, o colapso, daqui a 25 anos, será a possibilidade maior. Então, ou a Casa – e aí a nossa expectativa – debate o sistema único como um todo, debate o sistema inclusive com a possibilidade de o setor suplementar se fortalecer, ou vamos estar aqui, daqui a 25 anos, fazendo o mesmo debate, ou seja, debatendo se o capital estrangeiro resolve ou não o problema do sistema brasileiro.

Obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.



Passo agora a palavra ao Sr. Kenys Menezes Machado, Coordenador Geral de Análise Antitruste 2 do Conselho Administrativo de Defesa Econômica (Cade).

O SR. KENYS MENEZES MACHADO – Boa noite, Senador Lindbergh Farias, demais Senadores, membros da mesa e público presente.

Primeiramente, eu gostaria de agradecer o convite, em nome do Presidente do Cade, para participar da audiência pública que discute a participação de empresas estrangeiras, do capital estrangeiro, no setor de assistência à saúde. Primeiramente, quero dizer que esse tema envolve uma série de aspectos, entre eles, a questão concorrencial.

Como o Cade tem competência para analisar e versar sobre a questão concorrencial, vou me limitar a esse aspecto. Hoje, no Brasil, apesar de o setor de hospitais e prestação de serviços de saúde, em geral, ser pulverizado, já vinha ocorrendo uma série de concentrações. Por exemplo, no mercado de hospitais do Rio, São Paulo e Brasília, já se podem ver uma série de concentrações. Em pequenos Municípios também. Essas concentrações ocorrem de várias formas, seja hospital comprando hospital, plano de saúde comprando hospital ou planos de saúde verticalizados adquirindo outros planos de saúde verticalizados.

Esse movimento, quando traz mais eficiência, mais qualidade, não há problema algum, é até benéfico. Contudo, quando a maior concentração leva à redução de qualidade e aumento de preços, isso o Cade olha com cuidado para tomar as medidas necessárias. E, nesse caso, independe se o capital é nacional ou se o capital é estrangeiro. No momento em que haja maior concentração de mercado, o Cade tem analisado da mesma forma.

Em relação à participação de empresas com capital estrangeiro na assistência à saúde, se isso significar, em termos concorrenciais, maior número de leitos, maior número de hospitais, mais qualidade, a princípio, em termos concorrenciais, não teria problema algum. A questão é: além do prisma concorrencial, há outros prismas tão importantes quanto esse, que já foram mencionados aqui: a questão regulatória, a questão social. E isso não cabe ao Cade analisar. Os demais membros da mesa já falaram tão bem ou melhor do que qualquer membro do Cade poderia falar, o representante do Conselho Federal de Medicina, do Ministério da Saúde, em relação à questão regulatória e social. Sob esses pontos de vista, deve ser analisado, mas o Cade não tem um posicionamento em relação a isso.

A questão é: em relação ao ponto concorrencial, em que o Cade tem competência, não haveria problema algum o aumento do capital estrangeiro, porque, como já falei, isso traria maior oferta, maior número de hospitais e melhoria de qualidade. Se realmente, o aumento de investimentos trouxer isso, em termos concorrenciais, não teria problema algum. Só para finalizar, isso é sob o



ponto de vista concorrencial. Como falado, tão importante quanto o aspecto concorrencial é o aspecto regulatório e o aspecto social.

É isso, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Vamos para o último orador inscrito para este primeiro bloco, antes de abrir a palavra para os Srs. Senadores, o Sr. Bruno Sobral de Carvalho, Diretor de Desenvolvimento Setorial da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Obrigado, Senador, Presidente da mesa. É um prazer estar aqui. Muito obrigado, Senadores Humberto Costa, Suplicy, que me deram a honra de me sabatinar há dois anos; Senador Vital do Rêgo, que me deu, por gentileza, a honra suprema de estar aqui ocupando seu lugar à mesa; a todos meus colegas de mesa, muito obrigado.

Eu queria, na verdade, fazer uma breve explanação sobre esse tema e queria me focar basicamente no projeto em si. O Fausto colocou aqui algumas condicionantes novas importantes, que poderiam ser colocadas nesse projeto, mas gostaria de falar especificamente de alguns condicionantes que já estão no projeto.

Mas antes disso, quero só reafirmar algo que já foi falado aqui sobre a entrada de investimento estrangeiro no País nesse setor. Primeiro, isso não é novidade, já entra via operadoras que, muitas vezes, possuem hospitais. Existe um entendimento da própria Advocacia-Geral da União de que essa é uma forma pela qual o investimento estrangeiro chega indiretamente a hospitais, isso é legal. A vedação que a Constituição tem foi retirada – e pode ser retirada por uma determinada lei –, a Lei nº 9.656, de plano de saúde, tirou essa vedação. Então, a primeira coisa é que isso não é novidade. A própria história dos hospitais no Brasil é que, se não vieram diretamente de investimentos estrangeiros, vieram de investimentos de grupos ligados a etnias estrangeiras. Falamos aqui do Hospital Israelita, do Hospital Albert Einstein, do Hospital Sírio-Libanês, hospitais portugueses, hospitais espanhóis. Já existe uma cultura do estrangeiro, seja via seu imigrante ou através dos planos de saúde, de investir no setor de saúde do País.

Se, por um lado, o investimento estrangeiro não é uma panaceia, não é o que vai resolver o problema de investimento unicamente no País, o investimento estrangeiro hoje, na minha opinião, é muito importante, fundamental, para melhoria das condições de infraestrutura hospitalar no Brasil. Por quê? O investimento estrangeiro nada mais é do que capital externo concorrendo com outros capitais por bons projetos. Quando há essa concorrência, quando há mais oportunidade de entrada de capital, quando se tem concorrência por bons projetos no Brasil, tem-se uma redução do custo desse capital. E é disso que estamos falando aqui, Senador. Quanto mais oferta de capital existe, independente da bandeira do bolso do capitalista, menor é o custo de captação desse recurso, mais



os hospitais podem investir em bons projetos em benefício da saúde da população brasileira, gerando empregos no País, gerando impostos que vão subsidiar as ações sociais do País.

Rapidamente, falarei do PLS. Ele tem duas restrições importantes, uma restrição ligada ao controle, que limita em 51% o capital votante, e uma outra restrição de que sejam feitos investimentos em atividades essenciais, consideradas estratégicas, de interesse nacional.

Antes de falar dessas duas restrições especificamente, vou falar um pouco da necessidade de mais investimento. Como os senhores sabem, a ANS é um órgão que regula não hospitais, mas regula planos de saúde, e é óbvio que, para prestar um serviço de seguro-saúde de competência, tem que ter uma rede prestadora também competente, crescente e de maior qualidade. Infelizmente, temos visto e notado nos últimos tempos que é muito mais fácil vender plano de saúde do que construir hospital, é muito mais fácil vender seguro-saúde do que construir unidades de saúde. Este gráfico mostra o ritmo de crescimento de beneficiários de planos de saúde em cima, que ficou em torno de 4%, como mencionado pelo Daniel, e o crescimento de hospitais privados e filantrópicos que, na verdade, é decrescente ao longo do tempo. Isso é uma fonte de preocupação.

Pensando nisso, uma das coisas que a ANS já fez e tem feito com bastante vigor, e contamos com o apoio do Ministro Padilha, é a estipulação de tempos de atendimento. Ou seja, independente... Sabemos que a prestação é feita nas unidades de saúde, mas independente de quantas unidades de saúde sejam contratadas, o que a Agência exige é que o beneficiário seja tratado de maneira adequada, no tempo correto. E tem suspenso planos de saúde que não atendem esse requisito.

Quer dizer, o plano de saúde tem que buscar negociar com prestadores, buscar mais médicos, buscar mais investimentos. E alguns têm caminhado nessa direção, inclusive utilizando os recursos externos, o que, de certa forma, causa uma distorção nesse setor, porque os planos de saúde podem verticalizar essas operações por meio de investimentos, pois têm acesso a capitais estrangeiros, e os hospitais que não estão ligados a planos de saúde não têm essa possibilidade ainda.

Esse é um diagnóstico feito pelo Banco Mundial que foi uma conciliação de 11 pesquisas sobre o setor realizadas entre 2003 e 2007, um estudo relativamente antigo, mas acho que certa forma ainda é atual. O que ele diz é o seguinte: os serviços hospitalares absorvem hoje 70% dos gastos com saúde. E diz também que o hospital brasileiro típico é de pequeno porte, de baixa complexidade e tem apenas 34% da eficiência se comparado aos melhores hospitais do País. Quem está falando é a pesquisa do Banco Mundial. E mesmo entre os grandes hospitais, são raros os hospitais com gestão profissionalizada.

Esse estudo diz ainda que os modelos de gestão e governança são inadequados, que existe ausência de responsabilização dos gestores pela



qualidade e pelo resultado, o pagamento é baseado apenas na produção, a taxa média de ocupação é baixa, 30% dos pacientes internados poderiam ser atendidos em outro perfil de serviço, que é uma coisa que foi colocada também pela Maria do Socorro, a questão do perfil do atendimento, internações desnecessárias, gerando um custo de R\$10 bilhões por ano. Isso foi um estudo feito pelo Banco Mundial.

E mais uma amostra disso: enquanto o número ideal de leitos varia entre 150 e 250 leitos, vemos que a grande maioria dos hospitais tem menos do que 50 leitos, o que pode representar, em alguns casos, um alto nível de ineficiência.

E aí vou para a primeira restrição que o projeto trata para tentarmos refletir sobre ela. Quando um capital estrangeiro ou um capital nacional entram, eles entram, muitas vezes, na busca da melhoria de gestão. Geralmente é assim que o capitalista vê a oportunidade de ganhar dinheiro naquela operação, e o que ele faz é tentar ter controle sobre aquela gestão, pois se ele não tem controle sobre a gestão, ele não tem capacidade de mudá-la. E talvez isso seja fundamental num projeto como esse.

Então, o que eu levanto aqui é se o limite de 49%, eventualmente, poderia diminuir esse incentivo ao investimento pelo fato de que o investidor poderia não ter a certeza de que consegue, ao longo do processo, mudar a gestão, uma gestão que o próprio estudo mostrou que hoje é deficiente no País.

Esse, talvez, seja o primeiro grande ganho de uma entrada de novo capital, seja ele privado, seja ele estrangeiro ou nacional. São esses ganhos de eficiência de gestão que qualquer capital, quando entra, necessita e demanda dos gestores do hospital.

Como os ativos do hospital são fixos, a questão estratégica também fica questionável, ou seja, até que ponto não ter controle implica em risco estratégico para o País se os ativos são fixos? É muito difícil pegar um hospital e botar debaixo do braço e levar para a Alemanha, para o Japão ou levar para qualquer outro lugar. Assim, se qualquer problema for constatado contra o interesse nacional rapidamente poderia ser desfeita aquela operação e o Governo também poderia intervir.

Falei um pouco da questão do limite de 49% porque precisamos trazer para debate, ou seja, até que ponto isso é bom. Mas também queria trazer um exemplo na outra restrição que temos em relação a alguns tipos de procedimentos ou especializações que não poderiam ser investimentos estrangeiros por questões estratégicas.

(Soa a campainha.)

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Vou falar rapidamente sobre isso...

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Fique à vontade.



O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – O sistema americano, que foi citado hoje aqui, é desfuncional e caro. Todo mundo sabe disso. E uma das pessoas que mais tem pensado como mudar esse sistema americano desfuncional e caro para um sistema que seja um pouco mais focado no paciente. É o Michael Porter; e o que ele fala, basicamente, é que a gente precisa mudar um pouco a estratégia dos hospitais no mundo, para que eles, de fato, agreguem valor.

O hospital pode ser geral, pode ser especializado, mas o mais importante é que ele seja focado em ciclos de cuidado. O hospital deve focar em linhas de cuidado, que vão desde a prevenção até a recuperação de longo prazo, naquilo que ele mais consegue agregar valor ao paciente.

Hospitais não conseguem... Aliás, ninguém consegue fazer bem tudo.

(Intervenção fora do microfone.)

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – A Drª Maria do Socorro me pergunta o que é agregar valor ao paciente.

Basicamente, é como você consegue cuidar do paciente em todo o seu ciclo de cuidado, da maneira mais barata possível para o sistema como um todo e com mais qualidade possível. Isso é agregar valor ao paciente.

E o que o Porter fala é que ninguém consegue agregar valor fazendo tudo. É óbvio que você pode ter hospitais gerais que façam um conjunto grande de coisas – e têm o seu valor esses hospitais –, mas, de certa forma, o mercado, para agregar valor, tem de caminhar no sentido de ter certo nível de especialidade, e não na especialização como ela é pensada hoje. A especialização, tal como pensada hoje, ela é hospitalocêntrica e medicocêntrica. É importantíssima a participação do médico, mas o que é mais importante é que essa especialização seja na linha de cuidado que envolve, muitas vezes, muitas especialidades.

Assim, a gente nãoalaria mais de nefrologia, masalaria de doenças crônicas dos rins. Hospitais precisam ser competentes em tratar doenças crônicas dos rins, da prevenção até o final do processo, e não ter uma excelente área de nefrologia descoordenada do cuidado primário, descoordenada do cuidado secundário. Ou ainda, ter excelentes cirurgiões, descoordenado do ponto de vista da cadeia. Isso implica deixar de fazer alguns serviços e referendá-los a outras unidades mais preparadas para agregar valor.

E isso faz com que o mercado relevante passe a ser cada vez mais regional ou mesmo nacional. Quanto mais especializado eu sou e quanto mais eficiente um hospital é na linha de cuidado, mais oportunidades esse hospital terá de captar clientes, captar demanda de lugares um pouco mais distantes da sua localidade, pois, afinal de contas, ele agrega tanto valor ao paciente que as pessoas não se importam de ir até esse hospital.



E, na verdade, o que se pretende criar é um círculo virtuoso, onde você tem uma maior penetração naquela linha de cuidado, ou seja, faz-se muito bem doença renal, por exemplo, em toda a sua cadeia; com isso, o hospital ganha rápida acumulação de experiência, aumentando a sua eficiência; o hospital mais focado naquela linha de cuidado passa a ter melhor informação, mais dados clínicos sobre aquela condição; passa a ter times dedicados com exclusividade, ou seja, passa a ter médicos, enfermeiros, anesthesiologistas focados naquele tipo de cuidado; as unidades são feitas muito mais sob medida para aquilo; o prestador ganha muito mais poder de compra, porque é diferente um prestador que é apenas grande e compra de vários fornecedores diferentes valores, às vezes, menores. Talvez, fosse muito mais importante, para ganhos de eficiência econômica, que ele comprasse mais de menos fornecedores. Você tem maior capacidade de subespecialização; você tem maior capacidade no ciclo de cuidado. É aquilo que eu estava falando, ou seja, você começa a cuidar do ciclo de uma maneira mais completa. O hospital começa a ter maior volume de pacientes para diluir despesas de tecnologia de informação, custos de melhoria de processos, melhorias de qualidade; e – importantíssimo – o hospital começa a ter uma inovação mais acelerada nos processos e procedimentos, independentemente de ele ser um hospital-escola ou um hospital de pesquisa. Os procedimentos passam a ter mais inovação. Com isso, os resultados clínicos são melhores, ajustados pelo risco, obviamente. Há o aumento da reputação e, assim, mais penetração, fechando o círculo virtuoso.

Por que estou falando disso? Existem restrições à especialização no projeto. A gente precisa pensar nisso, ou seja, até que ponto essas restrições à entrada em termos de especialização – e a gente pode até pensar em outras restrições, mas estou me referindo a essa especificamente – não inibem investimentos em um novo modelo de gestão hospitalar, um modelo de gestão hospitalar que agregue mais valor ao paciente na forma pela qual é colocada lá na reforma que propõe o Porter? Até que ponto esse novo modelo de concorrência de hospitais, que é muito mais focado nas linhas de cuidado e menos “geralção”, não vai trazer para o próprio capital humano nacional mais conhecimento, novas tecnologias e até que ponto a gente consegue se apropriar melhor disso.

Então, é isso que eu queria dizer, basicamente citando esses dois exemplos. Queria dizer também que a ANS, através da Diretoria de Desenvolvimento Setorial, tem feito um esforço muito grande, Sr. Presidente, no sentido de colocar aqui para os hospitais também – apesar de a gente não regular hospitais – alguns critérios e alguns parâmetros de qualidade e qualificações. Estamos preocupados com isso. Nós temos o programa QUALISS, em que já estamos recebendo de hospitais voluntários indicadores de qualidade da sua atenção. E nós vamos divulgar isso à sociedade. Acho que é importante o consumidor poder, cada vez mais, conhecer o serviço que é prestado pelo plano de saúde, conhecendo o hospital onde ele é tratado.



E que ele veja, por ele mesmo, se aquele hospital e aquele serviço estão agregando valor para ele. Porque se não estiver agregando valor, ele pode sair daquela operadora, ele pode deixar de frequentar aquele hospital. E se estiver agregando, ele pode dar mais valor àquilo; aquele hospital pode, inclusive, ser mais bem remunerado na cadeia.

Era isso que eu queria dizer. E queria agradecer os Srs. Senadores e os colegas da mesa, e colocar-me à disposição em nome do Presidente André Longo e de toda a diretoria colegiada da ANS.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Vamos passar agora aos Srs. Senadores.

Concedo a palavra, primeiramente, ao Senador Vital do Rêgo, que foi autor de um requerimento e é Relator deste projeto aqui na Comissão de Assuntos Econômicos.

O SR. VITAL DO RÊGO (Bloco/PMDB – PB) – Sr. Presidente, primeiramente, gostaria de dizer que divido a autoria desse requerimento com o Senador Humberto Costa, até porque estamos irmanados em diversas ações que visam, a partir do financiamento da saúde – eu, na condição de Presidente e ele, na condição de Relator na comissão especial que trata de tentar entender uma nova ótica para o setor –, apresentar uma proposta do Senado sobre um novo modelo que possa oxigenar financeiramente o setor.

O Senador Humberto Costa apresentou, na CAE e na CAS, comigo, essa iniciativa de audiência pública, e, de forma penhorada, agradeço a V. Ex^a por, tão logo tenha chegado a esta Comissão, ter imprimido um ritmo próprio do seu espírito: rápido, preciso, buliçoso, numa linguagem paraibana, bem paraibana, nem nossa. V. Ex^a enfrenta os desafios e toca os grandes temas na Comissão que preside com muita eficiência.

E, Presidente Lindbergh, digo com muita franqueza, meu querido Senador Eduardo Suplicy, que esse tema certamente vai gerar muitos debates e discussões nos próximos dias, a partir do momento em que ele saiu do armário, quando V. Ex^a colocou para discussão – numa expressão que, ultimamente, está se usando para outros fins.

Eu estava estudando essa matéria, com uma consultoria, porque também na condição de médico devo enfrentar esse desafio sob vários ângulos. Em 2002, o Deputado Federal Osmâncio Pereira, ex-Presidente da Frente Parlamentar de Saúde, reabriu a discussão no âmbito do Congresso Nacional e, naquela ocasião, ele propôs que o conteúdo do seu projeto fosse a legalização da participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde de alta complexidade. Então, naquela época, em 2002, já houve uma iniciativa – e quero fazer esse registro por consultas que fiz com membros que estão nos acompanhando.



Devo dizer que a minha tarefa, na condição de Relator, deverá ser sempre ouvir para apresentar um parecer que possa ser o mais amplo possível no sentido de encontrar um caminho, uma solução para um impedimento de ordem legal que, numa chicana jurídica – e aí falo como advogado –, com o apoio da ANS, numa resolução que foi observada e, inclusive, aprovada por unanimidade na ANS – o momento de discutir na ANS foi outro, eu não estava lá, mas vou suscitar essa discussão neste debate –, aprovou-se, dentro da legislação que criou o plano de saúde, a Lei 9.656, esse processo de verticalização, que, já disse Bruno, é profundamente injusto com os hospitais dito independentes. Fausto falou também. E eu já pergunto o que foi feito pela ANS e o que é que foi feito pelo Ministério da Saúde para, se é um processo em curso, estancar essa situação de profunda disparidade sob o ponto de vista concorrencial.

Aí, esta mesma pergunta vale para o nosso querido representante do Cade: quais as medidas tomadas para evitar que essas questões concorrenciais possam... Ou que medidas já foram tomadas pelo Cade nessas questões concorrenciais, à luz do que se estabeleceu de desvio, ou, numa ótica infraconstitucional, à luz do Lei 9.656, que estabeleceu a possibilidade de planos de saúde comprarem hospitais e, a partir desse momento, receberem recursos de capital estrangeiro.

Com isso, os hospitais que não têm esse mesmo direito... Nós estamos definindo esses direitos agora, sob lei específica, que é o que diz a Constituição Federal, que é o que diz o PL. Com esse dispositivo de que nós vamos tratar, e vamos tratar de forma muito aberta, houve uma possibilidade de alguns planos terem esse direito e outros não, e os hospitais independentes ou hospitais que não têm planos de saúde.

A grande preocupação, e eu concordo também que... O Humberto me pediu o projeto para dar uma olhada e eu disse: "Humberto, o projeto tem uma finalidade, uma ótica específica." Mas o assunto é tão abrangente, que nós deveremos fazer um substitutivo tratando de uma forma mais ampla, versando, inclusive, e vou fazê-lo em contato com o Ministério da Saúde, em contato com a presidência do Conselho Nacional de Saúde, em contato com a Agência Nacional de Saúde, para colher subsídios e notas técnicas específicas sobre o projeto.

Nós queremos fazer um substitutivo que trate e, inclusive, enfrente as restrições, porque a segunda restrição, Bruno, eu entendo que merece um cuidado muito especial na questão de ações de alta complexidade e especializações próprias, porque foi muita correta a sua ampliação.

Eu questiono a primeira restrição: ampliar o rol de opções de participação de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde pode vir a ser um benefício ao cidadão? Quais são as possíveis vantagens ou desvantagens, sob o ponto de vista de usuário da saúde?

Falou-se muito pouco, aqui, de usuário, senão o representante do Cade e a Presidenta Socorro. Falou-se muito pouco sob a ótica do usuário.



O que esse projeto pode fazer para dar ao usuário, no sentido mais amplo, concorrencialmente falando, o que esse capital estrangeiro poderia viabilizar para o usuário do sistema?

Já falei sobre a legislação atual, que permite a possibilidade de participação de empresas ou capitais estrangeiros de rede própria de operadores de plano de saúde e de assistência de saúde. É verdadeiramente isonômica em relação aos hospitais independentes? Já foi dito que não é. Eu gostaria de saber das providências.

Além das limitações de caráter estratégico e de interesse nacional – isso é super-relativo, na época, a Constituição de 1988 tinha uma visão e hoje é outra –, o PLS estabelece uma outra restrição genérica, qual seja a da participação de empresas de capitais estrangeiros dar-se apenas no caso de pessoa jurídica organizada sob a forma de sociedade anônima, com um mínimo de 51% do capital votante.

Eu gostaria de conhecer a posição dos senhores sobre essa outra restrição. Só quem falou sobre ela foi o Dr. Bruno.

Bom, Sr. Presidente, por enquanto, eram essas as minhas manifestações.

Agradeço, penhoradamente, a forma como V. Ex^a acolheu a solicitação minha e do Senador Humberto para marcar esta reunião.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Vital do Rêgo.

Vou passar a palavra para outro autor de requerimento, Senador Humberto Costa. Depois, está inscrito o Senador Eduardo Suplicy.

Voltarei para a mesa, mas deixando claro aos Srs. Senadores que os senhores podem, a qualquer momento, no meio das falas, intervir para fazer perguntas e reforçar afirmações.

Com a palavra, o Senador Humberto Costa.

O SR. HUMBERTO COSTA (Bloco/PT – PE) – Bem, Sr. Presidente, Srs. Senadores, senhores debatedores, quero saudar, especialmente, meu conterrâneo, Dr. Carlos Vital, sem demérito para os demais. Alguém disse que “sou pernambucano, modéstia à parte”.

Bom, eu quero emitir algumas ideias e, depois, fazer algumas perguntas.

A primeira delas é a seguinte: eu acho que, nessa discussão aqui, na verdade, embora a gente tenha, como foi dito, hoje, uma situação de complementaridade entre o setor público e o setor de planos de saúde, embora a gente encontre duplicidade de serviços que são prestados a uma mesma população, que são temas que a gente vai precisar discutir e tentar construir uma ideia diferente, eu também sou ardoroso defensor do SUS. Discordo, frontalmente, de especulações que foram feitas de dar mais estímulo para planos de saúde, de tentar botar as novas classes médias, em peso, para plano de saúde, para



desafogar o SUS. Eu acho que isso é um equívoco brutal. Eu sou contra que isso aconteça, até porque, hoje, esse é um setor que já tem desonerações muito grandes.

O setor de planos de saúde é subsidiado duplamente. Ele é subsidiado porque as empresas, os trabalhadores podem abater do seu imposto de renda o que gastam com planos de saúde, além de uma série de outros segmentos que são privados, ainda que possam prestar serviço ao SUS, e que têm desonerada a sua folha de pagamento, enfim, de contribuições sociais.

Então, eu quero dizer isso para firmar uma posição no sentido de que...

Sim, e a segunda forma de subsídio é o fato de que aquilo que o plano de saúde não faz o SUS termina fazendo por ele. Então, não há uma exigência da integralidade realmente.

Então, eu queria só demarcar isso, para poder entrar no assunto propriamente dito.

Eu já fui radicalmente contra a entrada do capital estrangeiro para atenção à saúde no segmento hospitalar. Agora, há um fato concreto, alguns fatos concretos. O primeiro é a demanda, hoje, inclusive no setor privado, com a implantação de novos hospitais para atender essa demanda, assim como há no setor público, e aí nós temos de resolver de outra forma, que é ampliando os recursos para a saúde.

Nós estamos discutindo, aí, a questão do financiamento público. O conteúdo da minha discordância, primeiro, era esse receio de nós perdermos, um pouco, o controle sobre um segmento estratégico do País, e eu acho que não cabe mais esse debate hoje.

O outro era do ponto de vista da incorporação tecnológica.

O que eu mais tenho medo nisso é o seguinte: entra o capital estrangeiro – nós estamos falando, aqui, do setor hospitalar –, entra recurso para você trazer para o País todo tipo de equipamento de última geração e, aí, a partir da capacidade instalada, se estabelece uma demanda.

Isso a gente está acostumado a ver. Hoje, no setor suplementar, um médico não pede um exame, ou pede, e o plano de saúde considera que aquilo não é adequado, aí, vai para a Justiça, e aí tem de fazer, e a gente sabe como essa coisa funciona. Por outro lado, estabelece para o Sistema Único de Saúde uma referência também.

Então, essa era a minha maior preocupação.

Eu achei muito interessante a exposição do Dr. Bruno, apesar de a gente estranhar esses conceitos de agregar valor ao paciente, mas entendo isso como uma questão de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente, de ser eficiente, com certeza.

E, por exemplo, quanto às exigências que a ANS faz hoje, todas elas adequadas, muitas vezes não se encontra condição para atendê-las, seja por falta



de profissionais – e aí temos nossa discussão para fazer hoje sobre a questão da formação de profissionais no Brasil –, seja por falta de estrutura de atendimento. Se diz assim: “Você tem que atender uma pessoa com sete dias.” Sim, mas há o serviço ali para atender com sete dias? Existe o profissional que vai atender com sete dias? Então, é uma realidade que exige que haja hoje novos investimentos.

Primeiro, eu queria ressaltar que concordo com o Faustinho, e uma coisa para nós considerarmos – nós, digo V. Ex^a na elaboração do seu relatório – é a questão de priorizar os novos investimentos. Se vêm aqui só para comprar hospital, não sei se vai cumprir esse papel efetivamente. Acho que trazer novos investimentos se aplica melhor.

Segundo, é essa questão da regulação. Hoje, nós temos, no Brasil, no Ministério da Saúde, e me parece que também na Avisa, alguns segmentos que trabalham com essa temática de incorporação tecnológica. E do mesmo jeito que se regula o setor dos planos de saúde, as operadoras, acho que é importante regular também os fornecedores de serviço nesse aspecto. São por demais conhecidas as estatísticas que mostram aparelhos sofisticados de exame, a comparação entre o Brasil e países desenvolvidos ou mais desenvolvidos que o Brasil, a concentração disso. Então, esse é um tema muito importante.

Há outro assunto que também temos que tratar, e aí, na verdade, é uma coisa do sistema, é uma coisa da relação das operadoras com os planos de saúde, que é resolver esse tema do pagamento por produção. Na medida em que isso prevalece, o interesse é total de oferecer os serviços mais caros. E como a gente sabe que hoje, no Brasil, o problema da judicialização é um problema grave – é grave para o setor público e é grave para o setor privado –, tenho certo receio de, em se fazendo essa abertura sem que haja... Apesar do fato de que, se houver muito capital nacional, pode-se fazer também, mas acredito que seja uma boa oportunidade para a gente tentar construir alguma coisa que fortaleça essa ação de regulamentação, de regulação da incorporação de tecnologia.

Eu queria, então, ouvir um pouco de todos os senhores e da senhora um comentário sobre essas questões que levantamos, eu e o Vital e, certamente, o Senador Suplicy haverá de levantar também.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Humberto Costa.

Passo a palavra para o Senador Eduardo Suplicy.

O SR. EDUARDO SUP LIC Y (Bloco/PT – SP) – Prezado... (*Falha na gravação.*)... Fausto Pereira dos Santos, Sr^a Maria do Socorro de Souza, Bruno Sobral de Carvalho, Carlos Vital, Kenys – quase Keynes – Menezes Machado e Daniel Coudry, agradeço pela contribuição que nos deram hoje.

Vou dar aqui o testemunho de como um Senador representante do povo acaba tendo problemas relacionados à saúde no sentido de apelos da população. Há cerca de um mês, a mãe de pessoa que trabalhava em São Paulo, mas residente no interior da Bahia, solicitou-me a possibilidade até de, se



possível, conversar com o Senador Humberto Costa, com o Governador Jaques Wagner, porque a sua mãe idosa estava com uma espécie de broncopneumonia, e, ali no hospital onde se encontrava não tinha como obter o tratamento devido, que só poderia ser encontrado no Hospital Geral de Salvador. Acabei telefonando para o secretário, finalmente se conseguiu uma vaga, mas muito difícil.

Vou citar três casos.

Há pouco mais de um mês, uma menina de um mês e vinte e oito dias se encontrava com broncopneumonia – aliás, era a menina que estava com broncopneumonia; a senhora que citei acima não tinha identificação clara da doença, e somente lá, no Hospital Geral acabaram identificando – no corredor do Hospital Tide Setúbal, na Zona Leste de São Paulo. Já estava lá há três dias e não encontrava leito. Ela precisava tratar a broncopneumonia em um hospital. Liguei para três hospitais da rede pública de saúde da cidade de São Paulo, e todos estavam com leitos superlotados. Os casos eram, muitas vezes, mais graves do que o daquela menina, e não haveria como fazer. Acabei ligando para o Instituto da Criança, e, muito atento, o diretor, no terceiro dia, conseguiu. Posteriormente, o pai, alguns dias depois, me telefonou, agradecendo, porque a menina foi salva e está bem. Mas estou citando casos que nos chegam, como Senadores. Vou pedir aos senhores que, à luz desses casos, nos digam: será que o investimento do capital estrangeiro vai melhorar a situação, que é grave e que, como os senhores conhecem e reconhecem, é ainda muito difícil, em que pesem todos os esforços dos secretários municipais, dos secretários estaduais de saúde e do Ministro Alexandre Padilha?

Estou encaminhando um relato de um médico do hospital de queimados de Itu, que está por fechar. É o Hospital São Camilo, de Itu. Ele mandou, nesta semana:

Sou médico cirurgião plástico (plantonista) e fomos comunicados pelo diretor do hospital, Sr. Klebson Carvalho, na última sexta-feira (05/05/2013) sobre este fechamento.

Nossa Unidade é uma das mais antigas do Estado (18 anos) e atende pacientes de todo o Estado e de outras regiões do País.

O motivo alegado foi o corte de gastos, mas, em nenhum momento, nos foi comunicado ou orientado debatermos uma outra alternativa a este fechamento.

O hospital recebe verbas estaduais para a manutenção da mesma.

Estamos, juntamente com o Dr. Sérgio Ribeiro (...), coordenador da nossa Unidade, que recebe e-mail em cópia, à disposição para qualquer esclarecimento por parte dos médicos plantonistas.



*Temos poucas unidades de terapia de queimados em nosso Estado, sendo somente 12 no interior do Estado. (...)
Estamos comunicando a mídia, políticos, líderes comunitários locais para tentarmos reverter esta situação, que aparentemente é irrevogável (...)*

Enfim, esse é outro problema grave no interior do Estado de São Paulo, que é uma das regiões, Itu, relativamente desenvolvidas. Seja na própria capital, São Paulo, seja em uma cidade com muito progresso, como Itu, temos situações tais como essa. Pergunto: um maior estímulo à participação de investimentos estrangeiros poderá melhorar esse quadro? Essa é a pergunta que deixo.

Muito obrigado, Sr. Presidente.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Eduardo Suplicy.

Vamos abrir agora para a última fase, deixando claro aos Srs. Senadores que podem intervir a qualquer momento. Costumamos encerrar essas reuniões às 21h. Hoje, não vai ser possível, mas vou pedir o tempo de cinco minutos para cada um dos senhores, o tempo máximo, para conseguirmos fechar esta reunião por volta de 21h15 ou 21h20.

Vamos começar, então, com o Sr. Daniel Coudry, Diretor-Executivo da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHF).

O SR. DANIEL COUDRY – Muito obrigado, mais uma vez agradecendo a presença.

A área da saúde é fascinante. Podemos passar a madrugada aqui discutindo inúmeros aspectos, mas, atendendo à solicitação, vou comentar algumas perguntas dos Srs. Senadores.

Primeiro, a questão dos 51% de restrição. A nossa visão é de que não faz muita diferença, como o Bruno bem fundamentou na apresentação dele, de ser 51%. Não há condição de, em algum problema existente, você pegar um hospital e levar embora. Você pode nacionalizar os ativos, você não vai levar os empregos embora. Então, a questão dos 51% – atualmente são 49% – não é muito relevante.

Concordo plenamente com a questão da verticalização. É uma concorrência injusta hoje, em que os hospitais independentes, como o senhor chamou, sofrem dessa concorrência e, como o Bruno mencionou, não só na área de operadoras, mas o capital estrangeiro está em vários segmentos da cadeia da saúde – indústria farmacêutica, equipamentos, tecnologia da informação –, toda ela praticamente dominada pelo capital estrangeiro.

Senador Humberto Costa, o senhor comentou muitas coisas. A questão do pagamento por produção realmente precisa ser resolvida, e aqui louvo o esforço que a Agência Nacional de Saúde tem desenvolvido em relação a isso.



Está em curso um projeto-piloto com alguns hospitais privados. Se não me engano, são pouco mais de 20 hospitais testando um novo modelo que não seja esse. Esse é um modelo perverso que tem de acabar. É um dos poucos lugares do mundo onde isso ainda resta.

Senador Suplicy, essa é uma pergunta de muito difícil resposta. Os problemas, as chagas da saúde são uma medusa; não são problemas simples, são problemas complexos; não são de causa única, são de causas diversas. A questão do capital estrangeiro é um dos pontos, um dos apoios que virá para ajudar o setor como um todo. Ele, sozinho, obviamente, não vai resolver a situação. É uma das nossas boas medidas para encaminharmos uma solução para o setor.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado. Agradeço o poder de síntese e a brevidade da fala do Sr. Daniel Coudry, que representa a ANAHP.

Passo a palavra agora para o Kenys Menezes Machado, que representa do Cade aqui nesta reunião.

O SR. KENYS MENEZES MACHADO – Como eu já mencionei, a competência do Cade se limita ao aspecto concorrencial. Vou limitar a pergunta feita pelo Senador em relação ao que já foi feito pelo Cade em relação à possibilidade de planos de saúde receberem recursos estrangeiros e hospitais independentes não.

O Cade não é uma agência reguladora setorial. Por isso, é limitado e não pode emitir normas infralegais, principalmente em relação ao setor de saúde. Contudo, em relação a fusões e aquisições, o que se tem feito é levar em consideração, no momento em que ocorre uma fusão ou aquisição, o porte dos agentes: se está envolvido um hospital independente, um plano de saúde verticalizado com o hospital ou um plano de saúde verticalizado com um hospital que tem recursos estrangeiros. Claro que, quando vamos medir a concorrência entre esses hospitais, vamos levar em consideração esses fatores para aprovar ou não aprovar uma operação. Seria a justificativa de maior eficiência, de melhoria na qualidade ou simplesmente que o hospital vai falir e precisa de recursos.

Então, o que o Cade tem feito, na análise caso a caso, de fusões e aquisições, é levar em consideração o porte dos agentes, seja de hospitais, hospitais verticalizados e hospitais que recebem recursos estrangeiros para seu financiamento.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Passo a palavra para o nosso 1º Vice-Presidente do Conselho Federal de Medicina, Sr. Carlos Vital, pelo prazo de cinco minutos.

O SR. CARLOS VITAL CORRÊA LIMA – Muito bem. Eu não posso deixar de continuar com a linha de raciocínio já exposta. Estamos tratando saúde



como um bem de mercado, mas, constitucionalmente, além de um bem indisponível, como a vida, mas não de mercado, ela é, sobretudo, um direito. A Carta Magna trata a saúde como um direito do cidadão. E, quando eu falo em cidadão, eu fiz uma abrangência nesse termo a todas as cognominações que se dá ao cidadão quando é assistido. Hoje, não é mais paciente, ele é cognominado de usuário. A área do labor é mercado; os contratos que se estabelecem se chamam pacotes; e os médicos são prestadores de serviços. Essa é uma linguagem típica do trato mercantil.

Em síntese, aqui – sem qualquer desrespeito –, apenas uma outra cultura distante da anglo-saxônica, nós entendemos saúde, e foi determinado em contrato social, o maior contrato social da Nação, como um direito do cidadão. Aqui não há desconhecimento do valor da área suplementar, Senador, do grande serviço que presta como algo que se agrega a um núcleo fundamental, que é o setor público, mas as preocupações transcendem a esses aspectos meramente de caráter filosófico, doutrinário, determinado pela sociedade brasileira em 1988. Vão além disso. Existem dificuldades que nós conhecemos e que o Senador Humberto Costa colocou com muita propriedade.

Em Caruaru, por exemplo, Senador, há mais tomógrafos de ressonância do que em Liverpool. O Dr. Jailson, lá do Imip, fez doutorado. E ele pode atestar – o senhor conhece bem os imipianos lá em Recife – que Caruaru tem mais tomógrafos de ressonância do que Liverpool.

Não há controle. A especulação da indústria e do comércio é uma realidade. E óbvio que o capital estrangeiro entrando nessa área significa mais especulação da indústria e do comércio com assistência à saúde e, prioritariamente, com o ato médico. As nações predatórias nós conhecemos quais são. Mas não há aqui xenofobia, em absoluto. Apenas acho que precisamos, antes de tudo, antes de pensar em reserva do possível, como muitos alegam, fazer o que a Constituição manda: financiar de forma adequada a área pública de assistência à saúde.

Esse é um ponto que pode não ser técnico dentro do que se resolve aqui. Agora, eu lembro: nós temos dificuldades. A ANS, por exemplo, Bruno, não regula planos coletivos no sistema de remunerações. “Ganhe mais e pague menos!”, mas não se diz, na propaganda da operadora de plano, que com um ano vai negociar o contrato novamente. E, sendo coletivo, a operadora diz de quanto vai ser. Mais de 70% dos usuários de planos de saúde são coletivos; 30% é que são pessoas físicas individuais.

Em síntese, não regula a relação da intermediadora da operadora com o médico. A ANS não tem essa competência legal. Nós precisamos avançar nessas regulações, antes de pensar em quaisquer outras formas de simbiose, de incorporações de capitais ou de tecnologias.

Pesquisa. A pesquisa é o novo procedimento no País. Inclusive aqueles que já estão em rotina no exterior, passam, até por decisões reiteradas do



STJ – a última é da Eliana Calmon, que é emblemática –, pelo crivo de análise do Conselho Federal de Medicina. Não se incorporam novos procedimentos científicos sem a aprovação do Conselho Federal. E nós temos uma resolução absolutamente rigorosa e coerente com as responsabilidades que assumimos.

(Soa a campanha.)

O SR. CARLOS VITAL CORRÊA LIMA – Em síntese, agradecemos, finalmente, a participação, Senador. Espero que este PL ainda seja alvo de muitas outras audiências.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Dr. Carlos Vital.

Com a palavra o Sr. Fausto Pereira dos Santos, representando o Ministério da Saúde.

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS – Primeiro, Senador Vital do Rêgo, um pouco na linha do que o Dr. Carlos Vital abordou, na verdade, eu acho que, ao discutir um assunto, sempre buscamos articulá-lo com o conjunto dos outros debates que norteiam o processo de organização dos serviços de saúde no Brasil. A Subcomissão tem discutido isso. Há cerca de dez dias, estive aqui e participei um pouco dessa discussão, e acho que estamos tentando articular.

É claro que há questões específicas. Hoje, aqui estamos tratando de uma delas, mas sempre buscando articulá-la com o conjunto das medidas. E estamos discutindo como organizar serviços para atender a direitos previstos na Constituição; os direitos não se materializam sem um processo de organização, de gestão. E é isso que eu acho que a gente está procurando fazer no Ministério da Saúde, através das agências reguladoras; é esse esforço de organizar os serviços para atender esses preceitos que estão colocados na Constituição.

Por isso um pouco também, Senador, essa discussão das condicionalidades. Eu acho que aí entra um pouco da ótica do usuário. Quer dizer, a entrada desse capital estrangeiro teria que finalidade no Brasil? Eu acho que essa talvez seja a discussão que a gente precisa colocar para responder um pouco hoje as grandes necessidades que foram relatadas aqui, de alguma forma, pelo Senador Suplicy, quando falou da dificuldade de leitos no País, quando falou das dificuldades de financiamento, às vezes, de unidades especializadas.

Nós estamos tentando fazer uma discussão mais geral. Por isso eu acho que a entrada do capital internacional só pode ter sentido se for visando a uma ampliação dos serviços de saúde no Brasil e muito menos uma discussão do processo de consolidação, que, de uma forma ou de outra, vem acontecendo, ainda não tão acelerado quanto o processo das operadoras de plano, mas é um processo que vem acontecendo.

O fato de diagnosticar se há uma simetria, se há uma certa não isonomia nesse processo do capital internacional; o fato de ter esse diagnóstico não significa que nós tenhamos instrumentos de regulação para esse processo.



Eu acho que talvez seja com esse vazio legal que se depara tanto a ANS quanto o Cade, quanto o próprio Ministério da Saúde.

A Constituição previu que leis específicas poderiam abrir. A lei específica dos planos de saúde previu. O processo de verticalização das empresas se dá de uma forma não somente... não é a maior forma de verticalização hoje a questão do capital internacional. Nós temos várias outras formas de verticalização no País, e a principal delas não é o capital internacional; ele funciona também, mas não é somente essa a questão.

Na verdade, hoje, tanto o Ministério da Saúde quanto a ANS enfrentam um certo vazio legal para fazer essa discussão dessa iniquidade – vamos chamar assim – do processo.

A questão da limitação do capital, de 51% do capital votante ser nacional. Eu acho que nós já tivemos outras experiências no País que mostram que essa medida pode ser inócua. Permitir a entrada do capital internacional – de alguma forma, o Bruno falou um pouco sobre isso – mas restringir ao controle do capital nacional e somente abrindo para a questão das empresas com capital aberto, me parece que vamos criar uma certa celeuma, fazer um grande esforço para um resultado muito aquém ou, eu diria, talvez nenhum.

(Soa a campanha.)

O SR. FAUSTO PEREIRA DOS SANTOS – Então, a questão da limitação do capital votante, me parece uma medida restritiva que pode inibir o projeto, inclusive.

A outra questão foi levantada pelo Senador Humberto Costa, e eu acho que, apesar da lei que foi relatada aqui pelo Senador Flávio Arns, de 2011, que disciplina um pouco essa discussão da incorporação tecnológica no Brasil muito voltada para a área de medicamentos, mas que avança um pouco nessa disciplina, nós ainda precisaríamos avançar mais nessa discussão.

Os sistemas universais no mundo – não vamos comparar aqui com os Estados Unidos, mas com outros sistemas universais – trabalham com um processo de incorporação tecnológica mais consolidado, mais organicamente constituído. Hoje nós temos uma comissão nacional de incorporação tecnológica, o que é um avanço em relação ao que tínhamos até 2011, mas ainda me parece insuficiente para fazer um enfrentamento de uma discussão tão complexa quanto a questão da incorporação tecnológica. Então, eu acho que nós vamos ter que enfrentar também um pouco desse debate, quer dizer, discutir financiamento, discutir regras para a entrada do capital internacional, mas discutir também como nós podemos fazer um processo de incorporação tecnológica mais transparente, mais disciplinado e que tenha um efeito melhor sobre a saúde da população.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Fausto.

Agora, passo a palavra à Maria do Socorro de Souza, nossa Presidenta do Conselho Nacional de Saúde.



A SRª MARIA DO SOCORRO DE SOUZA – Eu até entendo que os argumentos trazidos aqui pelas representações do setor privado se justifiquem e que a própria Comissão de Assuntos Econômicos trate do objeto do projeto nessa dimensão de investimentos. Agora, a Comissão de Assuntos Sociais, para nós, tem outro papel nesse debate e acho que o Relator já começa a sinalizar com algumas questões pertinentes, o Senador Humberto, o Senador Suplicy... E é o que nos interessa, primeiro, porque é muito difícil só debater, sempre nesta Casa, o objeto específico de um projeto sem pensar a responsabilidade que a gente tem aqui com o papel do Estado de garantir um sistema de saúde pública que atenda de fato aos interesses da população.

Há uma pergunta que tem que ser respondida sim: qual é a vantagem para o usuário? Nenhuma. Para o usuário que vocês estão colocando aqui como elemento de justificativa para investir mais em planos privados, no setor privado, para o usuário, nenhuma. Inclusive, eu acho que a gente tem que perguntar se interessa também para o empresariado nacional... Eu acho que tem que ouvir mais o empresariado nacional sobre quais são as dificuldades de investimento e de financiamento no setor nacional, porque para a gente também é questionável. Há outros setores nacionais que, com certeza, também poderiam ter posição contrária.

Eu também acho que a fala do Conselho Federal de Medicina sinaliza uma preocupação do ponto de vista dos profissionais, se toda essa dimensão não compromete a autonomia dos profissionais... No Brasil, a gente tem problemas históricos que não foram resolvidos. Nós estamos, com essas medidas, levando ao descrédito da sociedade em relação ao Sistema Único de Saúde, e esta Casa tem a responsabilidade de contribuir para que o SUS não vá a colapso.

Nesse sentido, eu queria colocar que, se os grandes investimentos, que estão sendo colocados aqui... A gente já percebe que isso não daria resposta a quem, sobretudo hoje, não é atendido pelo SUS. A maior parte está concentrada no interior do País, a maior parte está concentrada em cidades de menos porte, com menos infraestrutura. Significa que nós vamos, mais uma vez, concentrar toda uma rede privada nas capitais e nas grandes cidades. Se a gente não teve a capacidade, com 20 anos de SUS, de reverter esse modelo de atenção, de reverter essa concentração nas capitais e nas grandes cidades, nós vamos apostar no maior investimento no setor privado de novo concentrando demanda, tecnologia, profissionais e financiamento nas grandes cidades? Porque, se for para falar em nome dessa classe de trabalhadores e usuários, Senadores, que querem um atendimento e uma assistência maiores, com certeza, não é essa população que está concentrada nas grandes cidades, mas nas cidades do interior, onde a gente enfrenta o problema da questão médica, onde a gente enfrenta o problema da falta de carreira, onde a gente enfrenta o problema da falta de investimento... Então, é nessa dimensão que a gente chama à responsabilidade os senhores para fazer o debate.



Se temos problemas hoje, necessidade do setor suplementar... Eu acho que a gente também inverte a lógica do papel do Estado. A gente está colocando, o tempo inteiro, como sistema público de saúde o investimento no sistema de saúde público; o setor privado é suplementar. A gente vê que nesse debate inverte-se a lógica. Então, são mais 25 anos... Quer dizer, então, que a gente está apostando aqui que, daqui a 25 anos, a gente não vai debater nesta Casa o sistema público de saúde. Essa lógica vai levar a, no mínimo, daqui a 25 anos, a gente estar fazendo esse debate. A gente não pode simplesmente responder a uma questão conjuntural. E nós estamos observando o movimento da Casa. Nós estamos com mobilização para arrecadar 1,5 milhão de assinaturas para fortalecer o sistema público de saúde, que também beneficia o sistema suplementar.

(Soa a campanha.)

A SRª MARIA DO SOCORRO DE SOUZA – Também beneficia. Nós não desconsideramos o papel do setor suplementar, mas não é por essa via do capital estrangeiro que a gente vai resolver o problema no Brasil.

Esta Casa também foi responsável, e é até hoje, pelo baixo financiamento do Sistema Único de Saúde. Então, acho que tem que reverter essa pauta.

Nós agradecemos por esse respeito, essa consideração e pelo ponto de vista de transparência para a sociedade e nos colocamos à disposição para continuar contribuindo para o debate.

Eu só queria colocar, muito rapidamente, Senador, que eu estive agora em São Luís, no congresso dos COSEMS do Norte e do Nordeste. Sabem qual era a discussão que estava para cima do Ministério da Saúde? A crítica de não reconhecer hospitais com cinco leitos no interior do País. A maior crítica que foi feita ao Ministério da Saúde pelos gestores públicos não foi quanto a estender a rede suplementar. A maior crítica, Senador Suplicy, foi exatamente porque os prefeitos não conseguem responder à expectativa da população nos Municípios de pequeno porte. E a discussão era exatamente por que o Ministério da Saúde e o Conselho Nacional aprovaram uma política que só reconhece os hospitais a partir de 31 leitos. Essa era a grande discussão, e o Ministério da Saúde vai responder e, certamente, vocês também. Eu acho que é preciso dizer isso, porque acho que tem que inverter a lógica do debate.

Muito obrigada.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado.

Agora, o Dr. Bruno Sobral, que é o nosso Diretor da ANS.

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Muito obrigado, mais uma vez, Senador.

Rapidamente sobre a questão da verticalização, acho que uma das pessoas já falou. Acho que a questão da verticalização, Senador, não é um mal



em si. Ela é a consequência de uma distorção. Essa distorção não pôde ser trabalhada nem pelo Cade, nem pela ANS pelos motivos já colocados pelo Fausto. Nós não temos mandato legal para fazer isso, e, do ponto de vista concorrencial, o Cade não viu nenhum problema em si. Mas acho que o principal problema da distorção é que ela não é feita pelos órgãos reguladores aqui mencionados. Acho que o problema da distorção é causado pelo marco regulatório, pelo marco legal em si. E acho que a melhor forma de se desfazer essa distorção – e a verticalização tem seus problemas, mas também teve seus ganhos em alguns momentos; reduziu o custo de transação e foi uma resposta das operadoras, no sentido de atender, muitas vezes, às demandas da própria ANS, em qualidade, em tempestividade de serviço – é por meio deste debate que estamos fazendo aqui e, eventualmente, pela aprovação desse projeto.

Eu queria colocar absolutamente não só a minha assessoria, mas eu, pessoalmente, à disposição de V. Ex^a. Acho que, como diretor da Agência que presta contas ao Senado, eu não gostaria de ter vindo aqui só na sabatina ou nesta audiência pública, mas contribuir efetivamente com sua assessoria, com esta Casa, com esta Comissão, como contribuímos com a Comissão de Assuntos Sociais do Senado. Coloco-me totalmente à disposição de V. Ex^a.

Rapidamente, com relação à questão da incorporação tecnológica também, eu acho que, se nós estamos falando de restrição aqui, um dos grandes problemas da incorporação tecnológica – e ela é feita por capitalistas nacionais e estrangeiros, e isso, na minha opinião, é absolutamente neutro com relação a qual é a bandeira do dinheiro – é a questão do modelo de pagamento, como foi aqui mencionado, ou seja, pagar por serviços, o Senador Humberto Costa mencionou isso.

Gera também uma outra distorção o fato de que, quanto mais o hospital faz, mais ele produz, mais ele oferece serviços, por exemplo, mais tomógrafos tem, mais ele consegue ter receitas. Dados mostraram que as receitas de hospitais migraram ao longo do tempo de diárias e taxas, que são o negócio principal no hospital, para materiais e medicamentos. Isso também é uma distorção. E essa distorção, em muito, é criada pelo problema da falta de uma capacidade maior de recursos para que o País tenha uma política de incorporação tecnológica um pouco mais forte.

Acho que o Ministério da Saúde deu passos importantes, com mais poder e mais incentivo ao Conitec, que é um órgão que faz isso hoje pelo Governo brasileiro, mas, fundamentalmente, é necessária uma mudança do modelo de pagamento.

Nós estamos aí, como o Daniel falou, com um modelo sendo criado, pilotos de um modelo de pagamento mais empacotados, digamos assim, mais fechados, e isso ainda é algo absolutamente voluntário por parte dos prestadores. Nós contamos com o apoio irrestrito tanto de operadoras quanto de prestadores para construir esse novo modelo e agora nós estamos acompanhando alguns



pilotos. Mas, se fôssemos fazer alguma restrição aqui, a primeira que me viria à cabeça – e isso vale para capital estrangeiro ou capital nacional – é que tipo de relação com o financiador nós queremos no futuro. Nós queremos continuar com a relação entre quanto mais eu faço, mais eu ganho? Ou queremos uma relação com a qual, de fato, nós consigamos englobar serviços e dividir um pouco a responsabilidade do prestador de serviço com quem financia, para, assim, termos insumos mais adequados na prestação do serviço?

(Soa a campainha.)

O SR. BRUNO SOBRAL DE CARVALHO – Eu acho que, se fôssemos fazer alguma restrição hoje, a principal em que eu pensaria – e não é só para capital estrangeiro, mas para capital nacional também – é até que ponto novos investimentos estão sendo feitos em hospitais que estão num novo modelo de remuneração; ou esses investimentos são feitos, parece, no modelo antigo, gastador de dinheiro, gerador de iniquidade e gerador de ineficiência.

Então, eu acho que eu colocaria isso como um principal ponto a ser colocado no projeto, não só nesse projeto, mas numa eventual discussão de regulação de prestadores médicos.

Falou-se aqui de mais algumas coisas. Acho que não vai dar tempo de mencionar. Mas, por fim, eu queria falar um pouco dos interesses aqui colocados.

Comentou-se: será que interessa ao empresário nacional?

Eu acho que interessa ao empresário nacional porque, à medida que se traz um parceiro, ele dilui risco, ele compartilha risco com o outro sócio.

Interessa ao beneficiário, ao usuário?

Interessa. Quanto mais recursos ele tiver, menor o custo de hospitais e mais recursos sobram para fazer melhor, para fazer com qualidade, melhor gestão você possibilita para esse setor. E não tenho dúvida: no mercado com mais concorrência – e o Cade trabalha muito com essa questão da concorrência – boa parte dessas eficiências serão repassadas para o consumidor, sim.

Então, acho que ganha todo mundo. Ganha a sociedade brasileira, que passa a ter custos mais baixos, sem essa distorção que hoje existe pelo marco regulatório atual.

Muito obrigado.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Senhores, antes de encerrar, Senador Humberto, Senador Vital, Senador Eduardo Suplicy, nós vamos querer dar prosseguimento a essas audiências. Digo ao Relator que a audiência pública que ele achar necessária, a gente convoca imediatamente, porque a gente quer começar a deliberar esse tema nesta Comissão de Assuntos Econômicos. Esse não é um tema secundário. É o tema de maior interesse do povo brasileiro. Hoje, em qualquer Município de qualquer Estado deste País, a saúde é o maior problema.



Os senhores falaram muito do setor público. A Maria do Socorro, nossa Presidente do Conselho, tem toda razão quando diz que hoje há uma crise no setor público e no setor privado. Eu não sou especialista como o Senador Humberto Costa, como o Senador Vital do Rêgo, dois médicos, sendo o Senador Humberto Costa ex-Ministro da Saúde, um estudioso sobre o tema, mas fui prefeito na ponta, Senador Humberto Costa e digo: a questão do subfinanciamento da saúde pública no País tem que ser enfrentada.

Como prefeito de uma cidade como Nova Iguaçu, quando nós falávamos do SUS era o seguinte: chegavam recursos de gestão plena para alta e média complexidade. No primeiro mês como prefeito, a minha secretária de saúde chegou e disse que no vigésimo dia tinha acabado os recursos, porque havia um teto. Eu disse: “Puxa, não podemos deixar de atender. Vamos continuar atendendo.” É claro que aquilo gerou um passivo com as clínicas privadas e uma crise veio mais à frente.

Hoje, para qualquer prefeito ou governador no País, qual é o maior problema a ser enfrentado? É a saúde pública. E sabe o que acontece com esse subfinanciamento, Senador Eduardo Suplicy? Lá em Nova Iguaçu, acabava no vigésimo dia. Sabe o que os gestores têm que fazer? Eles vão alongando. E você encontra nas ruas pessoas com exames que querem fazer há cinco meses, e não conseguem. Essa é uma questão nacional.

Eu espero a sensibilidade da nossa Presidenta com o clamor do povo, porque hoje, segundo as pesquisas, cada vez mais o problema é saúde, saúde, saúde, saúde. Esse tema se torna nacional. Numa eleição presidencial – eu espero que seja nessa próxima –, a nossa Presidente dirá: vamos ter que enfrentar isso. E dizer de onde sairão os recursos.

Hoje há essa situação, mas há crise também no setor privado. Hoje, qualquer um com o seu plano de saúde privado vai em hospitais, em qualquer lugar, superlotação, dificuldades. E a gente vê aqui, pelos números, por mais que exista essa demanda crescente, diminuição de leitos.

Então, a meu ver, esse projeto pode ser importante se significar, com essa entrada de capital estrangeiro, aumento de investimentos, novos leitos, novos hospitais, porque há uma dificuldade de recursos públicos. Mas veja bem: se há possibilidade de abrir para recursos privados, capital estrangeiro e isso significar um novo aporte de recursos para que a gente melhore a situação da rede privada, esse é um passo importante.

Acho que o Bruno foi muito feliz quando falou dos 49%. Esses fundos privados estrangeiros, na verdade, para ter investimento, querem ter controle também na gestão, colocar metas. Então, eu acho que esse é um ponto também... Ninguém vai entrar numa governança sem ter controle, sem participar diretamente da administração ou colocar simplesmente metas muito bem estabelecidas. Concordo com o Fausto também, a gente pode estar construindo



uma grande batalha que daria em nada. Então, para isso eu chamo a atenção do Relator.

E acho que a questão da incorporação tecnológica é algo também muito importante, e a gente teria de ver como criar essas condicionalidades, porque ninguém quer apenas abrir para o capital estrangeiro e isso significar mexer na estrutura societária das empresas. O que a gente quer é que isso signifique, concretamente, mais investimentos, mais leitos. E eu acho que esse é um caminho.

Eu acho que é importante olhar o caso das operadoras de planos de saúde. O que é que houve com a abertura? Sem ser especialista, eu acho que significou, sim, em alguns casos, olhando de longe, novos investimentos em hospitais e na rede. Esse é um exemplo importante de ser olhado e trabalhado.

Agora, encerrando a minha fala, peço ao Relator que a gente faça um esforço para tentar colocar em votação ainda este semestre. Ao mesmo tempo, coloco-me inteiramente à disposição para outras audiências públicas a serem realizadas por esta Comissão.

O SR. VITAL DO RÊGO (Bloco/PMDB – PB) – Sr. Presidente, antes de V. Ex^a encerrar, até para dirimir quaisquer dúvidas em relação ao nosso calendário, gostaria de lembrar que nós estamos com uma Subcomissão tratando do financiamento da saúde, cujo Relator é o Senador Humberto Costa, onde nós estamos já na fase terminal das nossas audiências públicas – temos ainda uma audiência pública apenas e temos um prazo já agendado. Queremos deixar este assunto com os temas correlatos e paralelos, dentro da abrangência do setor. Estamos tratando igualmente com as mesmas responsabilidades.

A partir desta audiência pública, tornou-se prioritário para esta relatoria a confecção e a construção do relatório. Eu vou me entender, agora, setorialmente, com cada uma das pessoas ou das iniciativas, ou dos órgãos, ou das entidades que merecem ser consultadas pela relatoria, para, num prazo muito rápido, apresentar a primeira versão desse relatório. Vou falar com as Lideranças, porque entendo que nós precisarmos dar, a partir desse marco, o 259, um substitutivo que possa atender às expectativas e aos anseios do País.

O SR. PRESIDENTE (Lindbergh Farias. Bloco/PT – RJ) – Muito obrigado, Senador Vital do Rêgo.

Antes de encerrar a presente reunião, lembro aos Srs. Senadores que, amanhã, às 10h, teremos reunião deliberativa ordinária da CAE.

Nada mais havendo a tratar, declaro encerrada a presente reunião.
Muito obrigado a todos os senhores e senhoras.

(Iniciada às 19 horas e 17 minutos, a reunião é encerrada às 21 horas e 10 minutos.)