

	<b>Estado de Mato Grosso</b> Assembleia Legislativa
<b>Despacho</b>	NP: drw7hrxp <b>SECRETARIA DE SERVIÇOS LEGISLATIVOS</b> 27/05/2015 Indicação nº 924/2015 Protocolo nº 2105/2015
<b>Autor:</b> Dep. Gilmar Fabris	

**Indica a Excelentíssima Senhora Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, com cópias ao Exmo Sr. Ministro da Saúde, ao Exmo. Sr. Governador do Estado, ao Exmo Sr. Secretário de Estado de Saúde, a bancada federal de Mato Grosso e aos Presidentes do Conselhos Regional e Federal de Medicina, a necessidade de reajuste da tabela do SUS.**

Nos termos do artigo 160 do Regimento Interno desta Augusta Casa de Leis, requeiro à Mesa, ouvido o Soberano Plenário, que seja encaminhado o presente expediente a Excelentíssima Senhora Presidenta do Brasil, Dilma Rousseff, com cópias ao Exmo Sr. Ministro da Saúde, ao Exmo. Sr. Governador do Estado, ao Exmo Sr. Secretário de Estado de Saúde, a bancada federal de Mato Grosso e aos Presidentes do Conselhos Regional e Federal de Medicina, a necessidade de reajuste da tabela do SUS.

Plenário das Deliberações “Deputado Renê Barbours” em 12 de Maio de 2015

**Gilmar Fabris**  
Deputado Estadual

## JUSTIFICATIVA

Ao longo das últimas décadas a sociedade contemporânea tem acompanhado a situação da saúde pública no Brasil. A realidade demonstra milhares de pessoas por todo o Brasil abandonadas pelo Estado, espalhadas pelos corredores dos hospitais, no chão, sem tratamento médico, óbitos ocorrem devido à ausência de medicamentos, infecções, falta de recursos, carência de profissionais especializados, equipamentos obsoletos ou abandonados e inexistência de ambulâncias.

Neste contexto, a União, os Estados, os Municípios e o Distrito Federal violam a dignidade da pessoa humana, fundamento expresso na Constituição da República Federativa do Brasil, positivada no artigo 1º, inciso III, deixam de cumprir os objetivos fundamentais expressos em seu artigo 3º, pertinentes à sociedade livre, justa e solidária, não erradicam a pobreza e a marginalização, não reduzem as desigualdades sociais e regionais e por fim não promovem o bem de todos.

O direito à saúde esta tutelado na Constituição Federal, em seus artigos 6º e 196 deve ser efetivado por meio da integralidade de assistência: diretriz prevista no artigo 198, inciso II, da Constituição Federal e o princípio expresso no artigo 7º, inciso II, da Lei 8.080 de 1990.

O Estado deve garantir o direito à saúde devido às garantias constitucionais e infraconstitucionais, conforme escreve José Adécio Leite Sampaio:

“A Constituição assegura em seu artigo 196 que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (SAMPAIO, 2002, p.699-700)

A saúde é um direito social previsto constitucionalmente no artigo 6º e no artigo 196, sendo norma de ordem pública, imperativa e inviolável, cabendo ao Estado concretizar tal direito, conforme escreve Alexandre de Moraes:

“Direitos sociais são direitos fundamentais do homem, caracterizando-se como verdadeiras *liberdades potestativas*, de observância obrigatória em um Estado Social de Direito, tendo por finalidade a melhoria de condições de vida aos hipossuficientes, visando à concretização da igualdade social, e são consagrados como fundamentos do Estado democrático, pelo art. 1º, IV, da Constituição Federal”. (MORAES, 2008, p.198)

A saúde é um direito de todo o cidadão cabendo ao Estado o dever de garantir e efetivar por meio de políticas públicas, sociais e econômicas, com o intuito de minimizar doenças, agravos e principalmente prevenindo a sociedade por meio tanto da informação quanto da educação, neste sentido escreve José Afonso da Silva:

“A saúde é concebida como direito de todos e dever do Estado, que a deve garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos. O direito à saúde rege-se pelos princípios da universalidade e da igualdade de acesso às ações e serviços que a promovem, protegem e recuperam.” (SILVA, 2001, p.808)

Inúmeras são os fatores que contribuem para a violação por parte do Estado do dever constitucional e infraconstitucional pertinentes à efetivação do direito à saúde. Um dos fatores é o aumento da demanda pela sociedade brasileira, outro seria a diminuição da capacidade do Estado em efetivar o direito à saúde, conforme escreve Ingo Wolfgang Sarlet:

“De outra parte, a crescente insegurança no âmbito da seguridade social, neste contexto, de uma demanda cada vez maior por prestações sociais (ainda mais em sociedades marcadas pelo incremento da exclusão social) e de um paralelo decréscimo da capacidade prestacional do Estado e da sociedade”. (SARLET, 2006, p.420)

Os direitos sociais em geral, o direito à saúde pública e à integralidade de tratamento no Brasil não é efetivado, conforme escreve Carlos Alberto Pereira de Castro:

“Entretanto, em países – tais como o Brasil – que não atingiram o mesmo nível de proteção social que os dos continentes precursores de tais idéias – Europa, América do Norte, Oceania -, o período atual gera problemas de outra ordem: a redução de gastos públicos com políticas sociais, o que, em verdade, significa o não atingimento do prometido Bem-Estar Social”. (CASTRO, 2008, p.662)

Como determina a Constituição, a gestão do Sistema Único de Saúde, SUS, é compartilhada entre a União, que estabelece as diretrizes das políticas de saúde, e os estados e municípios, que são responsáveis pela execução dos serviços, custeados com repasses federais e verbas próprias, bem como de toda a organização da rede de assistência à saúde da população, efetuando contratações.

Segundo estudos de Sérgio Francisco Piola, um dos pioneiros nos estudos sobre financiamento da saúde no Brasil e um dos primeiros a acompanhar os recursos financeiros do setor neste país o problema da insuficiência de recursos acompanha o Sistema Único de Saúde (SUS) desde a sua criação. Não foi por outro motivo que os Constituintes inscreveram no artigo 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que, até a aprovação da primeira Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), 30% do orçamento da Seguridade Social, excluído os recursos do seguro desemprego seriam destinados ao SUS. Como se sabe, este preceito não foi integralmente cumprido, o que levou o Governo a usar alternativas para restabelecer o financiamento do SUS, como empréstimos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) em 1993, sobretudo depois da suspensão da utilização de recursos da folha de salário, que tradicionalmente financiaram parte da assistência à saúde e, logo após, recorreu-se à criação da CPMF em 1997. Essa contribuição, inicialmente específica para a saúde, não alcançou o resultado esperado, uma vez que ao invés de recursos adicionais, paulatinamente, estes recursos foram substituindo outras fontes federais no financiamento da saúde. A definição estabelecimento de recursos mínimos obrigatórios das três esferas de Governo, para o financiamento do SUS, foi alcançada em 2000 por meio da Emenda Constitucional (EC) 29 de 2000.

A EC 29 estabeleceu mecanismos diferentes de participação da União, Estados e Municípios no financiamento do SUS. Para Estados, Distrito Federal e Municípios a regra da EC 29 tem como base a aplicação de percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais (12% para Estados e 15% para municípios). Para a União o piso para o ano 2000 foi estabelecido com base no valor aplicado em 1999, mais um crescimento real de 5% . Daí por diante, o piso seria corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB, do ano anterior.

O principal mérito da EC 29/2000 foi criar condições para maior participação de Estados, Distrito Federal (DF) e Municípios no financiamento do SUS. Entre 2000 e 2013, houve um aumento expressivo da participação percentual de Estados, DF e Municípios no financiamento do sistema público, saindo de um patamar de 40% para 57%. Isto foi resultado de um aumento real de 262% dos recursos estaduais e 254% dos recursos municipais no financiamento da saúde neste mesmo período. A participação federal no financiamento do SUS apresentou um decréscimo de 60% para 43%, uma vez que o aumento real de recursos federais foi de 80% entre 2000 e 2013, inferior, portanto, ao observado pelos outros entes federados. A Emenda propiciou um aumento real dos recursos públicos em torno de 150%. Cresceu, como consequência, o gasto público em relação ao PIB: de 2,95% do PIB em 2000 para 4% do PIB em 2013. Apesar desse crescimento, o gasto público do Brasil com saúde ainda é baixo se comparado a outros países que possuem sistemas universais, cujo gasto público representa, em média, cerca de 6,5% do PIB.

De acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde de 2014, o Brasil investe em saúde 474 dólares, por ano, por pessoa, enquanto os Estados Unidos gastam 3.967 dólares e a Argentina 852 dólares. O Brasil investe menos que a maioria dos países sul americanos, 1/8 dos países de primeiro mundo e 1/10 dos países escandinavos. Saúde se faz com dinheiro e não com demagogia.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, quase R\$ 10 bilhões deixaram de ser aplicados na rede pública em 2014, apesar de ser o maior orçamento já executado na história da pasta – quase R\$ 99,2 bilhões. Este valor efetivamente gasto representou 91% do previsto (R\$108,3 bilhões). Os dados analisados são do

Sistema Integrado de Administração Financeira (Siafi) e mostram ainda que mais da metade dos recursos não utilizados deveria ter sido investido na realização de obras e compra de equipamentos.

Em 2014, a dotação prevista para investimento – considerado o gasto nobre da administração – era de quase R\$ 9,4 bilhões. Até 31 de dezembro, no entanto, R\$ 4,3 bilhões foram efetivamente pagos pelo Ministério da Saúde, incluindo os restos a pagar quitados (compromissos assumidos em anos anteriores rolados para os exercícios seguintes). Somente R\$ 5,2 bilhões foram empenhados, ou seja, 56% do autorizado. O empenho é a primeira etapa do gasto público, uma espécie de reserva que se faz do dinheiro quando um produto ou serviço é contratado pelo governo.

Entre 2003 e 2014, segundo dados apurados pelo CFM, foram autorizados R\$ 80,5 bilhões específicos para a realização de obras e aquisição de equipamentos. No entanto, apenas R\$ 31,5 bilhões foram efetivamente gastos e outros R\$ 45,2 bilhões deixaram de ser investidos – valor que representa 56% de todo o recurso não utilizado no período. Em outras palavras, de cada R\$ 10 previstos para a melhoria da infraestrutura em saúde, R\$ 5,6 deixaram de ser aplicados.

Materializando essa conta, basta dizer que, com essa verba que deixou de ser aplicada, seria possível construir 110 mil Unidades Básicas de Saúde, edificar 33 mil Unidades de Pronto Atendimento ou aumentar em quase 900 o número de hospitais públicos de médio porte.

Ao todo, o Ministério da Saúde deixou de aplicar cerca de R\$ 112,6 bilhões no SUS desde 2003.

No período apurado, pouco mais de R\$ 1 trilhão foi autorizado para o Ministério da Saúde no Orçamento Geral da União (OGU). Os desembolsos, no entanto, chegaram a R\$ 909 bilhões.

Segundo o ainda o Conselho Federal de Medicina a defasagem dos valores pagos pelo Ministério da Saúde a hospitais que atendem o Sistema Único de Saúde (SUS) foi de até 434% nos últimos seis anos, em comparação com a inflação oficial acumulada no período.

De 1.500 procedimentos hospitalares previstos na tabela SUS, 74% não tiveram os valores atualizados de acordo com os índices de aumento de preços. Os dados são de levantamento inédito do Conselho Federal de Medicina (CFM).

Com base em dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, do próprio ministério, o conselho levantou o valor médio pago em 2008 e em 2014 por tipo de procedimento hospitalar previsto na tabela. Em seguida, calculou qual seria o valor atualizado a ser pago em 2014 se aplicada a inflação acumulada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) no período dos seis anos analisados.

A análise mostrou que há defasagem em 1.118 dos 1.500 procedimentos pesquisados. Um hospital que realizou um parto normal pelo SUS em 2008 recebeu do ministério R\$ 472,27. Corrigido pela inflação, o valor deveria ir a R\$ 701,89 em 2014, mas o montante pago pelo governo federal no ano passado pelo procedimento foi de R\$ 550,42, defasagem de 28%.

A maior defasagem, de 434%, foi encontrada nos pagamentos feitos pelo tratamento cirúrgico de fraturas da caixa torácica (gradil costal). Em 2008, o ministério pagou R\$ 5.671,35 por paciente que passou por esse tratamento na rede pública. Seis anos depois, o valor caiu para R\$ 1.579,76 - se atualizado pelo IPCA, ele deveria ir a R\$ 8.428,76. Um exemplo da defasagem da tabela SUS é o procedimento de mamografia. O custo é de R\$ 70, porém o SUS paga R\$ 45. Devido à alta demanda, fica inviável o hospital fazer este procedimento.

No Brasil mais de 100.000 pessoas realizam semanalmente três sessões de hemodiálise. Em quase duas décadas muitos avanços nas políticas de tratamento dialítico do paciente renal deveriam estar sendo implementados; na prática, ficam no papel.

Há dois anos a tabela de reembolso dos procedimentos do SUS não é reajustada, o que, atualmente representa um repasse de R\$ 179,03 para os prestadores do serviço de hemodiálise. Entretanto, anualmente, as clínicas e hospitais têm aumento com pessoal, insumos e equipamentos, estes últimos com custos elevados devido à importação, o que representa atualmente um custo de R\$ 240,00 ao prestador.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Nefrologia, apenas em 2013 foram mais de 34 mil pacientes novos fazendo diálise. Nesse cenário o SUS arca com os custos do tratamento, em nível ambulatorial, de 84% dos pacientes. Os 16% restantes são custeados pelo sistema de Saúde Suplementar.

Para a nefrologista Cácia Matos "a atual discussão é sobre correção de valores, a defasagem do repasse feito pelo SUS está criando um cenário desanimador para os novos profissionais. Atualmente é difícil encontrar um estudante interessado em fazer residência em nefrologia".

No Brasil existem 750 unidades de diálise cadastradas e, por enquanto, a demanda por esse serviço continua crescendo, e a prestação do serviço inviabilizada pelo governo. Uma portaria ministerial publicada em 2014 estabelece que ocorra o descarte do sistema extracorpóreo a cada sessão de hemodiálise para os pacientes portadores de hepatite B ou C (atualmente o sistema é utilizado no mesmo paciente durante as 12 sessões mensais).

Essa é uma ótima medida, nós, segundo a nefrologista Cácia Matos, concordamos com o que é dito, mas, em termos práticos, a portaria não estabelece o reembolso desse aumento de custo para o prestador. Porque o custo já é alto e com essa mudança ele irá multiplicar. Sem o devido reembolso essa medida é impraticável.

Para Hermann von Tiesenhausen, primeiro secretário do CFM e conselheiro federal por Minas Gerais, a defasagem da tabela provoca diminuição no número de hospitais conveniados e filantrópicos que trabalham com a rede pública. Segundo dados do governo, os hospitais filantrópicos respondem por 47% de todos os atendimentos do SUS feitos hoje no País.

Mais de cem hospitais fecharam ou deixaram de atender o SUS nos últimos dez anos. Isso tem um impacto direto na qualidade da assistência porque, quando um local é fechado, aumentam as filas de espera e a lotação nas unidades de saúde que mantêm o atendimento."

O Ministério da Saúde afirma que a tabela SUS não é mais a única fonte de financiamento da saúde pública no Brasil e que, nos últimos anos, o governo tem aumentado o valor de incentivos financeiros pagos aos hospitais filantrópicos. "Estamos migrando para uma forma de financiamento global, que trabalha com o pagamento não só por um procedimento, mas pelo cuidado integral do doente", diz Lumena Furtado, secretária de Atenção à Saúde do ministério.

Dessa forma, diz ela, um hospital pode receber mais de acordo com sua estrutura, excelência e tipo de assistência prestada, além de ganhar incentivos em situações como quando firma contrato com o SUS se comprometendo a cumprir metas quantitativas e qualitativas de atendimento ou quando oferece determinados tipos de leitos. "Isso tem impacto na qualidade do serviço prestado", diz.

Segundo a secretária, somados os valores da tabela SUS e dos incentivos, o montante repassado pela pasta para procedimentos de média e alta complexidade cresceu 46% entre 2010 e 2014, quando a inflação acumulada foi de cerca de 25%.

O Presidente da Confederação das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos (CMB), Edson Rogatti afirma que, na maioria dos casos, os incentivos não são suficientes para cobrir o déficit desse tipo de unidade de saúde. "A tabela SUS cobre só 60% dos nossos custos e os incentivos ajudam, mas não fecham a conta. Até porque nem todos os hospitais atendem aos critérios para receber esses valores a mais."

Segundo Rogatti "Quanto mais você atende o SUS, mais prejuízo tem. As Santas Casas que não querem ter dívidas acabam dividindo o atendimento entre pacientes da rede pública e da rede particular"., A dívida de todas as Santas Casa no Brasil chega a cerca de R\$ 17 bilhões.

Apesar de existirem outras formas de financiamento, a Tabela dos SUS para procedimentos é a principal fonte de recursos dos hospitais filantrópicos, e a sua defasagem está provocando um déficit financeiro imensurável para os mesmos, inclusive com o fechamento de centenas de estabelecimentos hospitalares.

Pelos motivos expostos, apresentamos a presente indicação para o qual solictamos o apoio dos nobres Pares no sentido do reajuste da Tabela do SUS.

Plenário das Deliberações “Deputado Renê Barbour” em 12 de Maio de 2015

**Gilmar Fabris**  
Deputado Estadual