



CÂMARA DOS DEPUTADOS

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

GT TABELA SUS

**GRUPO DE TRABALHO DESTINADO
A DISCUTIR A TABELA SUS**

RELATÓRIO FINAL

Coordenador: Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.

Relatora: Deputada Silvia Cristina

2019

AGRADECIMENTOS

Este Coordenador e esta Relatora, em nome de todos os componentes do “Grupo de Trabalho Destinado a Discutir a Tabela SUS” (GT TABELA SUS), agradecem a todos os participantes dos trabalhos desenvolvidos nesta Casa.

Não seria possível chegar a este Relatório sem escutar as opiniões de vários atores envolvidos na assistência à saúde de média e alta complexidade. Merecem um agradecimento especial as instituições públicas e privadas que acolheram os convites feitos pelo Grupo de Trabalho para a participação nas reuniões realizadas, bem como os palestrantes, que trouxeram seu conhecimento técnico e experiência profissional para compor este importante debate.

Destaca-se ainda o comprometimento dos membros deste Grupo de Trabalho, que contribuíram participando das reuniões e audiências, e apontando opiniões e sugestões. Suas assessorias precisam também ser congratuladas, pelo contínuo apoio.

Por fim, agradecemos imensamente à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, à Comissão de Seguridade Social e Família, e a todos os servidores da Câmara dos Deputados e dos demais órgãos públicos que auxiliaram de forma inestimável a realização dos trabalhos.

Brasília, ____ de _____ de 2019

Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.
Coordenador

Deputada Silvia Cristina
Relatora

1. CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO

CRIAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO

A proposta de criação do “Grupo de Trabalho Destinado a Discutir a Tabela SUS” (GT Tabela SUS) foi apresentada pelo Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr., por meio do Requerimento nº 16, de 2019, no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família.

O Requerimento foi aprovado nesta Comissão no dia 27 de março de 2019, momento no qual foram definidos o coordenador e a relatora.

COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DO GRUPO DE TRABALHO

Coordenação

- Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr - PP/RJ

Relatoria

- Silvia Cristina - PDT/RO

Composição

- Marco Bertaiolli - PSD/SP
- Enéias Reis - PSL/MG
- Afonso Hamm - PP/RS
- Eduardo Braide - PMN/MA
- Miguel Lombardi - PR/SP
- Adriana Ventura - NOVO/SP
- Jorge Solla - PT/BA
- Eduardo Costa - PTB/PA
- Célio Silveira – PSDB/GO
- Flávia Moraes - PDT/GO
- Celina Leão – PP/DF
- Dr. Frederico - PATRI/MG
- Juscelino Filho - DEM/MA
- Alexandre Padilha - PT/SP

- Dra. Soraya Manato - PSL/ES
- Pinheirinho - PP/MG
- Pedro Westphalen - PP/RS
- Hiran Gonçalves - PP/RR
- Dr. Zacharias Calil - DEM/GO
- Tereza Nelma – PSDB/AL
- Santini - PTB/RS
- Dr. Jaziel - PR/CE

Período de funcionamento

- Criação: 27 de março de 2019.
- Conclusão: novembro de 2019.

CONVIDADOS PARTICIPANTES DAS REUNIÕES E AUDIÊNCIAS DO GRUPO DE TRABALHO

- Adriano Ribeiro - Confederação Nacional de Saúde
- Antônio de Moraes Júnior - Sociedade Brasileira de Urologia
- Arnaldo Bartalo - Associação Nacional dos Hospitais Privados
- Bárbara da Silva Pires - Defensoria Pública da União
- Breno de Figueiredo Monteiro - Confederação Nacional de Saúde
- Charles Cezar Tocantins de Souza - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS)
- Cláudio José Allgayer - Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul
- Denis Kobayashi - Sociedade Brasileira de Patologia
- Donizetti Dimer Giamberardino Filho - Conselho Federal de Medicina
- Emilio Cezar Zilli - Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro
- Francisca Goreth Fantini - Academia Brasileira de Neurologia

- Henrique Prata - Hospital do Amor de Barretos
- João Neves de Medeiros - Conselho Brasileiro de Oftalmologia
- Jorge Sale Darze - Federação Nacional dos Médicos
- José Luiz Dantas Mestrinho - Associação Médica Brasileira
- José Luiz Spigolon - Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas
- Leandro da Silva - Sociedade Brasileira de Cirurgia da Coluna
- Leonardo Moura Vilela - Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)
- Liliana Sampaio Costa Mendes - Sociedade Brasileira de Hepatologia
- Luiz Antonio Munhoz da Cunha - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
- Luiz Carlos Sobania - Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
- Luiz Carlos Von Bahten - Colégio Brasileiro de Cirurgiões
- Marcelo Mudo - Sociedade Brasileira de Cirurgia da Coluna
- Marcelo Rodrigo de Souza Moraes - Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular
- Maria Inez Pordeus Gadelha - Ministério da Saúde
- Melchior Luiz Lima - Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular
- Miyuki Goto - Associação Médica Brasileira
- Neuton Dornelas gomes - Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
- Olympio Távora Derze Corrêa - Federação Brasileira Dos Hospitais
- Rafael Gadia - Sociedade Brasileira de Radioterapia

- Sérgio Palma - Sociedade Brasileira de Dermatologia
- Thaisa Guerreiro de Souza - Defensoria Pública do Rio de Janeiro
- Tolomeu Artur Casali - Sociedade Brasileira de Anestesiologia
- Viviana de Mello Guzzo Lemke - Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista
- Viviane Rezende - Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica
- Yussif Ali Mere Junior - Confederação Nacional De Saúde e da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	2
1. CRIAÇÃO E COMPOSIÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO	3
CRIAÇÃO DO GRUPO DE TRABALHO	3
COMPOSIÇÃO E PERÍODO DE FUNCIONAMENTO DO GRUPO DE TRABALHO	3
CONVIDADOS PARTICIPANTES DAS REUNIÕES E AUDIÊNCIAS DO GRUPO DE TRABALHO	4
2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR DA INICIATIVA PRIVADA	9
3. SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E A “TABELA SUS” ..	10
4. REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS	13
REUNIÃO INTERNA DE 02 DE ABRIL DE 2019	13
REUNIÃO INTERNA DE 09 DE ABRIL DE 2019	13
AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 23 DE ABRIL DE 2019	13
REUNIÃO INTERNA DE 07 DE MAIO DE 2019	15
AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 28 DE MAIO DE 2019.....	16
AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 11 DE JUNHO DE 2019.	17
AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 25 DE JUNHO DE 2019.	21
AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 13 DE AGOSTO DE 2019.	21
5. PROJETOS DE LEI EM TRAMITAÇÃO	23
6. AUDITORIA DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO	24
ACHADOS DA AUDITORIA DO TCU	25
Diagnóstico tardio do câncer	25
Demora em todas as etapas de investigação.....	25
Fragilidades na disponibilidade de exames para diagnóstico pelo SUS	26
Deficiência na distribuição e suficiência de médicos especialistas	27
Deficiências na regulação do SUS	27
Problemas no pagamento e credenciamento de clínicas privadas.....	27
Ausência ou inconsistência de dados dos sistemas de informação	28
PROPOSTAS DO TCU	28
7. DIAGNÓSTICOS DO GRUPO DE TRABALHO	30
Desvalorização dos valores referidos na tabela.	31
Complementação de valores insuficiente, ou incapacidade de complementação	32
Listagem de procedimentos extensa e desatualizada.....	32

Aplicação inadequada de incentivos e do teto MAC	33
Falta de transparência da oferta e da demanda por procedimentos	33
Sistema lento e ineficaz de habilitação de prestadores.....	33
Retenção de repasses por entes federativos ou estabelecimentos	34
Ineficiência e falta de transparência da atenção especializada.....	34
Lentidão em situações cuja urgência é necessária	34
Longas filas para atendimento e sobrecarga dos serviços.....	35
Ausência de participação dos prestadores nas comissões de pactuação e na contratualização	35
8. CONCLUSÃO E PROPOSTAS DO GRUPO DE TRABALHO	35
ANEXO I – PROJETO DE LEI	39
ANEXO II – INDICAÇÃO PARA O PODER EXECUTIVO	49
ANEXO III – SUGESTÕES RECEBIDAS	56
Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) – 27 de maio de 2019	56
Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) – 5 de junho de 2019	57
Sociedade Brasileira de Hepatologia – 6 de junho de 2019.....	58
Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) – 12 de junho de 2019 .	59
Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica – 8 de julho de 2019	62

2. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A PARTICIPAÇÃO COMPLEMENTAR DA INICIATIVA PRIVADA

O Sistema Único de Saúde (SUS), o maior programa universal de saúde pública do mundo, surgiu para oferecer serviços de promoção, prevenção e assistência à saúde para toda a população brasileira, sem distinções. Desde sua criação, o SUS vem sendo aperfeiçoado, buscando alcançar a integralidade de suas ações, e procurando chegar a todos os brasileiros, para permitir o aumento da longevidade e uma melhor qualidade de vida para a nossa população.

Como temos um país de dimensões continentais, a organização de um sistema como este é complexa, e demanda integração de vários setores da sociedade, como as secretarias de saúde, os profissionais, os hospitais e clínicas, além dos usuários, representados nos órgãos de participação social.

O poder público, sozinho, não tem capacidade de atender toda a população, por ter serviços em número limitado, ou não especializados em todas as áreas necessárias. Aí que entra a participação da iniciativa privada no SUS, prevista na Constituição Federal¹, e na Lei Orgânica da Saúde².

Esta participação complementar pode ser contratada pelos gestores, desde que seguidas as normas técnicas e os princípios do SUS. É importante apontar que prestadores com fins lucrativos podem participar do sistema, porém as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos possuem preferência de contratação.

A relevância dos serviços privados é altíssima para a saúde pública, já que são responsáveis por grande parte dos atendimentos especializados do SUS. Na média complexidade, a participação de prestadores

¹ CF, art. 199, § 1º: As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

² Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 24: Quando as suas disponibilidades forem insuficientes para garantir a cobertura assistencial à população de uma determinada área, o Sistema Único de Saúde (SUS) poderá recorrer aos serviços ofertados pela iniciativa privada.

da iniciativa privada chega a cerca de 45%, percentual que sobe para 75% na alta complexidade³.

As entidades filantrópicas, por exemplo, que são privadas sem fins lucrativos, disponibilizam quase 129 mil leitos para o SUS, o que representa 37,6% do total. Ademais, atendem a mais de 1300 municípios, sendo a única unidade hospitalar em 968⁴.

3. SERVIÇOS DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE E A “TABELA SUS”

Muitos avanços ocorreram no SUS, mas ainda há desafios que persistem, como a questão da desigualdade de acesso. Embora a atenção básica tenha se tornado política de Estado, e venha crescendo regularmente ao longo dos anos, o mesmo não pode ser afirmado quanto aos cuidados de média e alta complexidade.

O Sistema Único de Saúde (SUS), embora valorize de forma especial a promoção da saúde e a atenção primária, tem como um de seus princípios a integralidade de assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”⁵.

Desta forma, os serviços de média e alta complexidade adquirem grande importância no sistema, para atenderem os usuários cujos agravos não foram completamente resolvidos na atenção básica à saúde. Gestores públicos, prestadores de serviços de saúde e os usuários do SUS concordam nas críticas quanto a falta de eficiência nesta área, que tem gerado longas filas e gastos significativos, mas sem solucionar adequadamente as demandas do público.

Os gestores de saúde reclamam da falta de recursos, o que compromete especialmente as cidades menores. Os prestadores de serviços apontam os baixos valores pagos, assim como o atraso nos pagamentos, o que os tem afastado da saúde pública. Os usuários são os mais prejudicados,

³ Dados fornecidos por Maria Inez Gadelha, em Audiência Pública nesta Casa, em 13 de agosto de 2019.

⁴ <http://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/45516-hospitais-filantropicos-que-atendem-o-sus-vao-contar-com-r-1-bilhao-de-nova-linha-de-financiamento>

⁵ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 7º, II.

porque quem precisa de um serviço de média ou alta complexidade geralmente está acometido de alguma doença que demanda atenção oportuna.

O financiamento da atenção especializada é compartilhado por todos os entes federativos. A parcela de responsabilidade federal é atualmente organizada em dois componentes, o limite financeiro da média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC), e o fundo de ações estratégicas e compensação (FAEC).

O componente MAC inclui incentivos de custeio, e é transferido de forma regular e automática aos fundos de saúde dos entes federativos, limitado ao teto local (teto MAC). O componente FAEC tem a finalidade de financiar procedimentos e políticas consideradas estratégicas, bem como novos procedimentos incorporados à Tabela do SUS. Neste caso, os recursos são transferidos após apuração da produção.

Anteriormente à implantação do SUS, os pagamentos eram realizados com base em tabela de procedimentos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (INAMPS). Na transição para o novo sistema, foi optado por converter as regras existentes, sendo criadas duas tabelas, uma para procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e uma para procedimentos hospitalares (SIH/SUS). Essa dinâmica se mostrou ineficiente, já que cada tabela seguia um padrão diferente de código, e havia multiplicidade de registros, alguns até mesmo com valores diferentes⁶.

Diante dessa situação, o Ministério procedeu com a unificação dos sistemas, gerando a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, conhecida popularmente como a “Tabela SUS”. A gestão e a consulta a esta tabela são feitas por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS ([SIGTAP](#)).

Este instrumento reúne não só procedimentos ambulatoriais e hospitalares, mas também ações de promoção e prevenção, exames de diagnóstico, transplantes, medicamentos estratégicos, entre outros. Ressalte-

⁶ Ministério da Saúde. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

se que, neste novo modelo, parte dos códigos tem finalidade única de registro, sem valor financeiro associado.

Embora o Ministério da Saúde venha trabalhando na modernização deste sistema, há algumas queixas frequentes quanto ao seu funcionamento. Em primeiro lugar, os valores definidos da parcela federal na tabela para remuneração de serviços são considerados muito abaixo da média aplicada no mercado. Isso ocorre por esses valores já terem sido definidos em níveis baixos, ou pela falta de atualização adequada.

Estudos que avaliaram a evolução destes valores da parcela federal mostram uma defasagem, em relação à inflação do mesmo período, que pode chegar até a mais de 90%⁷. Essa disparidade tem afastado os profissionais de saúde do atendimento ao SUS, dificultando cada vez mais o acesso da população a serviços de média ou alta complexidade.

Adicionalmente, essa a falta de atualização da Tabela SUS tem servido para uma redução progressiva na participação do governo federal no financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Essa diminuição tem comprometido o orçamento dos entes federativos e dificultado o acesso da população aos serviços de saúde especializados.

Isso é ainda mais evidente e grave nas cidades de pequeno ou médio porte com baixa arrecadação de impostos, já que as mesmas não costumam ter condições de complementar os valores da tabela, ou se localizam longe de grandes centros. Além disso, as gestões de saúde menos preparadas tecnicamente, ou aquelas envolvidas em fraudes, comprometem ainda mais a situação da atenção especializada.

Como a tabela também é utilizada para controle da produção de serviços próprios municipais ou estaduais do SUS, a defasagem de valores também tem efeito no cálculo de utilização do teto de transferência do componente MAC.

⁷ CFM. Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares. Em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares&catid

Como consequência desta disparidade entre o que é aplicado no financiamento público e os preços praticados no mercado, os gestores encontram grande dificuldade de atender a demanda por procedimentos. Com isso, uma realidade bastante comum no SUS tem sido das longíssimas filas de espera, comprometendo a qualidade de vida ou chances de sobrevivência dos pacientes.

Estes problemas e desafios relacionados ao financiamento, organização e remuneração de procedimentos de média e alta complexidade no SUS motivaram a criação deste Grupo de Trabalho.

4. REUNIÕES E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

Seguindo o plano de trabalho do Grupo de Trabalho sobre a Tabela SUS, foram realizadas audiências e reuniões, com a participação dos setores envolvidos com a gestão, pactuação e prestação de serviços ao SUS.

REUNIÃO INTERNA DE 02 DE ABRIL DE 2019

Primeira reunião interna para discussões gerais sobre o funcionamento do Grupo de Trabalho.

REUNIÃO INTERNA DE 09 DE ABRIL DE 2019

Apresentação do cronograma de trabalho e discussão com membros do Grupo de Trabalho.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 23 DE ABRIL DE 2019

O Deputado Dr. Luizinho, coordenador do GT Tabela SUS, abriu a audiência apresentando o Grupo de Trabalho e o plano de trabalho. Levantou a necessidade de ouvir os setores envolvidos na saúde pública para se fazer um diagnóstico adequado sobre o assunto.

A Deputada Silvia Cristina, relatora do GT Tabela SUS, apontou o grande interesse dos Deputados em participar deste Grupo de trabalho, e defendeu a necessidade de diálogo entre as partes interessadas.

Leonardo Vilela, representante do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), afirmou que a tabela SUS é sucessora da tabela do Inamps, que já era considerada defasada. Deu exemplos de hospitais filantrópicos nos quais 80% dos recursos são de origem municipal ou estadual. Lembrou ainda que menos de 50% dos recursos aplicados em saúde pública, atualmente, são federais, o que está sobrecarregando os outros Entes. Apontou como bom exemplo a política nacional de transplantes, e mostrou preocupação com a judicialização e com o limite constitucional de gastos.

Charles Cézar, representante do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), sugeriu uma discussão sobre as modalidades de contrato com a iniciativa privada, sobre os contratos de Organizações Sociais e a questão das cooperativas de profissionais de saúde. Defendeu planejamento regionalizado, o estabelecimento de tabelas diferenciadas por região e o uso de critérios de rateio mais justos.

Maria Inez Gadelha, representante do Ministério da Saúde, apresentou que essa discussão deveria abranger todo o financiamento do SUS. Apontou que o que se chama de tabela SUS é, na verdade, apenas o componente federal do financiamento de procedimentos, sendo utilizada como fonte de informações. Disse ainda que mais de 33% dos recursos aplicados na média e alta complexidade vem de incentivos. Lembrou que o código 7 era um sistema de contratualização direta dos profissionais, algo que teve que mudar devido à forma de repasses fundo a fundo. Defendeu que é necessário um alinhamento de conhecimento, para esclarecer bem como funciona o financiamento, para que seja possível propor formas melhores. Apontou ainda que a média complexidade deve ser bem discutida, por ser um grande gargalo do SUS, por competir com a saúde suplementar, e por servir de comunicação da atenção básica com a alta complexidade. Sugeriu ainda uma tabela tripartite, mostrando claramente as responsabilidades de cada ente.

Adriano Ribeiro, representante da Confederação Nacional de Saúde, iniciou criticando o subfinanciamento da saúde, que tem levado a aumento da mortalidade infantil e redução da cobertura vacinal. Afirmou que muitos prestadores estão deixando de atender na rede pública, por força dos

recursos insuficientes. Defendeu o estabelecimento de políticas de Estado para a saúde do Brasil, com base na resolubilidade, e o uso de metodologias de pagamento que considerem parâmetros de qualidade. Sugeriu melhorias na repartição de competências na Comissão Tripartite, com a participação de representantes dos prestadores de serviço. Defendeu também a distribuição de recursos com base na produção dos hospitais, já que algumas cidades recebem muitos pacientes de outras localidades.

Luiz Antônio Munhoz da Cunha, representante da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, apontou que a tabela SUS é só uma referência, e que a tendência atual é de aumento de gastos na saúde privada, com as novas tecnologias, levando a uma grande diferença em relação ao serviço prestado pelo SUS. Lembrou a importância da ortopedia e o gargalo desta especialidade na saúde pública.

Donizeti Gamberardino Filho, representante do Conselho Federal de Medicina, declarou que este órgão atua em defesa da saúde pública, por meio da comissão pró-SUS. Afirmou que a percepção dos usuários do SUS é que o seu maior problema é a falta de acesso ao atendimento. Defendeu a organização de forma regionalizada, a carreira de médicos da saúde pública, e outras modalidades de financiamento.

Participaram da discussão: Deputado Pedro Westphalen, Deputado Santini, Deputada Soraya Manato, Deputada Carmen Zanotto, Deputado Miguel Lombardi, Deputado Eduardo Braide, Deputado Pastor Sargento Isidório, Deputado Dr. Luiz Ovando e Deputado Dr. Jaziel.

REUNIÃO INTERNA DE 07 DE MAIO DE 2019

Discussão sobre o financiamento via Tabela SUS, com a participação de membros do GT e de representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS).

Os representantes do CONASS apontaram que tem ocorrido uma redução progressiva da participação percentual da União no

financiamento do SUS, atualmente chegando a menos de 45%. Defenderam mudanças no sistema de financiamento e nos modelos de contratualização.

Os representantes do CONASEMS também mostraram preocupação com a situação atual da média e alta complexidade no SUS. Defenderam que seja avaliada a utilização de parâmetros diferentes para as diversas regiões do Brasil.

Todos os participantes descreveram, ainda, as realidades de cada região do país, em especial sobre a existência de enormes filas para realização de consultas especializadas e procedimentos.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 28 DE MAIO DE 2019

Arnaldo Bartalo, representante da Associação Nacional dos Hospitais Privados, argumentou que há inconsistências existentes na forma de remuneração dos hospitais, e apontou a necessidade de se pensar em qualidade, além da quantidade.

José Luiz Spigolon, representante da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, defendeu uma reestruturação do Sistema Único de Saúde, com foco na qualidade, além da revisão da tabela SUS. Apontou a relevância dos hospitais filantrópicos no SUS, e sugeriu a adoção do modelo de Santas Casas atualmente vigente no estado de São Paulo.

Olympio Távora, representante da Federação Brasileira Dos Hospitais, criticou o que chamou de progressiva desfiguração da tabela de procedimentos, desde o período antes da criação do SUS. Demonstrou a dificuldade que estaria associada a uma atualização da tabela, por estar muito defasada. Defendeu mudanças na forma de remuneração das entidades filantrópicas.

Yussif Ali Mere Junior, representante da Confederação Nacional De Saúde e da Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplante, apresentou a situação da terapia de substituição renal em todo o Brasil, de grande predomínio de serviços privados, com alto percentual de

financiamento público. Afirmou que a remuneração via tabela SUS está muito defasada, abaixo da realidade encontrada em outros países da América Latina.

Falaram em seguida: Deputado Santini, Deputada Carmen Zanotto, Deputada Liziane Bayer, Deputado Eduardo Costa.

A Deputada Silvia Cristina, relatora do GT Tabela SUS, agradeceu a participação dos convidados, e demonstrou esperança na capacidade de o grupo de trabalho conseguir mudanças favoráveis ao SUS.

O Deputado Dr. Luizinho encerrou as atividades defendendo um modelo melhor de contratualização da rede privada para participação complementar no SUS.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 11 DE JUNHO DE 2019.

O Deputado Dr. Luizinho, coordenador do GT Tabela SUS, abriu a audiência apontando a defasagem da Tabela SUS, o que tem levado a uma redução progressiva na oferta de serviços de média e alta complexidade para os usuários da saúde pública.

A Deputada Sílvia Cristina, relatora do GT, agradeceu a presença de todos e pediu aos convidados que apresentassem propostas para atualização da Tabela, descrevendo o que poderia ser melhorado, para embasar os trabalhos deste grupo de trabalho.

Dr. Luiz Carlos Sobania, representante da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia, apontou o fato de a tabela ser praticamente a mesma que era utilizada no extinto Inamps. Criticou também a não participação dos médicos na contratualização entre os hospitais e os municípios.

Dr. Mestrinho, representante da Associação Médica Brasileira, defendeu a utilização da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) como referência, por estar atualizada e corrigida.

Dra. Viviana de Mello, representante da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista, defendeu alterações na tabela, que não é atualizada há onze anos para os procedimentos de

hemodinâmica. Concordou com a ideia de uso da CBHPM como referência de procedimentos, ainda que não seja com os mesmos valores.

Dr. Breno Monteiro, representante da Confederação Nacional de Saúde, reiterou os problemas relativos à tabela SUS, afirmando que isso tem retirado do sistema as entidades com fins lucrativos, pela inviabilidade. Apontou também que as filantrópicas só têm se mantido com muito esforço, e colaboração dos governos locais e da população.

Dr. Sérgio Palma, representante da Sociedade Brasileira de Dermatologia, afirmou que sua entidade também tem um grupo de trabalho sobre esse assunto, e pretende enviar sugestões. Apontou que faltam códigos referentes à cirurgia dermatológica na tabela SUS.

Dr. Marcelo Mudo, representante da Sociedade Brasileira de Cirurgia da Coluna, demonstrou as diferenças de valores da tabela SUS e da CBHPM, e criticou a quantidade exagerada de códigos existentes, que poderiam ser reduzidos de forma significativa.

Dr. Leandro da Silva, representante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Plástica, criticou a realização de procedimentos cirúrgicos estéticos por profissionais não médicos, com pouco treinamento e em ambiente inseguro. Defendeu a CBHPM como referência, porém com adequações relacionadas às inovações científicas.

Dr. Antônio de Moraes Júnior, representante da Sociedade Brasileira de Urologia, propôs a CBHPM para ser utilizada como referência, apesar da necessidade de ajustes, especialmente nos menores procedimentos. Apontou a questão da modernização da urologia, com a introdução da cirurgia robótica, que já é aplicada em 80% das cirurgias de próstata nos Estados Unidos.

Dr. Denis Kobayashi, representante da Sociedade Brasileira de Patologia, demonstrou a dificuldade em se conseguir profissionais para atuar no SUS, devido à baixíssima remuneração. Apontou que esse problema tem levado à demora na definição de diagnósticos e na judicialização.

Dr. Emilio Cesar Zilli, representante da Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, também defendeu a CBHPM, por ter hierarquização horizontal e vertical, e por ser dinâmica, sendo atualizada periodicamente, com incorporações e desincorporações.

Dr. Melchior Luiz Lima, representante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Cardiovascular, afirmou que o modelo de pagamento do SUS está falido e desatualizado. Afirmou que há uma grande defasagem de cirurgias cardiovasculares que operam crianças, e que a remuneração é um dos fatores para esta situação. Também apoiou o uso da CBHPM na reformulação da tabela SUS.

Dra. Francisca Goreth Fantini, representante da Academia Brasileira de Neurologia, informou que sua entidade tem colaborado na atualização da CBHPM, com retirada e inclusão de procedimentos. Afirmou que esta classificação é uma boa referência que poderia ser utilizada na modernização do SUS. Defendeu o pagamento direto aos médicos, porque muitas vezes o estabelecimento de saúde não repassa os valores.

Dr. João Neves de Medeiros, representante do Conselho Brasileiro de Oftalmologia, afirmou inicialmente que a construção da CBHPM considera a complexidade e duração do procedimento, além do tempo de treinamento necessário para a realização do mesmo. Apontou que esta classificação precisaria ser adaptada para a realidade do SUS. Citou a melhoria na cobertura de consultas em São Paulo pela contratualização de organizações sociais. Criticou a desigualdade de acesso à oftalmologia na rede pública.

Dr. Marcelo Moraes, representante da Sociedade Brasileira de Angiologia e Cirurgia Vascular, defendeu a discussão sobre os modelos de remuneração, porém elogiou a CBHPM. Também alertou quanto à participação de não-médicos em procedimentos cirúrgicos estéticos.

Dra. Liliana Mendes, representante da Sociedade Brasileira de Hepatologia, criticou a falta de referência de honorários médicos em alguns procedimentos da tabela SUS, e ressaltou a questão da ausência de exames e terapias mais recentes.

Dr. Rafael Gadia, representante da Sociedade Brasileira de Radioterapia, afirmou que sua especialidade, apesar do número limitado de profissionais, tem grande relevância na saúde devido ao tratamento do câncer. Alertou que há deficiência significativa de aparelhos de radioterapia no Brasil, além do fato de muitos estarem defasados. Elogiou a recente modificação da forma de remuneração da radioterapia, com simplificação, usando pacotes de tratamento. Porém, se manteve o pagamento de valores deficitários.

Dr. Tolomeu Artur Casali, representante da Sociedade Brasileira de Anestesiologia, defendeu a unidade dos profissionais médicos na colaboração para uma revisão da tabela SUS e concordou com a utilização da CBHPM para apoio numa reformulação.

Dra. Viviane Rezende, representante da Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica, afirmou que a tabela SUS está defasada em valor e no rol de procedimentos, o que tem deslocado para os entes federativos a responsabilidade em arcar com a totalidade do custo.

Dr. Jorge Darze, presidente da Federação Nacional dos Médicos, apontou que a tabela SUS não está dissociada da discussão sobre o acesso ao SUS, e sobre o dever do Estado em prover a saúde para a população. Afirmou que está pacificada a importância de se utilizar a CBHPM como referência, porém há limitadores muito relevantes, como a emenda constitucional nº 95, do teto de gastos.

Dr. Neuton Dornelas, representante da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, elogiou o parlamento pelo apoio na luta contra doenças crônicas não-transmissíveis e criticou a prescrição de tratamentos hormonais por profissionais não-médicos. Afirmou que a tabela SUS prevê um pagamento de cerca de 10 reais para a consulta clínica, o que é inviável.

Dr. Luiz Carlos Von Bahten, representante Colégio Brasileiro de Cirurgiões, elogiou a proposta de utilização da CBHPM como referencial, porém apontou a necessidade da criação da carreira estatal de médicos. Defendeu uma discussão sobre modelos diferentes de remuneração.

Participaram da discussão a Deputada Soraya Manato, Deputado Santini, Deputada Carmen Zanotto, Deputado Pedro Westphalen,

Deputado Hiran Gonçalves, Deputado Zacharias Calil, Deputada Tereza Nelma, Deputado Miguel Lombardi, Deputada Flávia Moraes, Deputado Eduardo Braide, Deputado Dr. Frederico.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 25 DE JUNHO DE 2019.

O Deputado Dr. Luizinho, coordenador do GT Tabela SUS, abriu a audiência convidando as participantes para comporem a mesa, e colocou como objetivo entender quais as principais demandas judiciais relacionadas à não realização de procedimentos relacionados à Tabela SUS.

Bárbara da Silva Pires, representante da Defensoria Pública da União, defendeu a atualização da Tabela SUS e revisão do teto constitucional de gastos. Criticou a tabela de tratamento fora do domicílio, por ter valores insuficientes para pessoas de baixa renda que precisam se deslocar para outro município ou estado.

Thaís Guerreiro de Souza, representante da Defensoria Pública do Rio de Janeiro, afirmou que o governo federal vem reduzindo sua participação proporcional no investimento em saúde pública, apesar da arrecadação da União ser muito superior à dos estados e municípios. Apontou que a emenda constitucional 95, de 2016, levará à perda estimada de 400 bilhões para o SUS. Citou estudos que mostraram uma grande espera para ter acesso a medicamentos já disponíveis em outros países, filas imensas para cirurgias eletivas, e grande defasagem de leitos de UTI.

Participaram da discussão: Deputado Dr. Frederico, Deputada Flávia Moraes, Deputado Santini, Deputado Miguel Lombardi, Deputada Soraya Manato.

Foram convidados e não compareceram: Tribunal de Contas da União, Ministério Público Federal, Ministério Público dos Estados e da União.

AUDIÊNCIA PÚBLICA DE 13 DE AGOSTO DE 2019.

O Deputado Dr. Luizinho, coordenador do GT Tabela SUS, abriu a audiência expondo quais entidades já foram ouvidas, e apresentando

essa audiência, para ouvir profissionais com experiência na tabela SUS. Convidou em seguida os participantes para comporem a mesa.

Dr. Henrique Prata, diretor do Hospital do Amor de Barretos, criticou o que chamou de congelamento da tabela SUS, e apontou que várias pessoas migram para a saúde privada devido a este motivo. Afirmou que o investimento é adequado na atenção primária, porém é inviável conduzir a média e alta complexidade com os recursos que são disponibilizados. Disse ainda que os procedimentos mais rentáveis do SUS estão geralmente com serviços privados.

Dra. Miyuki Goto, representante da Associação Médica Brasileira, apresentou a definição e o histórico da Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), explicando que a mesma ordena os métodos e procedimentos de terapia e diagnóstico, estabelecendo portes de acordo com a complexidade, tecnologia e técnicas envolvidas em cada ato. Afirmou que a CBHPM considera vários fatores para classificar o ato médico, incluindo a necessidade de formação do profissional, os riscos, tempo médio de duração, cuidados subsequentes, entre outros.

Dr. Cláudio José Allgayer, representante da Federação dos Hospitais do Rio Grande do Sul, iniciou sua fala dizendo que o atual sistema de remuneração do SUS teve sua origem há 40 anos, com a criação da AIH e simplificação da tabela de procedimentos, que era muito extensa. Afirmou que o modelo criado teve poucas alterações e está ineficiente, sendo necessária uma revolução. Defendeu um sistema que esteja alinhado com o conceito de valor em saúde.

Dra. Maria Inês Gadelha, representante do Ministério da Saúde, apresentou o sistema Sigtap, que reuniu os procedimentos ambulatoriais e hospitalares, facilitando o uso da tabela e reduzindo o número de códigos. Afirmou que o sistema é atualizado periodicamente, com inclusão e exclusão de procedimentos. Alertou que a tabela cita apenas os valores relativos à responsabilidade federal do financiamento, sem incluir as parcelas de estados e municípios. Também citou que 35% do orçamento de média e alta complexidade estão fora da tabela, em programas de incentivos, cuja produção

não é considerada. Lembrou também que na média complexidade, a participação de serviços não públicos é de 45%, e que na alta complexidade, esse percentual chega a 75%.

Dr. Emílio César Zilli, representante da Associação Médica Brasileira, lembrou que a CBHPM é uma tabela de valor, e não de preço. Afirmou ainda que a Associação Médica Brasileira tem modernizado e “enxugado” a CBHPM periodicamente. Defendeu ainda a racionalização e modernização da tabela SUS.

Participaram da discussão: Deputado Eduardo Braide, Deputada Silvia Cristina, Deputado Pedro Westphalen, Deputada Tereza Nelma, Deputado Hiran Gonçalves, Deputado Santini, Deputada Flávia Moraes.

5. PROJETOS DE LEI EM TRAMITAÇÃO

Apesar dos desafios relacionados à gestão da média e da alta complexidade no SUS, há poucos projetos de lei em tramitação na Câmara e no Senado que tratem especificamente da organização ou atualização da “tabela SUS”:

- [Projeto de Lei nº 6.342, de 2013](#). Altera o § 1º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, para prever que a fixação dos critérios, valores, formas de reajuste e de pagamento da remuneração dos serviços do SUS será feito com base nos preços de mercado. Situação: aguardando designação de relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).
- [Projeto de Lei nº 9.856, de 2018](#). Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, inserindo obrigação de atualização anualmente da tabela de participação complementar do SUS. Situação: Apensado ao PL 6342/2013.

- [Projeto de Lei nº 586, de 2019](#). Altera a Lei nº 7.713, de 22 dezembro de 1988, para isentar do imposto de renda das pessoas físicas os rendimentos correspondentes a honorários por serviços prestados ao Sistema Único de Saúde por profissionais de saúde. Situação: tramitando no Senado Federal.
- [Projeto de Lei nº 4.502, de 2019](#). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre o credenciamento e habilitação de médicos para o atendimento pelo sistema único de saúde. Situação: aguardando designação de relator na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF).
- [Projeto de Lei do Senado nº 468, de 2018](#). Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), para estabelecer revisão anual dos valores para a remuneração de serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Situação: tramitando no Senado Federal.

Entende-se, portanto, que esta Casa pode se esforçar em propor modificações e uma verdadeira reestruturação da remuneração do SUS pelos serviços de média ou alta complexidade.

6. AUDITORIA DO TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO

Em 21 de agosto de 2019, o Tribunal de Contas da União (TCU) aprovou o acórdão nº 1944, de 2019, referente a auditoria operacional⁸ destinada a avaliar a implementação da Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer, quanto ao acesso a serviços de diagnóstico.

Esta auditoria envolveu a participação de quatorze secretarias de controle externo do TCU, localizadas em quatorze estados, de todas as

⁸ Tribunal de Contas da União. TC 023.655/2018-6. Em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/diagnostico-de-cancer-no-brasil-e-realizado-de-forma-tardia.htm>

regiões do Brasil. A conclusão principal da avaliação foi que o diagnóstico de câncer no Brasil é feito de maneira tardia, com a doença já em estágio avançado, o que diminui as chances de cura, demonstrando que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer apresenta relevantes deficiências na sua implementação. Adicionalmente, este Tribunal concluiu que não houve avanços significativos na comparação com fiscalização semelhante ocorrida em 2010, apesar das recomendações de melhoria propostas na ocasião.

Considerando que a temática desta auditoria se conecta diretamente com o objeto deste Grupo de Trabalho, e que questões de financiamento foram abordadas, descreveremos a seguir os principais achados do procedimento investigatório e as propostas apresentadas pelo TCU.

ACHADOS DA AUDITORIA DO TCU

Diagnóstico tardio do câncer

O estadiamento do câncer é uma avaliação do grau de infiltração das células neoplásicas no organismo que tem uma relação direta com o prognóstico da doença. O câncer cujo início do tratamento ocorre em estadiamento avançado tem uma chance significativamente inferior de ser curado, o que se reflete nas taxas de sobrevida.

Em países desenvolvidos, um percentual relativamente pequeno dos casos tem diagnóstico em estágio avançado. No caso do câncer de mama, por exemplo, isso ocorre em 8 a 22% dos casos nesses países. No SUS, entretanto, isso ocorre em mais de 40% dos casos de câncer de mama ou próstata, e em 80% ou mais dos casos de câncer de intestinos, pulmões e tireóide.

Demora em todas as etapas de investigação

Assim que ocorre a suspeita de câncer, o primeiro passo tende a ser a marcação de consulta com médico especialista, seja da oncologia, ou de especialidade relacionada aos órgãos associados aos sintomas. A auditoria

encontrou uma média nacional de cerca de 30 dias de espera para a consulta. Em alguns estados, essa demora foi superior a 100 dias.

Estabelecida a suspeita, o próximo passo é a realização de exames. Neste caso, a espera média é de 50 dias, chegando a mais de 100 dias no caso dos estudos de imagem e dos de visualização do aparelho digestivo.

Essa lentidão pode ser demonstrada com o achado de que metade dos pacientes entrevistados na investigação afirmaram que custearam algum exame por conta própria ou por plano de saúde. Ou seja, usuários do SUS estão pagando exames, para buscar resultados mais oportunos, já que o sistema não os consegue atender de forma satisfatória.

Continuando, constatou-se ainda que a liberação de um resultado de biopsia, exame essencial na investigação do câncer, demorou, em média, 24 dias. Nos casos dos citopatológicos de colo uterino, e de mama, o tempo foi de 40 dias.

Finalmente, para conseguir o retorno com o médico que pediu os exames, são mais 36 dias, em média, ou 56 dias no caso do câncer de próstata, o mais comum na população masculina.

Somando-se estes achados, é possível inferir que o usuário do SUS demora, em média, seis meses desde a suspeita inicial até a confirmação do câncer, quando será indicado o início do tratamento. A auditoria realizada não investigou as etapas a partir deste ponto, mas é possível estimar que mais atrasos prejudicarão aqueles pacientes que residem longe dos grandes centros.

Fragilidades na disponibilidade de exames para diagnóstico pelo SUS

A quantidade de exames envolvidos no diagnóstico do câncer realizados no SUS está bem abaixo do esperado e estabelecido pela Portaria nº 1.631, de 2015. Em geral, aqueles com valores financeiros menores na tabela SUS tiveram os menores índices de execução.

Adicionalmente, a distribuição da oferta é bastante desigual, comprometendo o princípio da equidade. A situação nos estados das regiões Norte e Nordeste é a pior, com quantidade de equipamentos per capita que chega a menos da metade das outras regiões.

Essas situações estão presentes mesmo nas Unidades de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) e nos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), que têm recebido os usuários do SUS tardiamente, e não já após a suspeita, o que seria indicado.

Deficiência na distribuição e suficiência de médicos especialistas

Foi detectada a carência de diversas especialidades médicas relacionadas ao manejo do câncer, como coloproctologistas, pneumologistas, cirurgiões de cabeça e pescoço, oncologistas e ginecologistas. Na área de diagnóstico, a falta de profissionais chega a ser pior, especialmente na patologia clínica, radiologia e anatomia patológica, além da anestesia, que é necessária para vários exames.

Deficiências na regulação do SUS

Constatou-se, também, que a regulação do acesso à assistência vem sendo desenvolvida com grandes dificuldades. O sistema nacional de regulação (Sisreg) é gerenciado por meio de *software* desenvolvido pelo Ministério da Saúde, mas que enfrenta sérios problemas, que impedem a utilização adequada. O programa tem limitações na integração com outros sistemas, longos períodos de instabilidade, e restrições para a emissão de relatórios.

A situação é tão crítica, que mais de um terço dos estados avaliados não realizam nenhum gerenciamento do tempo de filas de espera para consultas e exames.

Problemas no pagamento e credenciamento de clínicas privadas

Assim como relatado por palestrantes que participaram deste GT, a auditoria do TCU detectou queixas frequentes entre os prestadores de

serviços de saúde quanto à relação com o SUS. Dentre os entrevistados que não atendem na saúde pública, os principais motivos para não o fazerem foram: valor pago insuficiente para cobrir custos, irregularidades nos pagamentos pelos serviços prestados, e a indisponibilidade de credenciamento.

Considerando os exames mais utilizados no diagnóstico do câncer, não houve atualização de valores da tabela SUS há mais de dez anos. As diferenças atuais entre o valor de transferência federal e o valor utilizado no mercado de saúde suplementar variam de duas a cinco vezes, sendo menores no SUS.

A complementação de valores por estados e municípios também não tem sido comum, com uma média de 50% dos entes realizando este incremento. Além disso, nos casos em que há complemento, há deficiência na transparência desses detalhes.

Ausência ou inconsistência de dados dos sistemas de informação

Com a exceção dos cânceres de mama e colo uterino, que utilizam o sistema de informação do câncer (Siscan), não há sistemas de informação que viabilizem o cálculo do tempo de realização de exames para diagnósticos do câncer. Mesmo no caso do Siscan, a auditoria detectou diversas irregularidades de registros.

Essa deficiência de dados confiáveis e completos dificulta muito a atuação dos gestores para a correção de eventuais falhas e acompanhamento das respostas a medidas tomadas.

PROPOSTAS DO TCU

Considerando os achados da auditoria, descritos na seção anterior, acordaram os Ministros do TCU as seguintes determinações para o Ministério da Saúde:

- Elaborar plano de ação com vistas a mitigar a intempestividade para a realização do diagnóstico do câncer;

- Desenvolver programa para estruturação da rede de atenção à saúde em relação aos principais exames para diagnóstico de câncer;
- Analisar a viabilidade de criação de centros regionais de diagnóstico;
- Analisar a viabilidade de envio do material a ser analisado para laboratórios, públicos ou privados, localizados em outros centros e que podem prestar tais serviços;
- Analisar a viabilidade de criar diretrizes para implementação de linhas de cuidado para cada tipo de câncer mais prevalente, com base em protocolos clínicos e protocolos de regulação do acesso;
- Avaliar o desalinhamento entre os valores pagos pelo SUS e os custos efetivos da realização dos exames necessários para o diagnóstico do câncer, por meio da correção do valor da tabela de procedimentos do SUS e/ou complementação do valor por parte dos estados e municípios;
- Analisar a viabilidade de implementação de novo modelo remuneratório de incentivos/pagamentos de exames aos estabelecimentos de saúde, por pacote de procedimentos relacionados por linha de cuidado e não por procedimento isolado;
- Analisar a viabilidade da implementação de programa de navegação do paciente, com o objetivo de acompanhar uma população de pacientes com câncer, para verificar os gargalos, identificar os pacientes que se perdem na rede e agilizar o tempo de diagnóstico e tratamento do câncer;
- Aperfeiçoar a qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento do tempo de espera nas diversas etapas do trajeto para o diagnóstico

de cada um dos cânceres mais prevalentes, por grau de estadiamento;

- Aperfeiçoar a qualidade de dados dos sistemas do SUS, para que se viabilize o acompanhamento dos valores orçamentários e financeiros, total e médio (por paciente), pertinentes ao diagnóstico e tratamento de cada um dos cânceres mais prevalentes;
- Levantar, em articulação com o Ministério da Educação, das especialidades médicas nas quais haja maior carência de profissionais no intuito de desenvolver estratégias de enfrentamento do problema; e
- Elaborar indicadores de desempenho e métricas para mensurar os gargalos e monitorar a qualidade do serviço prestado aos pacientes.

7. DIAGNÓSTICOS DO GRUPO DE TRABALHO

A atenção básica deve ser a prioridade de todos os sistemas de saúde pública, porém não se pode negligenciar os serviços especializados, porque uma parte dos casos vai precisar dos mesmos, algumas vezes com urgência.

Entretanto, este setor do SUS tem enfrentado uma crise de grandes proporções. O que tem se visto é uma piora progressiva no acesso a estes procedimentos, com aumento da desigualdade. A regra dos sessenta dias para início do tratamento do câncer, instituída pela Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012, evidenciou essa situação, ao ser constatado que seu cumprimento não tem sido possível na metade dos casos⁹.

Ademais, as filas para consultas e procedimentos têm atingido níveis alarmantes e inaceitáveis. Em um estudo realizado em 2017, quase um milhão de pessoas aguardavam por cirurgia eletiva no SUS, com alguns casos

⁹ O Tempo. Saúde admite que lei dos 60 dias para tratar câncer é descumprida. Em: <https://www.otempo.com.br/brasil/saude-admite-que-lei-dos-60-dias-para-tratar-cancer-e-descumprida-1.1353291>

de espera por mais de dez anos¹⁰. Com esse atraso, até mesmo doenças relativamente simples, como hérnia inguinal ou cálculos de vesícula, podem desenvolver complicações, trazendo riscos aos pacientes e custos ainda maiores para o sistema.

Como consequência dessa desassistência, tem aumentado a judicialização da saúde, já que parte dos usuários acaba procurando a justiça para atendimento de suas demandas. Essa realidade distorce o sistema, priorizando o acesso às pessoas que têm acesso facilitado ao Judiciário. Uma pesquisa recente demonstrou que boa parte dos usuários beneficiados pelas decisões judiciais em saúde possuem condições socioeconômicas acima da média, o que agrava a situação, pois dessa forma há o deslocamento de recursos que geralmente atenderiam os mais necessitados, para o atendimento de poucos¹¹.

Vários fatores podem ser apontados como motivos para essa crise. Listamos a seguir os principais problemas apontados pelos especialistas ouvidos no âmbito deste Grupo de Trabalho.

Desvalorização dos valores referidos na tabela.

Segundo o Conselho Federal de Medicina, a tabela do SUS teve uma defasagem de valores de 80%, em média, entre 2008 e 2014¹². O subfinanciamento crônico do SUS tem dificultado a realização de reajustes em diversos serviços, incluindo os de média e alta complexidade. Essa situação foi agravada pela Emenda Constitucional nº 95, que estabeleceu o Novo Regime Fiscal, limitando o aumento de despesas públicas.

A desvalorização da tabela de referência gera efeitos na ponta, com o baixo interesse da iniciativa privada em participar do SUS. Alguns entes

¹⁰ Estadão. País tem 904 mil na fila por cirurgia eletiva no SUS; espera chega a 12 anos. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,pais-tem-904-mil-na-fila-por-cirurgia-eletiva-no-sus-espera-chega-a-12-anos,70002106713>

¹¹ Fernanda Vargas Terrazas. O Poder Judiciário como voz institucional dos pobres: o caso das demandas judiciais de medicamentos. Revista de Direito Administrativo. v. 253, 2010.

¹² Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares. http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares&catid

federativos fazem complementação financeira de valores, o que pode aliviar o problema, porém comprometer o orçamento local.

Adicionalmente, essa a falta de atualização da Tabela SUS tem servido para uma redução progressiva na participação do governo federal no financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Essa diminuição tem comprometido o orçamento dos entes federativos, e tem dificultado o acesso da população aos serviços de saúde especializados.

Complementação de valores insuficiente, ou incapacidade de complementação

O SIGTAP estabelece valores relativos à competência federal de financiamento. Ou seja, aquele montante associado a um procedimento se refere a quanto a União repassará para o ente federativo responsável pela gestão do mesmo, o que não significa que o prestador de serviço de saúde deverá receber apenas aquele valor.

Em alguns estados e municípios ocorre a complementação da tabela, para que o serviço fique mais atrativo para a iniciativa privada. Entretanto, em muitos casos, os gestores desconhecem esta possibilidade. Em outros, órgãos de controle têm questionado esse complemento, apesar do mesmo ser permitido pelas portarias do Ministério da Saúde, talvez por falta de especificação clara dos papéis de cada gestor.

Entretanto, em alguns casos o próprio ente federativo não tem capacidade para fazer a complementação, por ter baixa ou nenhuma arrecadação. Nessas cidades, as transferências federais são a principal fonte de recursos para a saúde pública, não sendo possível aplicar mais nos procedimentos de média e alta complexidade.

Listagem de procedimentos extensa e desatualizada

A chamada “tabela SUS”, hoje inserida no SIGTAP, encontra-se mal organizada em muitos aspectos. Há um excesso de itens, o que dificulta sua utilização e estimula a acumulação de códigos por parte dos prestadores. Ademais, falta uma hierarquização de serviços, sendo possível, por vezes,

partir direto para uma ação de alta complexidade, sem realização das etapas protocolares esperadas. Outra questão é a dificuldade em se inserir novos procedimentos, ainda que já estejam sendo aplicados em muitas localidades.

Aplicação inadequada de incentivos e do teto MAC

A proposta de pagamentos via incentivos federais tem méritos, por ser uma alternativa ao modelo de pagamento por cada serviço (*pay per service*). Entretanto, o que tem se observado é um retorno não compatível com os investimentos feitos, e a falta de controle da produção. Da forma como está estruturado hoje, o incentivo permite a transferência de recursos em um montante elevado, porém mantendo-se a dificuldade no acesso, e sem haver verificação da efetividade ou da qualidade.

Da mesma forma, as transferências por meio da modalidade “teto MAC” são feitas sem o controle adequado da produção, o que pode levar a desigualdades. Ou seja, alguns entes federativos podem ter uma demanda superior ao teto, precisando adicionar grande montante de recursos próprios, enquanto outros podem nem estar produzindo o que foi contratado anteriormente.

Falta de transparência da oferta e da demanda por procedimentos

A falta de transparência quanto às filas de espera é um problema muito relevante. Sem essa informação, o sistema fica sujeito a manipulações, além de impedir cobranças por parte dos órgãos de controle e da sociedade. Sem esses dados, os pacientes vivem por anos a ansiedade aguardando por suas vagas, enquanto que a sociedade não toma nem conhecimento da situação.

Sistema lento e ineficaz de habilitação de prestadores

Ainda que a tabela esteja defasada, diversos profissionais e hospitais têm interesse em participar do SUS. Para se oficializar a parceria, são feitos contratos ou convênios, depois da habilitação do serviço. Entretanto, neste ponto ocorre um gargalo burocrático, que prejudica milhares de pessoas.

A habilitação realizada pelo Ministério da Saúde não segue prazos transparentes, o que permite o atraso crônico nesses processos, ainda que todas as condições técnicas tenham sido cumpridas.

Retenção de repasses por entes federativos ou estabelecimentos

Mesmo após as dificuldades relativas à habilitação e ao baixo valor a ser recebido, alguns prestadores ainda enfrentam o atraso nos repasses de seus pagamentos. Nos termos da Portaria de Consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017, o pagamento deve ser feito em até cinco dias após o recebimento do repasse federal, norma que não vem sendo cumprida em muitos casos. Na prática, seu descumprimento se equipara a uma retenção de salário, com o agravante de que o ente federativo já recebeu os recursos federais em dia.

Ineficiência e falta de transparência da atenção especializada

O desperdício de recursos devido à ineficiência também contribui para comprometer a oferta de serviços da atenção especializada. É comum a repetição desnecessária de exames complementares, e muitos destes nem têm seu resultado retirado pelo paciente.

A informatização do SUS é um avanço, porém ainda não chegou adequadamente para a maioria da população brasileira. A partir disso, a integração com a saúde privada seria muito bem-vinda, já que muitos usuários do SUS utilizam serviços particulares eventualmente.

Ademais, faltam dados confiáveis sobre a real situação da média e alta complexidade, o que dificulta a avaliação e detecção dos problemas, além do planejamento.

Lentidão em situações cuja urgência é necessária

Em certas situações, a demora para a realização de exames ou procedimentos pode ser a diferença entre a cura total e a morte do paciente. As deficiências da atenção especializada levam a sucessivos atrasos, que poderiam ser evitados com melhorias na gestão e na distribuição de recursos.

Isso ficou bastante claro a partir das conclusões da auditoria realizada pelo TCU com foco no diagnóstico do câncer, cujos achados foram citados em seção anterior. A demora média de seis meses para o diagnóstico dessa doença é inadmissível.

Longas filas para atendimento e sobrecarga dos serviços

Como citado anteriormente, em 2017, quase um milhão de pessoas aguardavam por cirurgia eletiva no SUS, com alguns casos de espera por mais de dez anos¹³. Essa situação não é compatível com o atendimento dos princípios fundamentais, e compromete as chances de recuperação dos pacientes.

A escassez de recursos é sempre o principal argumento para que o Ministério da Saúde não faça uma efetiva atualização e modernização da Tabela SUS. Entretanto, apesar das longas filas cirúrgicas e da superlotação de hospitais estarem frequentemente na mídia, o Ministério não se movimenta para a revisão do conjunto de incentivos e dos recursos alocados nas redes temáticas, que infelizmente não conseguiram efetivamente reduzir o nível de desassistência da nossa população.

Ausência de participação dos prestadores nas comissões de pactuação e na contratualização

Outro problema apontado por palestrantes deste GT é a falta de participação dos prestadores de serviços de saúde nas comissões de pactuação e na contratualização de entidades. Então, aqueles que irão prestar os serviços, geralmente não têm fala nas reuniões de definição das políticas de saúde.

8. CONCLUSÃO E PROPOSTAS DO GRUPO DE TRABALHO

Com base nos problemas apontados, o GT Tabela SUS desenvolveu a Indicação e o Projeto de Lei anexos, com o intuito de motivar

¹³ Estadão. País tem 904 mil na fila por cirurgia eletiva no SUS; espera chega a 12 anos. <https://saude.estadao.com.br/noticias/geral,pais-tem-904-mil-na-fila-por-cirurgia-eletiva-no-sus-espera-chega-a-12-anos,70002106713>

uma reforma profunda no sistema de remuneração de prestadores e de serviços de saúde que atuam na participação complementar.

O Projeto pretende alterar a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer parâmetros de transparência, habilitação de prestadores e remuneração por serviços realizados no sistema único de saúde; alterar a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, e o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, para tornar crime de responsabilidade a falta de repasse de recursos recebidos para o pagamento de serviços de saúde; além de dar outras providências.

Dentre as medidas propostas, listamos:

- Criação de prazo para a análise de pedidos de habilitação de serviços de saúde no SUS;
- Padronização de procedimentos e serviços da tabela SUS com classificações adotadas na iniciativa privada (como a CBHPM) e na saúde suplementar;
- Revisão periódica da tabela, com a participação de entidades representativas de prestadores e profissionais da saúde;
- Atualização anual dos valores da tabela, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA);
- Critérios para o estabelecimento de valores de remuneração da tabela;
- Possibilidade de utilização de modelos de remuneração baseados em valor, desempenho, qualidade, necessidade de aumento da oferta;
- Retirada de procedimentos estratégicos do teto de transferências, retornando-os para o FAEC;
- Estabelecimento em lei da possibilidade de Municípios, Estados e Distrito Federal de complementarem os valores da tabela SUS;

- Possibilidade da criação de parcelas adicionais com diferenciação regional, considerando a oferta de serviços e a capacidade dos entes federativos de complementarem os valores da tabela SUS;
- Exigência de transparência e controle de qualidade e produção em serviços remunerados por incentivos globais ou pelo teto MAC;
- Exigência de transparência nas filas de consultas e procedimentos;
- Prazo legal para pagamento dos prestadores de serviços de saúde, contado a partir do recebimento das transferências, e definição do crime de responsabilidade relativo ao não repasse de parcelas de honorários no prazo definido.

A Indicação anexa aborda os mesmos temas, sugerindo ao Ministro da Saúde que proceda com a modernização do sistema, incluindo a utilização da CBHPM como base para uma nova tabela hierárquica. Ademais, propomos a este Ministério que efetue reajuste imediato nos valores previstos para os procedimentos de diagnóstico do câncer, com base nos achados do TCU.

Trata-se de um tema de altíssima relevância para a população brasileira e para o futuro do nosso Sistema Único de Saúde, que tem enfrentado muitos desafios na gestão dos serviços de média e alta complexidade. Entendemos que as inovações propostas neste Grupo de Trabalho podem modernizar o financiamento da atenção especializada, aumentando o acesso e beneficiando milhões de usuários.

Considerando a complexidade deste assunto, propomos, ainda, a manutenção do funcionamento deste Grupo de Trabalho em 2020, afim de se realizar o acompanhamento das ações do Ministério da Saúde, tanto no

atendimento às recomendações do TCU, quanto na aplicação das sugestões e propostas apresentadas por este GT Tabela SUS.

Deputado Dr. Luiz Antonio Teixeira Jr.
Coordenador

Deputada Silvia Cristina
Relatora

2019-4774

ANEXO I – PROJETO DE LEI

PROJETO DE LEI Nº , DE 2019 (COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer parâmetros de transparência, de habilitação de prestadores e de remuneração por serviços realizados no Sistema Único de Saúde; altera a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, e o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, para tornar crime de responsabilidade a falta de repasse de recursos recebidos para o pagamento de serviços de saúde; e dá outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º Esta Lei altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para estabelecer parâmetros de transparência, de habilitação de prestadores e de remuneração por serviços realizados no Sistema Único de Saúde; altera a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, e o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, para tornar crime de responsabilidade a falta de repasse de recursos recebidos para o pagamento de serviços de saúde; e dá outras providências.

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar com as seguintes alterações:

“Art.
7º.....

.....

Parágrafo único. O princípio de divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário será efetivado pela transparência das filas de espera por consultas, exames e procedimentos, dentre outras medidas.” (NR)

“Art. 14-A.....

§1º

§2º Poderão participar das reuniões das comissões intergestores representantes dos prestadores de serviços da saúde.” (NR)

“Art. 24.....

§1º.....

§2º A habilitação de serviços ou profissionais para a participação complementar no SUS obedecerá critérios técnicos.

§3º Em regiões com deficiência na oferta de consultas, exames ou procedimentos necessários, considerar-se-á habilitado o serviço ou profissional requerente, após decurso do prazo de análise, salvo no caso de não cumprimento dos requisitos, após decisão fundamentada do gestor responsável pela habilitação.

§4º Quando houver carência de serviços de média complexidade, a habilitação poderá ser realizada pelo gestor estadual ou distrital do SUS.” (NR)

Art. 3º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida dos seguintes arts. 26-A, 26-B e 26-C:

“Art. 26-A Os critérios e valores para a remuneração de serviços de média e alta complexidade terão como referência a Tabela de Procedimentos do SUS.

§1º A Tabela de Procedimentos do SUS listará os procedimentos, tratamentos, órteses, próteses e materiais especiais cuja remuneração ocorra por serviço realizado.

§2º Para cada registro da tabela referida no **caput**, serão listados valores mínimos e máximos de remuneração, assim como os critérios para solicitação e autorização dos procedimentos.

§3º A nomenclatura utilizada deverá seguir padronização nacional, que permita integração com as relações utilizadas na saúde suplementar e na saúde privada.

§4º A tabela referida no **caput** será revisada e modernizada periodicamente, com a participação de entidades representativas de prestadores e profissionais da saúde.

§5º O estabelecimento de valores de remuneração dos serviços previstos na tabela referida no **caput** deverá

considerar as seguintes variáveis do serviço ou procedimento, entre outras:

I - porte;

II - tempo médio de duração;

III - necessidade de cuidados especiais antes, durante ou depois do ato;

IV - risco de complicações;

V - necessidade de formação do profissional que o realiza.

§6º Parcelas adicionais de financiamento a título de bônus poderão ser estabelecidas, na forma do regulamento:

I - com base em situações de baixa oferta de serviços considerados estratégicos ou prioritários;

II - com base na análise de desempenho e qualidade dos serviços ofertados;

III - com base em modelos de remuneração baseados em valor.

§7º Deverão ser desconsiderados, para fins de cálculo de teto de transferências, procedimentos considerados estratégicos ou prioritários, na forma do regulamento.

§8º É permitido o financiamento de serviços de média e alta complexidade por modalidades alternativas à tabela, quando tecnicamente indicado, exigindo-se transparência, controle da produção e da qualidade, e revisões periódicas do cumprimento das obrigações estabelecidas.

§9º Os valores de financiamento federal da tabela referida no **caput** serão atualizados anualmente, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

§10º A tabela referida no **caput** descreverá, quando aplicável, a hierarquização prevista para a autorização do procedimento, considerando quais profissionais ou serviços podem fazer a solicitação, e se há necessidade de ter sido realizado procedimento anterior de menor complexidade.”

“Art. 26-B Municípios, Estados, e o Distrito Federal poderão estabelecer parcelas próprias para complementar o valor de responsabilidade federal previsto na Tabela de Procedimentos do SUS.

§1º Serão listados na Tabela de Procedimentos do SUS os valores referentes às parcelas de financiamento de responsabilidade federal, estadual, distrital ou municipal, quando existirem.

§2º Os Municípios, Estados e o Distrito Federal, quando complementarem o valor de financiamento federal previsto na

Tabela de Procedimentos do SUS, deverão empregar recursos próprios, sendo vedada a utilização de recursos federais na complementação.

§3º A complementação de valores para remuneração de serviços de saúde não poderá acarretar, sob nenhuma circunstância, em discriminação no acesso ou no atendimento dos usuários referenciados por outros entes da federação.

§4º Os gestores que decidirem por complementar os valores da Tabela de Procedimentos do SUS deverão buscar, em articulação com os gestores de entes federativos que utilizem sua rede assistencial, a implementação de mecanismos de cooperação para a provisão dos serviços.

§5º Poderão ser estabelecidas parcelas adicionais de financiamento federal com base em limitações orçamentárias regionais que dificultem a complementação de valores da tabela, quando a oferta de serviços for insuficiente.

§6º As Comissões Intergestores do SUS avaliarão, anualmente, o desequilíbrio de oferta de serviços especializados entre as regiões, sugerindo ao Ministério da Saúde a necessidade de ajustes nos valores máximos da Tabela de Procedimentos do SUS ou a necessidade da criação de parcelas adicionais de financiamento federal.”

“Art. 26-C Os gestores do SUS terão o prazo de até o 5º dia útil, após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do fundo estadual/distrital/municipal de saúde, para que efetuem o pagamento dos valores financeiros aos estabelecimentos e prestadores de saúde que prestam assistência de forma complementar ao SUS.

Parágrafo único. Em caso de interrupção ou descumprimento, por parte do gestor do SUS, do prazo estabelecido no **caput**, o Ministério da Saúde suspenderá a transferência do valor correspondente aos incentivos no Teto Financeiro de Média e Alta Complexidade dos estados, dos municípios e do Distrito Federal, fazendo também o desconto dos valores eventualmente não repassados em competências anteriores, sem prejuízo das demais sanções cabíveis.”

Art. 4º O art. 10 da Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso 13:

“Art. 10.....

.....

13 - deixar de realizar o pagamento dos prestadores de serviços de saúde públicos ou privados, até o quinto dia útil

após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento, exceto nas situações excepcionais devidamente justificadas.” (NR)

Art. 5º O art. 1º do Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, passa a vigorar acrescido do seguinte inciso XXIV:

“Art. 1º.....

.....

XXIV - deixar de realizar o pagamento dos prestadores de serviços de saúde públicos ou privados, até o quinto dia útil após o Ministério da Saúde creditar na conta bancária do Fundo Estadual/Distrito Federal/Municipal de Saúde e disponibilizar os arquivos de processamento, exceto nas situações excepcionais devidamente justificadas.” (NR)

Art. 6º O poder público constituirá Grupo de Trabalho para adequação da tabela existente às disposições desta Lei, com a participação de órgãos de classe e entidades representantes dos setores que atuam na saúde pública.

Art. 7º Esta Lei entra em vigor após decorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), embora valorize de forma especial a promoção da saúde e a atenção primária, tem como um de seus princípios a integralidade de assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹⁴.

Desta forma, os serviços de média e alta complexidade adquirem grande importância no sistema, para atenderem os usuários cujos agravos não foram completamente resolvidos na atenção básica à saúde. Nesta área, a participação da iniciativa privada, complementando os serviços públicos, é majoritária. Ou seja, mais da metade das atividades de média e alta

¹⁴ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 7º, II.

complexidade do SUS são realizadas por instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, e remuneradas pelo poder público, após estabelecimento de contratos ou convênios.

Anteriormente à implantação do SUS, os pagamentos eram realizados com base em tabela de procedimentos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (INAMPS). No início do SUS, foi optado por converter o sistema existente, sendo criadas duas tabelas, uma para procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e uma para procedimentos hospitalares (SIH/SUS). Essa dinâmica se mostrou ineficiente, já que cada tabela seguia um padrão diferente de código, e havia multiplicidade de procedimentos, alguns até mesmo com valores diferentes¹⁵.

Diante dessa situação, o Ministério procedeu com a unificação dos sistemas, gerando a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que vem sendo utilizada como referência na média e alta complexidade. A gestão e a consulta a esta tabela são feitas por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS¹⁶ (SIGTAP). Esta tabela reúne não só procedimentos ambulatoriais e hospitalares, mas também ações de promoção e prevenção, exames de diagnóstico, transplantes, medicamentos estratégicos, entre outros. Ressalte-se que, neste novo modelo, parte dos códigos tem finalidade única de registro, sem valor financeiro associado.

Embora o Ministério da Saúde venha trabalhando na modernização deste sistema, há algumas queixas frequentes quanto ao seu funcionamento. Em primeiro lugar, os valores definidos da parcela federal na tabela para remuneração de serviços são considerados muito abaixo da média aplicada no mercado. Isso ocorre por esses valores já terem sido definidos em níveis baixos, ou pela falta de atualização adequada.

Estudos que avaliaram a evolução destes valores da parcela federal mostram uma defasagem, em relação à inflação do mesmo período,

¹⁵ Ministério da Saúde. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

¹⁶ <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

que pode chegar até a mais de 90%¹⁷. Essa disparidade tem afastado os profissionais de saúde do atendimento ao SUS, dificultando cada vez mais o acesso da população a serviços de média ou alta complexidade.

Adicionalmente, essa a falta de atualização da Tabela SUS tem servido para uma redução progressiva na participação do governo federal no financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Essa diminuição tem comprometido o orçamento dos entes federativos e dificultado o acesso da população aos serviços de saúde especializados.

Isso é ainda mais evidente e grave nas cidades de pequeno ou médio porte com baixa arrecadação de impostos, já que as mesmas não costumam ter condições de complementar os valores da tabela, ou se localizam longe de grandes centros. Além disso, as gestões de saúde menos preparadas tecnicamente, ou aquelas envolvidas em fraudes, comprometem ainda mais a situação da média e alta complexidade do SUS.

Outra dificuldade frequente é a limitação, que muitos prestadores e gestores da saúde pública têm, em navegar a complexidade do sistema de remuneração dos procedimentos. Em vários casos, entende-se equivocadamente que o valor apresentado no SIGTAP é a referência a ser aplicada em todos os locais, quando na verdade é apenas a parcela federal de financiamento. Há relatos até mesmo de órgãos de controle que puniram gestores por complementar os valores da Tabela SUS, quando esta medida é correta e até mesmo recomendável.

Esta Comissão de Seguridade Social e Família criou, no início de 2019, um **Grupo de Trabalho para estudar a Tabela SUS (GT Tabela SUS)**. Especialistas de todos os principais setores envolvidos com a saúde foram ouvidos, e os desafios apontados anteriormente foram reclamações frequentes.

Ademais, representantes da classe médica apontaram outros problemas que vão além dos baixos valores de remuneração. Uma questão apontada é o atraso no pagamento de honorários. Apesar da existência de

¹⁷ CFM. Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares. Em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares&catid

regras a esse respeito na regulamentação do SUS, queixa-se que vários entes federativos deixam de fazer o repasse oportuno dos pagamentos, apesar de terem recebido em dia as transferências de recursos federais ou estaduais.

Durante as discussões realizadas no âmbito deste GT, várias entidades apontaram também a dificuldade na habilitação de novos serviços para participarem no SUS. Houve relatos recorrentes de serviços privados que se estruturaram adequadamente, mas aguardam há bastante tempo a resposta do Ministério da Saúde para poderem receber usuários da saúde pública.

Saliente-se que auditoria recente do Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu que, devido a problemas na atenção especializada, incluindo a baixa oferta de exames, o diagnóstico de câncer no Brasil é feito de maneira tardia, com a doença já em estágio avançado, o que diminui as chances de cura, demonstrando que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer apresenta relevantes deficiências na sua implementação¹⁸.

Com base nos problemas apontados, o GT Tabela SUS desenvolveu este Projeto de Lei, que pretende estabelecer parâmetros de transparência, habilitação de prestadores e remuneração por serviços realizados no sistema único de saúde; tornar crime de responsabilidade a falta de repasse de recursos recebidos para o pagamento de serviços de saúde; além de dar outras providências.

Dentre as medidas propostas, listamos:

- Criação de prazo para a análise de pedidos de habilitação de serviços de saúde no SUS;
- Padronização de procedimentos e serviços da tabela SUS com classificações adotadas na iniciativa privada e na saúde suplementar;
- Revisão periódica da tabela, com a participação de entidades representativas de prestadores e profissionais da saúde;

¹⁸ Tribunal de Contas da União. TC 023.655/2018-6. Em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/diagnostico-de-cancer-no-brasil-e-realizado-de-forma-tardia.htm>

- Atualização anual dos valores da tabela, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA);
- Reajuste imediato de valores previstos para exames utilizados no diagnóstico do câncer, modificando sua forma de financiamento para FAEC, pela sua importância e pelos achados do TCU;
- Critérios hierarquizados para o estabelecimento de valores de remuneração da tabela;
- Possibilidade de utilização de modelos de remuneração baseados em valor, desempenho, qualidade, necessidade de aumento da oferta;
- Retirada de procedimentos estratégicos do teto de transferências;
- Estabelecimento em lei da possibilidade de Municípios, Estados e Distrito Federal de complementarem os valores da tabela SUS;
- Possibilidade da criação de parcelas adicionais com diferenciação regional, considerando a oferta de serviços e a capacidade dos entes federativos de complementarem os valores da tabela SUS;
- Exigência de transparência e controle de qualidade e produção em serviços remunerados por incentivos globais ou pelo teto MAC;
- Exigência de transparência das filas de consultas e procedimentos;
- Prazo legal para pagamento dos prestadores de serviços de saúde, contado a partir do recebimento das transferências, e definição do crime de responsabilidade relativo ao não repasse de parcelas de honorários no prazo definido.

Trata-se de um tema de altíssima relevância para a população brasileira e para o futuro do nosso Sistema Único de Saúde, que tem enfrentado muitos desafios na gestão dos serviços de média e alta complexidade. Entendemos que as inovações propostas neste Projeto podem modernizar o financiamento da atenção especializada, aumentando o acesso e beneficiando milhões de usuários, razão pela qual pedimos o apoio dos nobres colegas para sua aprovação.

Sala das Sessões, em de de 2019.

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

ANEXO II – INDICAÇÃO PARA O PODER EXECUTIVO

INDICAÇÃO Nº , DE 2019
(COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

Sugere ao Ministro da Saúde o aperfeiçoamento das regras de remuneração dos prestadores de serviços complementares ao Sistema Único de Saúde, com base nas conclusões do Grupo de Trabalho Tabela SUS.

Excelentíssimo Ministro de Estado da Saúde,

O Sistema Único de Saúde (SUS), embora valorize de forma especial a promoção da saúde e a atenção primária, tem como um de seus princípios a integralidade de assistência, entendida como “conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”¹⁹.

Desta forma, os serviços de média e alta complexidade adquirem grande importância no sistema, para atenderem os usuários cujos agravos não foram completamente resolvidos na atenção básica à saúde. Nesta área, a participação da iniciativa privada, complementando os serviços públicos, é majoritária. Ou seja, mais da metade das atividades de média e alta complexidade do SUS são realizadas por instituições privadas, com ou sem fins lucrativos, e remuneradas pelo poder público, após estabelecimento de contratos ou convênios.

Anteriormente à implantação do SUS, os pagamentos eram realizados com base em tabela de procedimentos do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência social (INAMPS). No início do SUS, foi optado por converter o sistema existente, sendo criadas duas tabelas, uma para procedimentos ambulatoriais (SIA/SUS) e uma para procedimentos

¹⁹ Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, art. 7º, II.

hospitalares (SIH/SUS). Essa dinâmica se mostrou ineficiente, já que cada tabela seguia um padrão diferente de código, e havia multiplicidade de procedimentos, alguns até mesmo com valores diferentes²⁰.

Diante dessa situação, o Ministério procedeu com a unificação dos sistemas, gerando a Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses, Próteses e Materiais Especiais, que vem sendo utilizada como referência na média e alta complexidade. A gestão e a consulta a esta tabela são feitas por meio do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS²¹ (SIGTAP). Esta tabela reúne não só procedimentos ambulatoriais e hospitalares, mas também ações de promoção e prevenção, exames de diagnóstico, transplantes, medicamentos estratégicos, entre outros. Ressalte-se que, neste novo modelo, parte dos códigos tem finalidade única de registro, sem valor financeiro associado.

Embora o Ministério da Saúde venha trabalhando na modernização deste sistema, há algumas queixas frequentes quanto ao seu funcionamento. Em primeiro lugar, os valores definidos da parcela federal na tabela para remuneração de serviços são considerados muito abaixo da média aplicada no mercado. Isso ocorre por esses valores já terem sido definidos em níveis baixos, ou pela falta de atualização adequada.

Estudos que avaliaram a evolução destes valores da parcela federal mostram uma defasagem, em relação à inflação do mesmo período, que pode chegar até a mais de 90%²². Essa disparidade tem afastado os profissionais de saúde do atendimento ao SUS, dificultando cada vez mais o acesso da população a serviços de média ou alta complexidade.

Adicionalmente, essa falta de atualização da Tabela SUS tem servido para uma redução progressiva na participação do governo federal no financiamento dos procedimentos de média e alta complexidade. Essa diminuição tem comprometido o orçamento dos entes federativos e dificultado o acesso da população aos serviços de saúde especializados.

²⁰ Ministério da Saúde. Sistemas de Informação da Atenção à Saúde.

²¹ <http://sigtap.datasus.gov.br/tabela-unificada/app/sec/inicio.jsp>

²² CFM. Defasagem na Tabela SUS afeta maioria dos procedimentos hospitalares. Em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25491:defasagem-na-tabela-sus-afeta-maioria-dos-procedimentos-hospitalares&catid

Isso é ainda mais evidente e grave nas cidades de pequeno ou médio porte com baixa arrecadação de impostos, já que as mesmas não costumam ter condições de complementar os valores da tabela, ou se localizam longe de grandes centros. Além disso, as gestões de saúde menos preparadas tecnicamente, ou aquelas envolvidas em fraudes, comprometem ainda mais a situação da média e alta complexidades do SUS.

Outra dificuldade frequente é a limitação, que muitos prestadores e gestores da saúde pública têm, em navegar a complexidade do sistema de remuneração dos procedimentos. Em vários casos, entende-se equivocadamente que o valor apresentado no SIGTAP é a referência a ser aplicada em todos os locais, quando na verdade é apenas a parcela federal de financiamento. Há relatos até mesmo de órgãos de controle que puniram gestores por complementar os valores da Tabela SUS, quando esta medida é correta e até mesmo recomendável.

Esta Comissão de Seguridade Social e Família criou, no início de 2019, um Grupo de Trabalho para estudar a Tabela SUS (GT Tabela SUS), com a participação de 24 Deputados e Deputadas. Especialistas de todos os principais setores envolvidos com a saúde foram ouvidos, e os desafios apontados anteriormente foram reclamações frequentes.

Ademais, representantes da classe médica apontaram outros problemas que vão além dos baixos valores de remuneração. Uma questão apontada é o atraso no pagamento de honorários. Apesar da existência de regras a esse respeito na regulamentação do SUS, queixa-se que vários entes federativos deixam de fazer o repasse oportuno dos pagamentos, apesar de terem recebido em dia as transferências de recursos federais ou estaduais.

Durante as discussões realizadas no âmbito deste GT, várias entidades apontaram também a dificuldade na habilitação de novos serviços para participarem no SUS. Houve relatos recorrentes de serviços privados que se estruturaram adequadamente, mas aguardam há bastante tempo a resposta do Ministério da Saúde para poderem receber usuários da saúde pública.

Saliente-se que auditoria recente do Tribunal de Contas da União (TCU) concluiu que, devido a problemas na atenção especializada,

incluindo a baixa oferta de exames, o diagnóstico de câncer no Brasil é feito de maneira tardia, com a doença já em estágio avançado, o que diminui as chances de cura, demonstrando que a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer apresenta relevantes deficiências na sua implementação²³.

Com base nos problemas apontados, o GT Tabela SUS desenvolveu diversas propostas, que pretendem estabelecer parâmetros de transparência, de habilitação de prestadores e de remuneração por serviços realizados no Sistema Único de Saúde.

Portanto, a partir das reuniões realizadas, sugerimos para este Ministério:

- Criação de prazo para a análise de pedidos de habilitação de serviços de saúde no SUS;
- Permissão que Estados e o Distrito Federal possam habilitar serviços de média complexidade;
- Padronização de procedimentos e serviços da tabela SUS com classificações adotadas na iniciativa privada (CBHPM) e na saúde suplementar;
- Revisão periódica da tabela, com a participação de entidades representativas de prestadores e profissionais da saúde;
- Atualização anual dos valores da tabela, com base no Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA);
- Critérios hierarquizados para o estabelecimento de valores de remuneração da tabela;
- Possibilidade de utilização de modelos de remuneração baseados em valor, desempenho, qualidade, necessidade de aumento da oferta;

²³ Tribunal de Contas da União. TC 023.655/2018-6. Em: <https://portal.tcu.gov.br/imprensa/noticias/diagnostico-de-cancer-no-brasil-e-realizado-de-forma-tardia.htm>

- Retirada de procedimentos estratégicos do teto de transferências;
- Divulgação na Tabela SUS das parcelas complementares estabelecidas por Municípios, Estados e Distrito Federal, evidenciando que a responsabilidade não é inteiramente federal;
- Criação de parcelas adicionais com diferenciação regional, considerando a oferta de serviços e a capacidade dos entes federativos de complementarem os valores da tabela SUS;
- Exigência de transparência e controle de qualidade e produção em serviços remunerados por incentivos globais ou pelo teto MAC;
- Exigência de transparência das filas de exames, consultas e procedimentos;
- Fiscalização do cumprimento do prazo para pagamento dos prestadores de serviços de saúde, que não tem sido respeitado em várias situações.

Trata-se de um tema de altíssima relevância para a população brasileira e para o futuro do nosso Sistema Único de Saúde, que tem enfrentado muitos desafios na gestão dos serviços de média e alta complexidades. Entendemos que as inovações propostas nesta Indicação podem modernizar o financiamento da atenção especializada, aumentando o acesso e beneficiando milhões de usuários.

Sala das Sessões, em de de 2019.

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

2019-4774

REQUERIMENTO Nº , DE 2019
(COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA)

Requer o envio de Indicação ao Ministro da Saúde, sugerindo o aperfeiçoamento das regras de remuneração dos prestadores de serviços complementares ao Sistema Único de Saúde, com base nas conclusões do Grupo de Trabalho Tabela SUS.

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requeiro a V. Ex^a. seja encaminhada ao Poder Executivo a Indicação anexa, sugerindo o aperfeiçoamento das regras de remuneração dos prestadores de serviços complementares ao Sistema Único de Saúde, com base nas conclusões do Grupo de Trabalho Tabela SUS.

Sala das Sessões, em de de 2019.

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

ANEXO III – SUGESTÕES RECEBIDAS

Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas (CMB) – 27 de maio de 2019

Ao tempo em que o cumprimento cordialmente, agradeço sensibilizado a inclusão desta Confederação como parte do processo de reconfiguração e reconstrução do Sistema Único de Saúde (SUS), meta do Grupo de Trabalho específico, criado no âmbito da Comissão de Seguridade Social e Família, da Câmara dos Deputados, para debater a modernização e atualização da Tabela SUS.

Quanto à solicitação do envio de proposta e ideias, tomamos a liberdade de encaminhar uma proposta, em anexo, que vai além da modernização e atualização da Tabela SUS, pois consideramos os trabalhos deste Grupo como uma oportunidade para a reconfiguração do sistema, principalmente naquilo que se convencionou chamar de “municipalização exagerada”, assim considerada por muitos gestores dos entes federativos e o que teria provocado a “perda da governança e do planejamento” no SUS. A proposta de expansão para outras áreas do País do “Programa Santas Casas SUSstentáveis” pode vir a representar uma melhor organização do sistema e, acima de tudo, potencializar os recursos federais.

Por fim, não persiste em nós qualquer dúvida sobre a premente necessidade de se modernizar e atualizar a Tabela SUS, razão pela qual expressamos concordância com as manifestações de todos os representantes das entidades que participaram da Audiência Pública de 23/04/2019, em especial enfatizando que:

- A Tabela SUS é reflexo do subfinanciamento da saúde;
- Reflete apenas o financiamento com recursos federais;
- Serão necessários novos recursos para um financiamento adequado;
- Necessidade de uma política própria de financiamento dos HPPs;

- Saúde deve ser Política de Estado, de forma a gerar resolutividade;
- Remuneração deve contemplar performance e qualidade. O consistente conhecimento do sistema público de saúde por Vossa Excelência e seus pares no GT, nos dão a segurança da plena compreensão dos fatos e da acertada busca por uma solução definitiva.

Respeitosamente, EDSON ROGATTI

Presidente do Conselho de Administração

(proposta encaminhada arquivada)

Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) – 5 de junho de 2019

Prezados, conforme email abaixo, a Sociedade Brasileira de Arritmias Cardíacas (SOBRAC) lista abaixo os procedimentos em arritmias cardíacas que são pouco realizados no sistema público de saúde apesar da demanda clínica relevante. Att. JC MOURA JORGE

- 0406050015 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO DIAGNOSTICO
- 0406050023 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO I (ABLACAO DE FLUTTER ATRIAL)
- 0406050031 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO I (ABLACAO DE TAQUICARDIA ATRIAL DIREITA)
- 0406050040 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO I
- 0406050058 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO I (ABLACAO DO NODULO ARCHOV-TAWARA)
- 0406050066 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DAS VIAS ANOMALAS MULTIPLAS)
- 0406050074 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DE FIBRILACAO ATRIAL)
- 0406050082 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)

- 0406050090 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DE TAQUICARDIA ATRIAL CICATRICAL)
- 0406050104 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DE TAQUICARDIA ATRIAL ESQUERDA)
- 0406050112 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR IDIOPATICA DO SEIO DE VALSALVA ESQUERDO)
- 0406050120 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DE TAQUICARDIA VENTRICULAR SUSTENTADA C/ CARDIOPATIA ESTRUTURAL)
- 0406050139 ESTUDO ELETROFISIOLOGICO TERAPEUTICO II (ABLACAO DE VIAS ANOMALAS ESQUERDAS)

Sociedade Brasileira de Hepatologia – 6 de junho de 2019

Vimos por meio deste email, encaminhar os procedimentos em hepatologia (em anexo) que necessitam de inclusão, revisão de remuneração e inclusão de cobertura de OPME na tabela SUS. Atenciosamente, Paulo L Bittencourt.

A seguir, listagem do material enviado resumido. Documento completo arquivado.

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS QUE EXISTEM NA TABELA SUS E QUE NÃO POSSUEM VALOR PREVISTO PARA SERVIÇO PROFISSIONAL E PARA OS MATERIAIS NECESSÁRIOS.

- Biopsia percutânea orientada por tomografia computadorizada / ultrassonografia / ressonância magnética / raio x
- Drenagem de coleções viscerais / cavitárias por cateterismo
- Drenagem biliar percutânea interna
- Colocação de prótese biliar

PROCEDIMENTOS QUE EXISTEM NA TABELA SUS E QUE NÃO POSSUEM VALOR PREVISTO PARA MATERIAIS NECESSÁRIOS.

- Tratamento de carcinoma hepático por radiofrequência
- Ligaduras elástica de varizes por endoscopia durante hemorragia
- Ligaduras elástica de varizes por endoscopia sem hemorragia
- Quimioembolização de tumor hepático
- Paracentese abdominal

PROCEDIMENTOS NÃO DISPONÍVEIS NA TABELA SUS

- Embolização percutânea de veia porta
- Termoablação de neoplasia hepática
- Injeção endoscópica de cianoacrilato em varizes gastroesofágicas
- Elastografia hepática por método ultrassonográfico

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica (SBCO) – 12 de junho de 2019

Incorporações de novas tecnologias ao SUS / Videolaparoscopia

Procedimento laparoscópicos a serem incorporados.

- 0416010202 - SUPRARRENALECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416010210 - NEFRECTOMIA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416010075 - NEFRECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416010091 - NEFROURETERECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA

- 0416010130 - PROSTATOVESICULECTOMIA RADICAL
VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416020224 - LINFADENECTOMIA RETROPERITONIAL
VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416020259 - LINFADENECTOMIA INGUINO-ILIACA UNILATERAL
VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416020020 - LINFADENECTOMIA PÉLVICA
VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416040012 - ANASTOMOSE BILEO-DIGESTIVA
VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416040039 - ESOFAGOGASTRECTOMIA
VIDEOLAPAROSCÓPICA COM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA
- 0416040047 - ESOFAGOCOLOPLASTIA OU
ESOFAGOGASTROPLASTIA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM
ONCOLOGIA
- 0416040055 - ESOFAGOGASTRECTOMIA
VIDEOLAPAROSCÓPICA SEM TORACOTOMIA EM ONCOLOGIA
(ver toracosopia)
- 0416040071 - GASTRECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA
EM ONCOLOGIA
- 0416040101 - HEPATECTOMIA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA
EM ONCOLOGIA
- 0416040110 - PANCREATECTOMIA PARCIAL
VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416040217 - GASTRECTOMIA PARCIAL VIDEOLAPAROSCÓPICA
EM ONCOLOGIA
- 0416040225 - METASTASECTOMIA HEPÁTICA
VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA

- 0416050115 - PROCTOCOLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416050018 - AMPUTACAO ABDOMINO-PERINEAL DE RETO EM ONCOLOGIA
- 0416050026 - COLECTOMIA PARCIAL (HEMICOLECTOMIA) VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416050034 - COLECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416050077 - RETOSSIGMOIDECTOMIA ABDOMINAL VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416060110 - HISTERECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA COM OU SEM ANEXECTOMIA (UNI / BILATERAL) EM ONCOLOGIA
- 0416060129 - VIDEOLAPAROSCOPIA PARA AVALIAÇÃO DE TUMOR DE OVARIO EM ONCOLOGIA
- 0416060021 - ANEXECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA UNI / BILATERAL EM ONCOLOGIA
- 0416060064 - HISTERECTOMIA TOTAL VIDEOLAPAROSCÓPICA AMPLIADA EM ONCOLOGIA
- 0416060080 - TRAQUELECTOMIA VIDEOLAPAROSCÓPICA RADICAL EM ONCOLOGIA
- 0416110010 - LOBECTOMIA PULMONAR VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416110053 - TORACOTOMIA EXPLORADORA EM ONCOLOGIA
Alterar para: Toracotomia/Mediastinostomia exploradora VIDEOLAPAROSCÓPICA com ressecção completa ou incompleta do tumor intratorácico em oncologia
- 0416110061 - SEGMENTECTOMIA PULMONAR VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA

- 0416110070 - RESSECÇÃO PULMONAR EM CUNHA VIDEOLAPAROSCÓPICA EM ONCOLOGIA
- 0416110088 - TIMECTOMIA EM ONCOLOGIA Alterar para RESSECÇÃO DE TUMOR MEDIASTINAL.

Observações: Foram excluídos da via de acesso laparoscópica:

- neoplasia de colo uterino
- tumores localmente avançados

Os procedimentos por laparoscopia contemplam apenas as linfadenectomias como sequenciais. Proposta de OPME - Pinça de energia, trocarer, grampeadores endoscópicos.

Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica – 8 de julho de 2019

A Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica - CIPE encaminha as contribuições para a atualização da Tabela do SUS referente a Cirurgia Pediátrica. Atenciosamente. Socorro Mendonça.

Foi arquivado documento “Manual de Diretrizes de Codificação de Procedimentos em Cirurgia Pediátrica”, que lista diversos procedimentos da área, com os respectivos portes.