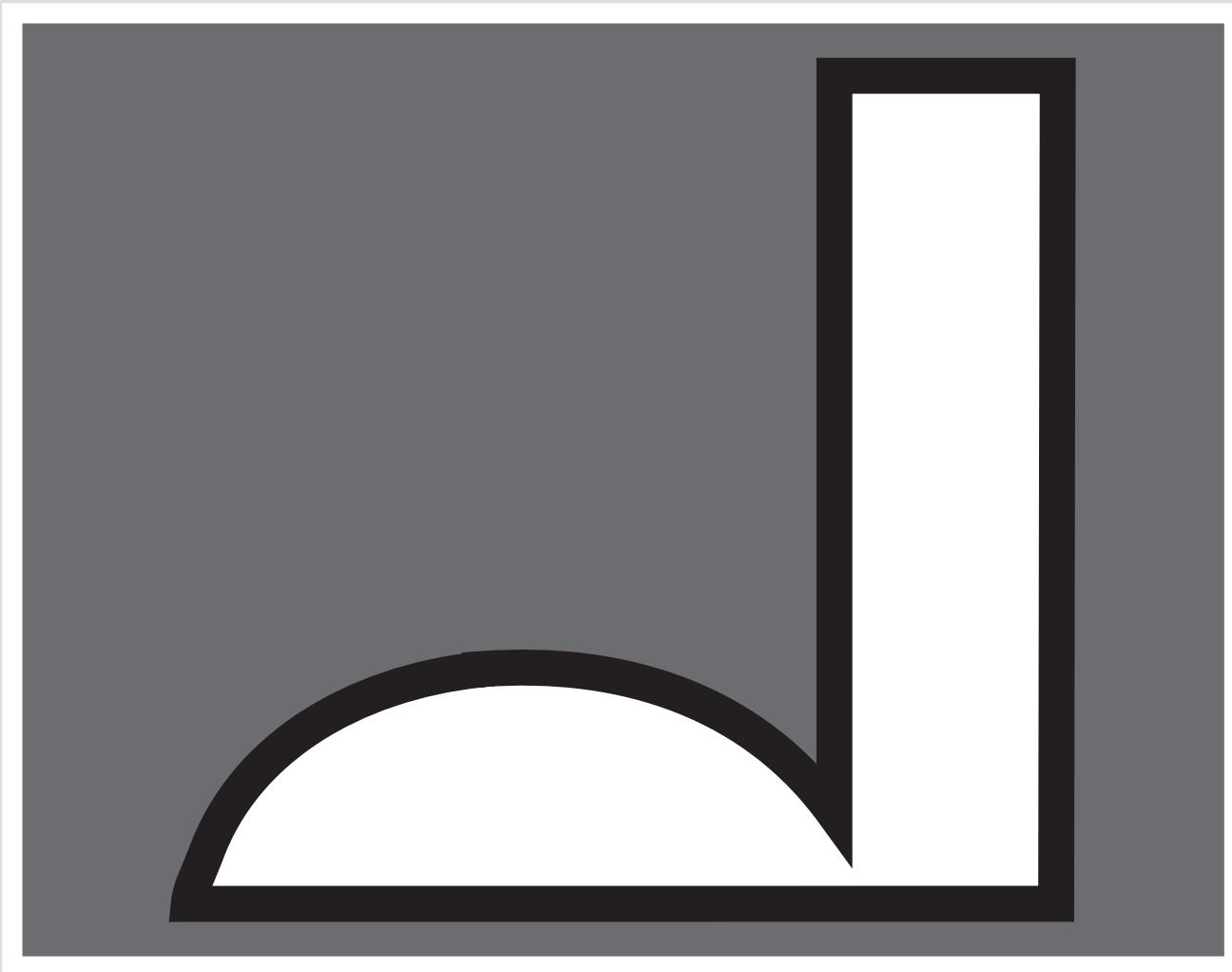




REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL



DIÁRIO DO SENADO FEDERAL

SECRETARIA-GERAL DA MESA
3^a SESSÃO LEGISLATIVA ORDINÁRIA DA 54^a LEGISLATURA

RELATÓRIO FINAL Nº 3/2013

COMISSÃO INTERNA DESTINADA A DEBATER E PROPOR SOLUÇÕES
PARA O FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL

ANO LXVIII – SUP. “E” AO Nº 212 – QUINTA, 19, SEXTA, 20, SÁBADO, 21 E TERÇA, 24 DE DEZEMBRO DE 2013 – BRASÍLIA-DF

MESA DO SENADO FEDERAL *

PRESIDENTE

Renan Calheiros - (PMDB-AL)
1º VICE-PRESIDENTE
 Jorge Viana - (PT-AC)
2º VICE-PRESIDENTE
 Romero Jucá - (PMDB-RR)
1º SECRETÁRIO
 Flexa Ribeiro - (PSDB-PA)
2º SECRETÁRIA
 Angela Portela - (PT-RR)

3º SECRETÁRIO

Ciro Nogueira - (PP-PI)
4º SECRETÁRIO
 João Vicente Claudino - (PTB-PI)
SUPLENTES DE SECRETÁRIO
 1º - Magno Malta - (PR-ES)
 2º - Jayme Campos - (DEM-MT)
 3º - João Durval - (PDT-BA)
 4º - Casildo Maldaner - (PMDB-SC)

* As notas referentes à Mesa do Senado Federal encontram-se publicadas na Composição do Senado Federal (Vide Sumário).

LIDERANÇAS

**Bloco Parlamentar da Maioria
(PMDB/PP/PSD/PV) - 28**

Líder
Eunício Oliveira - Bloco (64,67)

Líder do PMDB - 21
Eunício Oliveira (64,67)
 Vice-Líderes do PMDB
 Ricardo Ferreira (104)
 Romero Jucá (40,105)
 Vital do Rêgo (107)
Líder do PP - 5
Francisco Dornelles (69)
 Vice-Líder do PP
 Ana Amélia (12,88)
Líder do PSD - 1
Sérgio Petecão (84,87)
Líder do PV - 1
Paulo Davim (76)

**Bloco de Apoio ao Governo
(PT/PDT/PSB/PCdoB/PSOL) - 24**

Líder
Wellington Dias - Bloco (24,70,91)
 Vice-Líderes
 Acir Gurgacz (49,55,66,100)
 Rodrigo Rollemberg (68,99)
 Inácio Arruda (89,93)

Líder do PT - 12
Wellington Dias (24,70,91)
 Vice-Líderes do PT
 Walter Pinheiro (22,27,103)
 Anibal Diniz (25,102)
 Paulo Paim (94)
 Eduardo Suplicy (101)

Líder do PDT - 5
Acir Gurgacz (49,55,66,100)

Vice-Líder do PDT
 Zeze Perrella (86)

Líder do PSB - 4

Rodrigo Rollemberg (68,99)
 Vice-Líder do PSB
 Lídice da Mata (29,38,81)

Líder do PCdoB - 2

Inácio Arruda (89,93)
 Vice-Líder do PCdoB
 Vanessa Grazziotin (1,90)

Líder do PSOL - 1

Randolfe Rodrigues (18,78)

Governo

Líder

Eduardo Braga - Governo (39)
 Vice-Líderes
 Gim (56,58,59)
 Benedito de Lira
 Lídice da Mata (29,38,81)
 Jorge Viana
 Vital do Rêgo (107)

**Bloco Parlamentar União e Força
(PTB/PR/PSC/PRB) - 13**

Líder
Gim - Bloco (56,58,59)
 Vice-Líderes
 Alfredo Nascimento (41,63)
 Eduardo Amorim (17,47,48,80)
 Blairo Maggi (19,51)
 Eduardo Lopes (37,45,65,98,109)

Líder do PTB - 7
Gim (56,58,59)
Líder do PR - 4
Alfredo Nascimento (41,63)
 Vice-Líder do PR
 Antonio Carlos Rodrigues (92)
Líder do PSC - 1
Eduardo Amorim (17,47,48,80)
Líder do PRB - 1
Eduardo Lopes (37,45,65,98,109)

**Bloco Parlamentar Minoria
(PSDB/DEM) - 14**

Líder
Mário Couto - Bloco (34,61)
 Vice-Líderes
 Wilder Morais (97,112)
 Cyro Miranda (31,95)

Líder do PSDB - 11
Aloysio Nunes Ferreira (7,62,113)
 Vice-Líderes do PSDB
 Cássio Cunha Lima (72)
 Alvaro Dias (75)
 Paulo Bauer (5,35,73,77)
Líder do DEM - 3
José Agripino (2,10,14,44,46,79)
 Vice-Líder do DEM
 Wilder Morais (97,112)

SDD - 1

Líder
Vicentinho Alves - SDD (42,54,71,111)

* As notas referentes às Lideranças do Senado Federal encontram-se publicadas na Composição do Senado Federal (Vide Sumário).

EXPEDIENTE

Antônio Helder Medeiros Rebouças

Diretor-Geral do Senado Federal

Florian Augusto Coutinho Madruga

Diretor da Secretaria de Editoração e Publicações

José Farias Maranhão

Coordenador Industrial

Claudia Lyra Nascimento

Secretária-Geral da Mesa do Senado Federal

Rogério de Castro Pastori

Diretor da Secretaria de Registros Legislativos de Plenários e de Elaboração de Diários

Zuleide Spinola Costa da Cunha

Diretora da Secretaria de Taquigrafia e Redação de Debates Legislativos

RELATÓRIO FINAL Nº 3 , DE 2013

**COMISSÃO TEMPORÁRIA CRIADA PELO
REQUERIMENTO N° 145, DE 2012**

**Debater e propor soluções para o
financiamento do sistema de saúde do Brasil.**

SUMÁRIO

Memorando nº 1, de 2013, do Presidente da Comissão.....
Requerimento nº 145, de 2012, de criação da Comissão.....
Composição.....
Relatório Final



*Senado Federal
Secretaria Geral da Mesa
Secretaria de Comissões
Coordenação de Apoio às Comissões Especiais, Temporárias e Parlamentares de Inquérito*

Memo nº 001/2013 - CTS

Em 10 de dezembro de 2013.

A Sua Excelência o Senhor
Senador Renan Calheiros
Presidente do Congresso Nacional

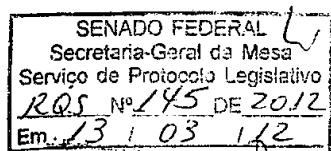
Assunto: Encerramento dos Trabalhos da Comissão

Senhor Presidente,

Na qualidade de Presidente da “*Comissão Temporária, criada pelo Requerimento nº 145, de 2012, destinada a propor soluções ao financiamento do sistema de saúde no Brasil*”, tenho a honra de comunicar a Vossa Excelência que esta Comissão encerrou seus trabalhos na presente data com a aprovação do Relatório Final, que ora encaminho.

Atenciosamente,

Senador Vital do Rêgo
Presidente



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

**INCLUA-SE
ORDEM DO
DIA
OPORTUNAMENTE.**

Em 13/03/2012

REQUERIMENTO N° 145 DE 2012

Approved
Em 28/03/12
Cícero Soárez Presidente,
1º Secretário

Nos termos do inciso I, do artigo 74, do Regimento Interno do Senado Federal, requeiro a criação de uma Comissão Temporária composta de cinco Senadores, titulares e suplentes, para, no prazo de 90 (noventa) dias, debater e propor soluções para o financiamento do sistema de saúde do Brasil.

JUSTIFICAÇÃO

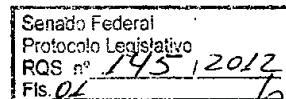
O Sistema de Saúde do Brasil atravessa um momento muito difícil. O subfinanciamento histórico, agravado com a extinção da CPMF, é um dos principais desafios contemporâneos do SUS. Podemos observar que, para um sistema de saúde que se propõem ser universal, precisamos de mais recursos financeiros, comparadamente com os demais sistemas existentes no mundo.

Todos os dias, observamos reclamações, reportagens e casos que desmoralizam o SUS e colocam os pacientes em risco. Estabelecimentos de Saúde funcionando em situação precária, profissionais trabalhando sem condições e os gestores e população sem alternativas.

Estamos diante de uma situação que precisa urgentemente de uma solução. Este é o entendimento de boa parte da nossa sociedade e, na condição de ex-ministro da Saúde, sinto mais premente ainda esta necessidade. Por esta razão estou propondo a presente sugestão, pois entendo que o Congresso Nacional, especialmente o Senado Federal, pode contribuir decisivamente para que possamos encontrar uma solução para este problema que aflige toda a sociedade brasileira.

Sala das Sessões, em de março de 2012

Senador HUMBERTO COSTA



166 quinta-feira 12

ORDEM DO DIA

dezembro de 2013

**6) CT- DESTINADA A PROPOR SOLUÇÕES AO
FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL**

Finalidade: Debater e propor soluções, no prazo de noventa dias, para o financiamento do sistema de saúde do Brasil.

(Requerimento nº 145, de 2012, do Senador Humberto Costa)

Número de membros: 5 titulares e 5 suplentes

PRESIDENTE: Senador Vital do Rêgo (PMDB-PB) ⁽³⁾

RELATOR: Senador Humberto Costa (PT-PE) ⁽³⁾

VICE-PRESIDENTE: Senador Paulo Davim (PV-RN) ⁽⁷⁾

Aprovação do Requerimento: 28/03/2012

Designação: 17/04/2012

Instalação: 14/03/2013

Prazo final prorrogado: 23/12/2013

TITULARES	SUPLENTES
Bloco de Apoio ao Governo (PT, PDT, PSB, PCdoB, PSOL)	
Senador Humberto Costa (PT)	1. Senador Wellington Dias (PT)
Senador Antonio Carlos Valadares (PSB)	2. Senadora Vanessa Grazziotin (PCdoB)
Bloco Parlamentar da Maioria (PMDB, PP, PSD, PV)	
Senador Vital do Rêgo (PMDB) ⁽²⁾	1. Senador Luiz Henrique (PMDB) ^(2,4)
Senador Paulo Davim (PV) ^(2,4)	2. Senador Ciro Nogueira (PP) ⁽²⁾
Bloco Parlamentar Minoria (PSDB, DEM)	
Senador Osvaldo Sobrinho (PTB) ^(5,6,8)	1. Senadora Lúcia Vânia (PSDB) ⁽¹⁾

Notas:

*. Em 17.04.2012, foi lido o Ofício nº 051, de 2012, da Liderança do Bloco de Apoio ao Governo, designando os Senadores Humberto Costa e Antonio Carlos Valadares, como membros titulares; e os Senadores Wellington Dias e Vanessa Grazziotin, como membros suplentes, para comporem a Comissão.

**. Em 11.06.2013, foi aprovado o Requerimento nº 561, de 2013, que prorroga os trabalhos da Comissão por mais 90 dias.

***. Prazo recontado, em virtude do disposto no § 2º, do art. 57 da CF.

****. Em 04.09.2013, foi aprovado o Requerimento nº 1.029, de 2013, que prorroga os trabalhos da Comissão por mais 90 dias.

*****. Em 11.12.2013, foi aprovado o Requerimento nº 1.444, de 2013, que prorroga os trabalhos da Comissão até o término da Sessão Legislativa de 2013.

1. Em 25.04.2012, a Senadora Lúcia Vânia é designada membro suplente do Bloco Parlamentar Minoria (PSDB) na Comissão (Of. nº 43/12-GLPSDB).

2. Em 27.04.2012, foi lido o Ofício nº 095, de 2012, da Liderança do Bloco da Maioria, designando os Senadores Vital do Rêgo e Luiz Henrique, como membros titulares; e os Senadores Paulo Davim e Ciro Nogueira, como membros suplentes, para comporem a Comissão.

3. Em 14.3.2013, foi lido o Ofício 001/2013-CTS, que comunica a instalação da Comissão, bem como a eleição dos Senadores Vital do Rêgo e Humberto Costa para Presidente e Relator, respectivamente.

4. Em 19.03.2013, o Senador Paula Davim é designado membro titular do Bloco Parlamentar da Maioria na Comissão, em substituição ao Senador Luiz Henrique, que passa a ocupar a suplência (Of. GLPMDB nº 116/2013).

5. Vaga cedida ao DEM.(Of. nº 07/13-GLPSDB).

6. Em 3.4.2013, o Senador Jayme Campos é designado membro titular na Comissão, em vaga cedida pelo PSDB (Of. nº 22/13-GLDEM).

7. Em 4.4.2013, foi lido o Ofício 002/2013-CTS, que comunica a eleição do Senador Paulo Davim para Vice-Presidente nesse colegiado.

8. Em 19.09.2013, o Senador Osvaldo Sobrinho é designado membro titular do Bloco Parlamentar Minoria na Comissão, em substituição ao Senador Jayme Campos (Of. s/n das Lideranças do Bloco Parlamentar União e Força dos Democratas).



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

**COMISSÃO TEMPORÁRIA DESTINADA A PROPOR SOLUÇÕES AO
FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL – CTS**

PRESIDENTE: Senador Vital do Rêgo – PMDB/PB

VICE-PRESIDENTE: Senador Paulo Davim – PV/RN

RELATOR: Senador Humberto Costa – PT/PE

Titulares

Vital do Rêgo	Luiz Henrique
Paulo Davim	Ciro Nogueira
Humberto Costa	Wellington Dias
Antonio Carlos Valadares	Vanessa Grazziotin
Jayme Campos	Lúcia Vânia

Suplentes

RELATÓRIO FINAL



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Sumário

1. Introdução.....	03
2. Sistemas de saúde mundiais e brasileiro	
2.1 Países com sistema de saúde universal.....	06
2.2 Histórico do sistema de saúde no Brasil.....	12
2.3 A Saúde Suplementar no Brasil.....	16
2.4 Formas de Avaliação do Sistema Único de Saúde: o IDSUS.....	19
3. Histórico Legal do Financiamento da Saúde	
3.1 CPMF: Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Crédito e Direitos de Natureza Financeira.....	22
3.2 Emenda Constitucional nº. 29, de 2000.....	24
3.2.1 Regulamentação no âmbito da União.....	26
3.2.2 Base de cálculo do valor mínimo de aplicação.....	27
3.2.3 As contribuições do Conselho Nacional de Saúde.....	29
3.3 Lei Complementar nº. 141, de 2012.....	32
4. Avaliações da Comissão	
4.1 Subfinanciamento público da saúde.....	34
4.2 Evolução dos gastos públicos em saúde a partir da EC nº. 29/2000.....	39
4.2.1 Participação federal “per capita” no financiamento da saúde.....	41
4.2.2 Participação federal em percentuais da Receita e do PIB.....	43
4.3 Renúncia fiscal no sistema de saúde.....	44
4.4 Montante do déficit no financiamento do SUS.....	47
4.5 Definição dos recursos federais de aplicação em saúde.....	52
5. Conclusões da Comissão	
Anexos.....	59



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

1 INTRODUÇÃO

Diariamente, ouvimos os usuários do sistema público de saúde reclamando dos serviços prestados pelos governos em todas as esferas, alegando problemas que vão desde as situações precárias dos estabelecimentos até a falta de recursos humanos. Tanto gestores quanto população ficam sem alternativas diante desse quadro.

Com a extinção da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF) somada ao subfinanciamento histórico, o Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) atravessa um momento difícil.

Esta Comissão Temporária foi criada, com base no art. 74, I, do Regimento Interno do Senado Federal, após a aprovação do Requerimento nº. 145, de 2012, e teve como objetivo principal debater e propor soluções para o financiamento do sistema de saúde no Brasil.

Foram objetivos específicos:

- 1) Identificar os principais gargalos nos sistemas de saúde, como os déficits em investimentos e custeos das áreas de atenção básica, hospitalar, de média e alta complexidade, e analisar, também, os déficits assistenciais, como leitos e rede prestadora de média complexidade;
- 2) Avaliar a quantidade (volume de recursos), em todos os níveis de gestão, e a qualidade dos recursos alocados, bem como a forma como os entes federados vêm alocando os recursos financeiros após a edição da Lei Complementar nº. 141, de 13 de janeiro de 2012;

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

- 3) Discutir o funcionamento de alguns sistemas semelhantes implantados em outros países.

Quatro ações prioritárias foram traçadas no Plano de Trabalho e aprovadas pelos membros da Comissão: (a) interagir com a comissão da Câmara dos Deputados que trata do mesmo tema; (b) analisar os projetos de Lei em tramitação que versam sobre tema correlato ao desta Comissão e avaliar a viabilidade dessas propostas; (c) aprofundar discussões acerca do que vem acontecendo com a integralidade do sistema público almejado na Constituição Federal; e (d) realizar audiências públicas que busquem elucidar questões referentes ao financiamento do SUS.

Nas audiências realizadas, foram convidados: Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, Agência Nacional de Saúde Suplementar, Federação Nacional de Saúde Suplementar, Representantes dos trabalhadores da área de saúde e especialistas.

Observa-se que contamos com a participação de representantes de segmentos do governo, da sociedade e de entidades de grande relevância para a abordagem da problemática do financiamento da saúde. Certamente outros atores poderiam ter sido convidados, porém o prazo exíguo limitou a participação de muitos envolvidos com o tema. No entanto é certo que a discussão do tema não se encerra e nada impede que esta Casa continue esse debate em outros momentos, uma vez que os resultados por nós obtidos contribuem para a melhora na gestão e no atendimento à saúde.

Os convidados que atenderam aos convites da Comissão apresentaram diagnósticos e fizeram sugestões, que seguem abaixo, as quais contribuíram para a elaboração das propostas constantes neste documento.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

• Diagnósticos:

1. O SUS é subfinanciado e a melhoria de gestão por si só não seria suficiente para solucionar os problemas da saúde pública;
2. A grande diversidade e desigualdade existentes entre estados e municípios tornam a operacionalização do SUS ainda mais desafiadora;
3. A maior parte do gasto com saúde no Brasil é privado, o que faz com que o mercado guie os interesses em saúde no nosso País;
4. O contingenciamento de recursos para a saúde e sua corriqueira inscrição como restos a pagar afeta significativamente a administração da saúde pública, especialmente nos municípios;
5. O fim da CPMF trouxe e traz muitos transtornos para a gestão do SUS, com evidente consequência para a qualidade do serviço prestado à população;
6. As secretarias estaduais, distrital e municipais de saúde têm tido seu trabalho dificultado pela judicialização da saúde e pelo atendimento de urgências e emergências, de forma que esses fatores impedem que os esforços de gestão sejam direcionados para o modelo voltado para as necessidades básicas e serviços de prevenção da população;
7. Os municípios gastam, em média, 20% de seu orçamento em ações e serviços públicos de saúde, número bem maior que o exigido pela Constituição;
8. As desigualdades na oferta de serviços de saúde são maiores na média e alta complexidade, pois o mercado guia os investimentos nesses níveis de atenção, por causa do baixo aporte de recursos públicos aplicados no SUS;
9. Praticamente metade das operadoras de planos de saúde está inscrita na Dívida Ativa da União devido à inadimplência com o resarcimento ao SUS; e
10. Não há divisão clara de responsabilidades entre os sistemas público e privado de saúde no Brasil;



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

• Sugestões

1. Revisão da concessão de renúncia fiscal para os gastos privados em saúde e cessação de estímulos a planos de saúde;
2. Definição da responsabilidade sanitária dos gestores da saúde pública em todas as esferas de governo;
3. Taxação das grandes fortunas;
4. Ressarcimento efetivo, pelas operadoras de planos de saúde, dos serviços prestados a seus beneficiários pelo SUS;
5. Maior regulamentação do setor suplementar;
6. Contrapartida ao SUS oferecida pelas entidades que se beneficiam de renúncias fiscais geradas por gastos privados em saúde;
7. O uso dos recursos e *royalties* advindos da extração de petróleo como fonte de financiamento da saúde pública; e
8. Substituição do ressarcimento pago ao SUS pelas operadoras de planos de saúde por contribuição compulsória destinada a financiar fundos para urgências e emergências e para transplantes.

Apresentaremos neste relatório, ainda, uma breve discussão acerca da relação público-privada que compõe o sistema de saúde no Brasil, um histórico legal acerca do financiamento da saúde e, por fim, avaliações e conclusões da Comissão. Em anexo, apresentamos um quadro com alguns projetos de lei que estão tramitando no Congresso Nacional que versam sobre o assunto, bem como uma descrição das audiências públicas.

2 SISTEMAS DE SAÚDE MUNDIAIS E BRASILEIRO

2.1 Países com sistema de saúde universal



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

A partir de dados levantados pela Consultoria Legislativa do Senado Federal, podemos anotar que existem, pelo menos, dois modelos clássicos de oferta de serviços de saúde, que variam quanto à origem dos recursos alocados pelo setor público para os sistemas de saúde: (a) Modelo Beveridge – financiado, basicamente, por impostos gerais; e (b) Modelo Bismarckiano – financiado majoritariamente por contribuições sociais e complementado por impostos gerais. É comum encontrarmos misturas desses dois modelos, como acontece em países da América Latina, por exemplo.

Iniciado em 1880, na Alemanha, o modelo bismarckiano era baseado em uma metodologia na qual contribuições e benefícios eram associados aos rendimentos dos trabalhadores e às ocupações. As contribuições eram feitas tanto por empregados quanto por empregadores, os quais administravam os "fundos sociais" que pagavam os benefícios.

Por sua vez, o modelo beveridgiano, implementado na década de 40 na Inglaterra, está relacionado a um sistema que tem os impostos como base de financiamento e, em geral, focado em direitos universais de acesso, significando dizer que não eram baseados em contribuições, mas em um cálculo de necessidades.

A publicação de estudos que tipifiquem os arranjos entre o público e o privado nos sistemas de saúde e a consequente emergência do tema como linha de pesquisa na literatura internacional (denominado *public-private mix*) são consideradas recentes. Por esse motivo, esse tipo de informação ainda é incipiente para vários países.

A Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) aplica uma classificação dos sistemas de saúde quanto ao seu mix público-privado. Embora haja outras categorizações, a Organização tem se consolidado como a mais

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

completa e mais utilizada. A descrição abaixo dessa classificação foi resumida e retirada da tese de doutorado "O Mix Público-Privado no Sistema de Saúde Brasileiro: elementos para a regulação da cobertura duplicada", de autoria da Dra. Isabela Soares Santos, apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca:

O modelo [de classificação da OCDE] propõe quatro tipos básicos que resultam da combinação de três fatores principais: o financiamento, as possibilidades de cobertura de serviços e o nível de obrigatoriedade de participação (seja no sistema público ou no seguro privado).

Os autores escolhem a natureza da fonte de financiamento como uma das categorias de definição do sistema ser público ou privado, sendo que o grau de coexistência do financiamento público com o privado (i) por desembolso direto e (ii) por intermédio do seguro privado, que vai indicar maior ou menor participação do Estado no financiamento setorial, ou seja, conforme seu peso no montante total de recursos para o setor de saúde.

Outra categoria é a elegibilidade, identificada pelo nível de obrigatoriedade de participação dos cidadãos no sistema de saúde, que pode ser obrigatória ou não, seja no sistema público ou no seguro privado. Os seguros obrigatórios são aqueles em que os indivíduos têm o dever legal de participarem.

A cobertura de serviços é a terceira categoria que, em conjunto com as demais, definirá o tipo de mix público-privado. Assim, quando os indivíduos estão cobertos por serviços públicos, o sistema de saúde pode ter o seguro privado com o papel de Duplicado, Complementar ou Suplementar. Quando não estão, o seguro privado vai ser o tipo Primário, podendo ser o principal ou o substituto.

- **Primário:** ocorre nos casos em que é o seguro privado, e não o sistema público, que disponibiliza acesso aos principais serviços de saúde. É classificado de Principal quando não há opção de sistema público para a maior parte dos indivíduos, sendo o privado a principal possibilidade, como nos EUA. É Substituto quando há possibilidade de seguro social ou do sistema público, porém o indivíduo opta pelo seguro privado como exclusão à possibilidade à participação do sistema público.

- **Duplicado:** se dá sempre que os mesmos serviços são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público, quando o seguro privado desempenha o papel de duplicar a cobertura do sistema público;

- **Complementar:** se dá quando os serviços que são cobertos pelo sistema público são parcialmente financiados pelo sistema público e parcialmente financiados de forma privada, ou seja, realiza-se co-pagamento privado a serviços ofertados pelo sistema público. O usuário pode contratar o seguro

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

privado para cobrir eventuais gastos com esse co-pagamento e nesse caso o seguro privado desempenha o papel de complementar o sistema público;

- **Suplementar:** ocorre nos casos em que os elementos de sofisticação, como hotelaria, requintes de luxo, escolha de medicamento não genérico, que são comodidades de serviços, comumente chamadas "*top-up*", são contratadas pelo seguro privado porque o sistema público não as oferece. Também ocorre nos casos dos serviços oferecidos com menor frequência pelos sistemas públicos, como a saúde bucal e a reabilitação.

Trouxemos aqui, para ilustrar, os modelos da Inglaterra, Austrália e Chile.

No sistema inglês, o modelo assistencial é regionalizado e sua porta de entrada são os médicos generalistas, normalmente profissionais liberais, em consultórios particulares. A população escolhe um médico generalista da região em que reside, vincula-se a ele e este profissional fará o acompanhamento de seus pacientes em longo prazo.

A arrecadação dos recursos é centralizada, mas a verba é repassada para os gestores locais, com o intuito de atender as necessidades locais, as quais são reguladas pela estrutura local de gestão.

No geral, apesar de existirem alguns problemas típicos, a população inglesa aprova seu sistema de saúde. Prova disso é o fato de apenas 11% dos cidadãos possuírem planos de saúde, sendo que desses, a maioria são de trabalhadores que recebem tal benefício. Além disso, quase um milhão de pessoas daquele país têm cobertura de saúde executada pelo próprio empregador. Não existe nenhum tipo de subsídio público para a obtenção de seguros de saúde voluntários ou para o cuidado privado da saúde.

O mix público-privado presente na Inglaterra é duplicado, segundo classificação da OCDE. Mesmo assim, como a participação privada mediante seguros de saúde é pequena, essa dupla cobertura é também reduzida. Na verdade, excetuando o grupo dos empregados apresentado no parágrafo anterior, os seguros



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

de saúde naquele país são contratados pelas pessoas mais ricas com o intuito principal de escapar das filas do sistema público, a exemplo do que ocorre ao redor do mundo. A boa qualidade dos serviços, somada à falta de subsídios, é um desincentivo à contratação de serviços privados.

O modelo australiano, por sua vez, é financiado pela taxação de 1,5% da renda, com alíquota adicional de 1% imposta às pessoas de alta renda – indivíduos que ultrapassam um limite de renda definido na legislação – que não possuem seguro de saúde privado. É, portanto, um sistema beveridgeano.

Assim como no sistema inglês, os médicos generalistas são a porta de entrada para o sistema e, geralmente, atendem em consultórios privados. O acesso ao nível secundário do sistema, o qual é composto pelos especialistas, necessita, obrigatoriamente, do referenciamento dos generalistas.

Segundo a Organização Mundial de Saúde¹ (OMS), em 2010, a Austrália investiu o equivalente a 9% de seu PIB em ações e serviços de saúde, onde 68,5% desses recursos foram públicos e, consequentemente, 31,8% foram privados. Dos gastos totais do governo, 16,8% foram aplicados em saúde.

O sistema australiano é baseado na filiação obrigatória ao seguro público de saúde, sem excluir do sistema o cidadão que se associar a algum seguro privado. Portanto, na classificação da OCDE, assim como o sistema inglês, ele é duplicado.

No Chile, o sistema é misto entre público e privado tanto no atendimento quanto na administração. A legislação daquele país determina que todo trabalhador tem de escolher um dos dois modelos de seguro – o Fondo Nacional de Salud (FONASA), público, ou as Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), privadas – e



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

com ele contribuir com 7% de sua renda. Para os autônomos, a contribuição é voluntária.

Todavia, nem todos os participantes do sistema público de saúde pagam a contribuição determinada em lei: os idosos que recebem menos de 255 mil pesos chilenos de pensão e pertencem ao *Pilar Solidario* (sistema de previdência) são isentos desse pagamento. Além disso, o sistema ainda cobre aqueles que recebem benefícios de desemprego, mulheres gestantes, pessoas com necessidades especiais, indigentes, entre outros grupos. Os cidadãos de maior poder aquisitivo co-participam do pagamento dos serviços prestados.

Já as seguradoras integrantes do sistema privado oferecem planos de saúde com maior cobertura, desde que os seus associados paguem a mais por isso. Por esse motivo, essas instituições tendem a atender à população de maior renda, os quais procuram serviços de melhor qualidade e maior liberdade de escolha.

O sistema público chileno de saúde é financiado com impostos gerais, contribuições obrigatórias dos trabalhadores, aportes financeiros dos municípios e ainda dos co-pagamentos da população de alta renda.

Os fundos privados provêm das contribuições obrigatórias dos trabalhadores, tarifas e pagamentos, tanto obrigatórios quanto voluntários, dos afiliados do Instituto Previdenciário e dos pagamentos diretos.

Aproximadamente, 70% da população chilena é filiada ao sistema público de saúde, enquanto 17,5% adere aos serviços privados.

Em 2010, segundo os dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) para 2010, os gastos totais com saúde no Chile correspondem a 7,4% do PIB (valor menor que o brasileiro), sendo que 47,2% desse montante investido em saúde é

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

público e 52,8% privado. Mesmo assim, esse investimento público equivale à fração de 15,8% de todo o gasto governamental.

A classificação do arranjo público-privado do sistema de saúde chileno, usando-se a categorização da OCDE, seria o de um sistema Primário Substituto², pois a adesão da pessoa a uma seguradora privada implica em sua retirada do sistema público.

2.2 Histórico do Sistema Único de Saúde no Brasil

Conforme disposto no art. 22, XXIII, da Constituição Federal de 1988, cabe privativamente à União legislar sobre a seguridade social (art. 22, XXIII), que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art. 194). A Carta Magna prevê também que a seguridade social seja financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos dos entes federados e de contribuições sociais (art. 195).

Especificamente em relação à saúde, a Constituição Cidadã passou ainda a considerá-la “*direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação*” (art. 196), sendo livre à iniciativa privada dela participar de forma complementar (art. 199). As ações e serviços públicos de saúde também passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e a constituírem um sistema único de saúde – o SUS –, organizado segundo diretrizes de descentralização e de atendimento integral (art. 198).

² O sistema primário é aquele em que o seguro privado disponibiliza acesso aos principais serviços de saúde. Ele pode ser principal – quando não há opção de sistema público – ou substituto – quando há as duas possibilidades, mas a escolha de um implica na exclusão do outro, isto é, o cidadão não pode ter as duas coberturas.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

Ao prever o caráter universal do sistema de saúde, a Constituição concedeu a milhões de brasileiros o direito ao acesso às políticas de saúde, sem que houvesse uma rede adequada e disponibilidade financeira para implementar o atendimento das novas responsabilidades.

Na prática, o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, o que gera uma combinação público-privada financiada, sobretudo, por recursos privados.

O §1º do art. 198 da Constituição Federal, que disciplina o financiamento para a saúde prevê que o SUS seja financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes, sem estabelecer percentual mínimo. Contudo, a indefinição de um piso contribuiu para o subfinanciamento do setor saúde.

A partir de 1993, as contribuições previdenciárias³ deixaram de ser repassadas à saúde em virtude dos desequilíbrios que se afiguravam nas contas da previdência social. Assim, a saúde deixou de contar com o repasse dos recursos da contribuição social de empregadores e empregados.

Com a Emenda Constitucional nº 20/98, que modificou o art. 167, XI, foi vedada a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, a, e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social. Dessa forma, os recursos para financiamento da saúde passaram a depender de aportes do orçamento da seguridade social, cujas fontes financeiras mais significativas eram recursos tributários e fiscais, dentre os quais os mais expressivos são a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS) e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) e, a partir de 1993, da participação mais relevante do Tesouro da União.

³ Contribuição dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (fonte 154).



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Para cobrir a falta desses recursos, o setor realizou empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). No período de 1993 a 1996, a saúde viveu incertezas quanto ao seu financiamento, levando o setor a fazer diversos outros empréstimos junto ao FAT em 1993, 1995 e 1996 e a passar por constante falta de verbas.

orçamento conjunto, como também de gestão efetivamente unificada em um ministério, como o da Seguridade Social. Entretanto, não foi o que ocorreu, pois as áreas da previdência, da saúde e da assistência social foram regulamentadas por leis distintas e institucionalizadas em ministérios diferentes, com receitas estipuladas separadamente.

Por outras palavras, a regulamentação setorial do sistema da seguridade social estruturou as áreas que constituem o sistema (previdência, saúde e assistência social) em uma quase completa independência administrativa e financeira, não obstante o sistema em um único ministério, financiado por um orçamento da seguridade social, autônomo do orçamento fiscal e estabelecido por um conselho nacional.

Destaca-se, também, que por meio da Emenda Constitucional (EC) de Revisão nº 01, de 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE) como medida necessária à estabilização da economia. Dentre outros fins, esse fundo reservava vinte por cento (20%) do produto da arrecadação de todos os impostos e contribuições da União. O FSE expressava como objetivo o saneamento financeiro da fazenda pública e a estabilização econômica, cujos recursos seriam aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive, liquidação de passivos previdenciários.

1997, passando a ser chamado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), ainda com o objetivo de saneamento financeiro da fazenda pública Federal e de estabilização econômica, mas, desta vez, para ações prioritárias naquelas aludidas áreas sociais (arts. 71 e 72, §2º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias). E, novamente, com a EC nº 17, de 22 de novembro de 1999, mantendo-se o objetivo.

No ano 2000, com a EC nº 27, foi criada a chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU), que sucedeu aqueles primeiros Fundos – FSE e FEF – e estabeleceu que seria desvinculado de órgão, fundo ou despesa, no período de 2000 a 2003, vinte por cento (20%) da arrecadação de impostos e contribuições sociais da União, excetuando-se apenas a arrecadação oriunda da contribuição social do salário-educação (art. 76 do ADTC). Como se observa, ao contrário do FSE e do FEF, não foi estabelecido um objetivo expresso para a DRU.

2007, sendo que, por ocasião dessa última prorrogação, além da arrecadação dos impostos e contribuições sociais, foi agregada a Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico (CIDE) como receita passível de desvinculação.

Em 2007, a EC nº 56 promoveu nova prorrogação da DRU até 2011, quando a EC nº 68, de 21 de dezembro de 2011, aprovou a dilação da vigência até o exercício de 2015.

De acordo com as regras impostas, a Desvinculação de Receitas da União incidiu sobre tributos destinados a financiar serviços públicos, como saúde, educação e trabalho. Dessa forma, um dos efeitos da DRU é transferir recursos do

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal da União. No entanto, após o exercício de 2008, esse efeito foi anulado.

Até 2008, o valor retirado do orçamento da seguridade social superava o montante transferido do orçamento fiscal para suprir as necessidades de financiamento do orçamento da seguridade social. Isso significa que sobrariam recursos no orçamento da seguridade social, se a DRU não incidisse sobre suas receitas. Entretanto, a partir de 2009, o orçamento da seguridade social passa a ser deficitário, de modo que, independentemente da DRU, recursos do orçamento fiscal foram necessários para atender despesas do orçamento da seguridade social⁴.

2.3 A Saúde Suplementar no Brasil

O alto percentual de financiamento privado no sistema de saúde brasileiro é reflexo do arranjo público-privado em vigor em nosso país. No Brasil, segundo estimativas da OMS, publicadas no World Health Statistics 2013, o gasto privado com saúde no Brasil correspondeu, em 2010, a 53% dos gastos em saúde. No mesmo período, o gasto com planos de saúde correspondeu a 40,4% dos gastos privados.

Em análise feita pelo sanitarista Gilson Carvalho, utilizando, também, dados de 2010, constatou-se que o setor público foi responsável por 47% do financiamento da saúde no Brasil e o privado 53%. A despesa com desembolso direto das famílias foi de 16% (R\$25 bi) e o gasto com medicamentos diretamente adquiridos pelas famílias representa 36% do gasto privado (R\$55 bi).

⁴ Vide: Nota Técnica da Consultoria de orçamento da Câmara dos Deputados n.º 18/2011, in http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamento-brasil/orcamento-uniao/estudos/2011/nt_18_2011 e Relatório Resumido da Execução Orçamentária de 2012 da Secretaria do Tesouro Nacional, Tabela 9 - Demonstrativo das Receitas e Despesas da Seguridade Social e Tabela 9-A - Demonstrativo das Receitas da Seguridade Social Desvinculadas, in <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/images/arquivos/artigos/RROdez2012.pdf>

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

Atualmente, cerca de 25% da população brasileira tem cobertura médico-assistencial provida por planos de saúde, que compõem o chamado setor suplementar, o que significa dizer que quase um em cada quatro brasileiros utiliza os planos privados de saúde.

Durante as audiências públicas, o Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, André Longo, apresentou o modelo de análise de Mossialos e Thompson sobre as relações públicos privadas e o seguro privado, o qual tipifica três modelos de assistência:

- Complementar: oferece serviços não disponíveis no sistema estatutário, inclusive para co-pagamento a serviços oferecidos pelo sistema público.
- Substitutivo: quando grupos de pessoas devem escolher se serão protegidas pelo sistema estatutário ou se pelo seguro privado.
- Suplementar: proporciona maior rapidez no acesso aos serviços, maior poder de escolha do provedor, cobertura para amenidades e acomodação hospitalar superior. Com frequência, o tipo suplementar corresponde a semelhantes serviços cobertos pelo sistema estatutário, quando é chamada de cobertura duplicada.

Os beneficiários dos planos privados de assistência à saúde no Brasil têm o direito de utilizar os serviços do SUS, pois a saúde pública brasileira é um direito de todos. Além disso, como o próprio nome deixa muito claro, os planos privados de assistência à saúde são focados na assistência, portanto todas as outras ações de saúde são realizadas pelo SUS.

Dessa forma, existe uma duplicação de cobertura no sistema de saúde brasileiro, conforme demonstrado no quadro abaixo:

Tabela 1: Sistema de Saúde Brasileiro duplicado na atenção à saúde



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	
SUS (Sistema Único de Saúde)	Sistema de Saúde Suplementar
Vigilância Sanitária	-
Vigilância Epidemiológica	-
Atenção à Saúde	Atenção à Saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção à saúde; • Prevenção de riscos e doenças; • Atenção básica; • Atenção de média e alta complexidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção à saúde; • Prevenção de riscos e doenças; • Atenção básica; • Atenção de média e alta complexidade.

Fonte: PEREIRA, 2009⁵

A OCDE define que o modelo do tipo “duplicado” ocorre sempre que serviços semelhantes são cobertos pelo seguro privado e pelo sistema público (seja esse sistema nacional de saúde ou seguro social). A Organização tem classificado no mesmo modelo o Reino Unido, Irlanda, Finlândia, Portugal, Espanha, Itália, Grécia.

Esta duplicação pode causar distorções, ambiguidades e irracionalidades no sistema de saúde como um todo, implicando em prejuízos para o SUS. O setor suplementar não promove ações de vacinação, vigilância sanitária e em saúde, entre outras ações. Além do mais, os planos de saúde frequentemente não cobrem ou dificultam a realização de tratamentos de alto custo e, por isso, os seus beneficiários acabam tendo seus tratamentos executados pelo SUS. Em algumas áreas de atenção, faltam até mesmo estruturas e unidades de saúde aptas a prestar atendimento por causa da falta de demanda, como ocorre com as urgências e emergências.

⁵ PEREIRA, Silvana Souza da Silva. *Regulação da Saúde Suplementar: Econômica, social ou da qualidade?* 2009. 41 f. Monografia (Especialização em Gestão Pública). Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2009.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Mais recentemente, por causa do rápido crescimento dos beneficiários de planos de saúde, da expansão da classe C e a consequente oferta de planos de saúde com preços e coberturas reduzidos, os beneficiários de planos de saúde têm utilizado o SUS para serviços de menor complexidade, pois a abrangência geográfica dos serviços do setor suplementar tem sido insuficiente. Outra questão, e uma das que mais tem prejudicado a saúde pública, é a competição entre os dois sistemas por profissionais e unidades de saúde, sendo que hoje um dos maiores limitadores do SUS é o número reduzido de médicos e de rede prestadora.

O setor suplementar não funciona como um sistema de saúde completo e seus serviços oferecidos geralmente se concentram em consultas com especialistas, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e cirurgias eletivas. No ano de 2012, segundo o periódico Caderno de Informação da Saúde Suplementar da Agência Nacional de Saúde Suplementar, publicado em março de 2013, a despesa assistencial médico-hospitalar gerada pelos 49,9 milhões de beneficiários dos planos de saúde foi de R\$ 78,8 bilhões, o que corresponderia a uma despesa per capita de R\$ 1.643, 50.

Logo, existe um investimento muito maior no setor suplementar de saúde, mesmo que ele não promova ações inerentes a um sistema de saúde, como as de vigilância sanitária e em saúde, de imunização etc. Dentro do SUS, convivem – por causa da duplicação de cobertura – pessoas com condições muito desiguais de renda. Sabe-se ainda que o setor de saúde suplementar tem competido com o SUS na contratação dos serviços privados de saúde (uma vez que o SUS precisa deles por causa da insuficiência da rede pública própria) e vencido essa disputa, pois remunera melhor.

O objetivo dessa Comissão é discutir o tema financiamento da saúde, porém é extremamente importante que o Senado Federal aprofunde a discussão da relação SUS X Sistema Suplementar.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

2.4 Formas de avaliação do Sistema Único de Saúde: o IDSUS⁶

O Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS) avalia o SUS em cada município brasileiro, buscando medir se o sistema cumpre seus objetivos de universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização nos municípios, regiões, estados e no Brasil.

Avaliam-se, com este indicador, tanto a atenção básica e especializada existentes no município, quanto os atendimentos especializados encaminhados para outros municípios, indicando também as dificuldades do acesso e os resultados da atenção à saúde, segundo as melhores respostas esperadas (efetividade).

O IDSUS é composto por 24 indicadores componentes, que avaliam acesso e efetividade nos níveis de atenção básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência. As notas variam de 0 a 10 e dão a distância aproximada entre o SUS que temos e um SUS melhor e viável.

Como o IDSUS mede a atenção aos residentes em cada município, o cálculo do gasto com o SUS em cada município deve incluir todo o gasto com força de trabalho, insumo e manutenção para a produção de procedimentos (atendimentos, consultas, exames, tratamentos, internações, medicamentos, etc.): (a) na atenção básica; (b) na atenção ambulatorial e hospitalar especializada realizada no próprio município; e (c) na atenção ambulatorial e hospitalar especializada realizada na própria localidade.

Partindo desse pressuposto, são calculados os gastos totais do SUS com os residentes de cada município, envolvendo os gastos dos três entes federados, somando-se os seguintes itens:

⁶ Texto elaborado por Afonso Teixeira dos Reis, Coordenador-Geral de Monitoramento e Avaliação do Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (DEMAS/SE/MS), com adaptações.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

1. Transferências do Fundo Nacional de Saúde:
 - a. Transferências para a atenção básica: Piso de Atenção Básica Fixo (PAB Fixo), Assistência Farmacêutica Básica, Farmácia Popular (pública), Farmácia Comercial (Saúde não tem Preço), Fitoterapia;
 - b. Vigilância à saúde;
 - c. Recursos para gestão, investimento para a atenção básica recebidos pelo município; e
 - d. Recursos para gestão, investimento e vigilância em saúde para a atenção em média e alta complexidade, distribuídos proporcionalmente à produção hospitalar e ambulatorial realizada no município e depois distribuída proporcionalmente ao valor recebido por residente do próprio município ou de referência.
2. Gasto Total (calculado a partir das horas trabalhadas registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) com Força de Trabalho – FT na Atenção Básica descontadas todas as transferências variáveis do FNS para atenção básica;
3. Gastos Totais (calculado a partir das horas trabalhadas registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) do SUS com a Força de Trabalho pública e especializada (ambulatorial e hospitalar), para os residentes de cada município, englobando aqueles onde foram realizadas a atenção (no município de residências e nos municípios para os quais foram encaminhados para a atenção especializada);
4. Valores recebidos pela população do sistema ambulatorial e sistema hospitalar, realizada para os residentes de cada município em média complexidade ambulatorial total e hospitalar, alta complexidade ambulatorial e hospitalar.
5. Acréscimo de gastos para cada município (manutenção, insumos e outras despesas) dado pela proporção do subtotal de gastos em cada município em relação ao subtotal de gastos Brasil (itens 1 a 4 acima) multiplicado pela

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

diferença entre o subtotal Brasil e o Total da Despesa Brasil (calculado com dados SIOPS e Orçamento do Ministério da Saúde, em 2012).

Esses passos permitem chegar ao total estimado que o SUS gasta com os residentes de cada município, considerando toda a atenção básica realizada na própria localidade, assim como a atenção especializada realizada no próprio ente ou em outros entes brasileiros.

3 HISTÓRICO LEGAL DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE**3.1 CPMF: Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira⁷**

Depois de longos debates sobre a criação de uma fonte de recursos para subsidiar a saúde, já na gestão do Ministro Adib Jatene, a solução encontrada pelo Congresso Nacional para atenuar os problemas financeiros na área de saúde foi a promulgação da Emenda Constitucional (EC) nº. 12, de 15 de agosto de 1996, que autorizou a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), regulamentada pela Lei nº. 9.311, de 24 de outubro de 1996.

A CPMF era um mecanismo configurado como tributo fundamental no equacionamento do problema do financiamento da saúde, tanto para encurtar o prazo de início da cobrança do tributo (noventena), quanto para evitar questionamentos jurídicos em relação à vinculação do produto da arrecadação integralmente ao Fundo Nacional de Saúde.

⁷

3, de 1993, cujo art. 2º autorizou que le
fixando alíquota máxima de 0,25%. A arrecadação do IPMF foi iniciada em 26 de dezembro de 1993, mas foi suspensa no período de 15 de s



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

A contribuição, que era provisória, foi criada para vigorar inicialmente por treze meses. Contudo, por meio da Lei nº 9.539, de 12 de dezembro de 1997, esse período foi ampliado para 24 meses, a partir de 23 de janeiro de 1997, em consonância com o período máximo permitido pela EC nº 12, de 1996, que autorizou sua criação. A CPMF inicialmente destinava seus recursos integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde (art. 74 do ADCT).

Vencido o prazo de vigência, a cobrança da CPMF foi restabelecida pela EC nº 21, de 18 de março de 1999, para vigorar de 17 de junho de 1999 a 16 de junho de 2002, com destinação de parte dos . Posteriormente, a EC nº 37, de 12 de junho de 2002, estendeu sua vigência até 31 de dezembro de 2004, e, desta vez, previdência e ao fundo de combate e erradicação da pobreza. Em seguida, a EC nº 42, de 19 de dezembro de 2003 prorrogou o prazo até 31 de dezembro de 2007, último ano de sua cobrança, dada a rejeição do Senado Federal da Proposta de Emenda à Constituição nº 89, de 2007, que pretendida prorrogar a vigência da CPMF até 2011.

Como mencionado, na origem, a CPMF foi instituída para custeio de ações e serviços públicos de saúde. Todavia, com o advento da EC nº 21, de 1999, a contribuição passou também a financiar o pagamento de aposentadorias e pensões a cargo do INSS e ações de combate e erradicação da pobreza⁸.

Vale lembrar que, em seu primeiro ano de vigência, ficou evidenciado que a criação da contribuição não era, por si só, garantia de maiores recursos para a saúde pública, uma vez que outras fontes que financiavam tradicionalmente o setor passaram a ser alocadas em outras áreas.

⁸ Da alíquota de 0,38% cobrada pela CPMF, 0,20% era destinada à saúde; 0,10%, à Previdência e 0,08%, ao Combate e Erradicação da Pobreza.

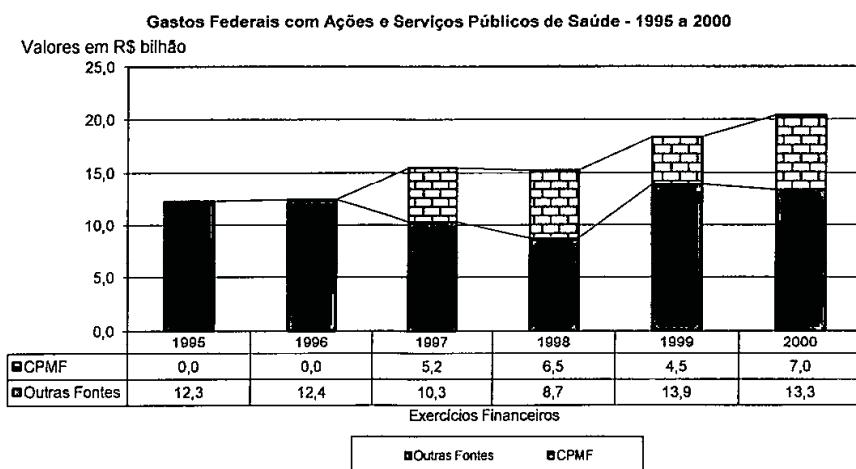


SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Essa constatação, facilmente visualizada no gráfico abaixo, fez com que o Congresso Nacional inserisse nas Leis de Diretrizes Orçamentárias (LDO), para os exercícios a partir de 1998 (Lei nº 9.473, de 22 de julho de 1997), regra em que se fixava valor mínimo de aplicação em saúde, tendo por base a dotação autorizada no exercício anterior.⁹ Essa regra permaneceu até a LDO para o ano fiscal de 2000 (Lei nº 9.811, de 28 de julho de 1999), ano em que passou a vigorar a EC nº 29, de 13 de setembro de 2000.

Gráfico I



Fonte: Nota Técnica nº. 10, de 2011 – CONOF/Câmara dos Deputados

É importante mencionar que a aprovação da EC nº 29, de 2000, de certa forma acabou por esvaziar a polêmica em torno da aplicação dos recursos da CPMF na área de saúde. Ao ser fixado constitucionalmente um piso mínimo de aplicação que seria corrigido a cada ano pela evolução do Produto Interno Bruto (PIB), independentemente do comportamento da receita, das restrições orçamentárias ou das fontes usadas, o setor se viu protegido em relação às demais áreas de governo. Assim, a EC nº 29, de 2000, garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento

⁹ Com efeito, na LDO 1998 (Lei nº 9.473/1997), foi inserido o seguinte dispositivo: "Art. 37 No exercício de 1998 serão aplicados, em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos autorizados em 1997."



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

da saúde e trouxe aumento, sobretudo a partir de 2004, no aporte de recursos por parte da União.

3.2 Emenda Constitucional nº 29, de 2000

A EC nº 29, de 2000, (Emenda Constitucional da Saúde) assegurou a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos (arts. 167, IV, 198, §2º e 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias). Nesse período, de 2000 a 2004, vigoraram as determinações previstas no art. 77 do ADCT, *in verbis*:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

- a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;*
- b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;*

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

A EC nº 29, de 2000, definiu a origem dos recursos que financiariam a saúde sob responsabilidade dos entes subnacionais (art. 198, §2º, II e III, da CF) e previu a edição periódica de lei complementar para revisar os percentuais de vinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por parte dos entes federados, e também para estabelecer os critérios de rateio, a fiscalização e o controle dos recursos (art. 198, §3º, da CF)¹⁰.

¹⁰ Constituição. Art. 198 (...) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

II - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

Assim, com a edição da EC nº 29, de 2000, ficaram estabelecidos níveis mínimos de aplicação de recursos financeiros na saúde por parte das três esferas de governo. Até o ano de 2004, Estados e municípios seriam obrigados a investir, no mínimo, 12% e 15% da arrecadação de seus impostos próprios, respectivamente. A União, desde então, deveria gastar com saúde o correspondente ao que desembolsou no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto.

Na ausência da referida lei complementar, a Carta Política determinou ainda que fossem mantidas as regras transitórias vigentes até 2004 (art. 77, §4º, do ADCT) ¹¹.

3.2.1 Regulamentação no âmbito da União

Surgiram basicamente duas polêmicas envolvendo a interpretação do mínimo a ser aplicado em saúde, segundo o art. 77 do ADTC: o alcance da expressão ações e serviços públicos de saúde e a apuração da base de cálculo a ser considerada.

Na esfera federal, a LDO passou a desempenhar o papel da lei complementar já no ano de 2001¹². Segundo o modelo adotado, as ações e serviços públicos de saúde compreendiam “a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

¹¹ Art. 77 (...) §4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo (ADCT).

¹² Art. 46 da Lei nº 10.266, de 24 de julho de 2001 (LDO para 2002):

“Art. 46. A proposta orçamentária incluirá os recursos necessários ao atendimento:

II - da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento ao disposto na Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000.

§ 2º Para efeito do inciso II do caput, considera-se como ações e serviços públicos de saúde a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza”.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza", orientação que perdurou até 2011¹³.

Percebe-se que a definição não obedecia à lógica da classificação funcional ou programática da despesa, mas tão somente à institucional; ou seja, não levava em conta o objeto ou a natureza do gasto, mas apenas o órgão executor da ação. Dessa forma, bastava que a despesa integrasse a programação do Ministério da Saúde para que, em tese, fosse computada no piso de aplicação.

Ao longo dos anos, essa precariedade na definição de ações e serviços públicos de saúde ensejou questionamentos acerca das despesas que estavam sendo computadas no piso, sem que representassem efetivamente gastos com saúde¹⁴.

¹³ Lei nº 12.465, de 12 de agosto de 2011 (LDO para 2012); Art. 48. O Projeto e a Lei Orçamentária de 2012 incluirão os recursos necessários ao atendimento: II - da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento ao disposto na Emenda Constitucional no 29, de 2000. § 1º Para os efeitos do inciso II deste artigo, consideram-se exclusivamente como ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações do órgão Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida, as transferências de renda a famílias e as despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, e ressalvada disposição em contrário que vier a ser estabelecida pela lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, da Constituição

¹⁴ Bolsa-Família: embora constituía ação de transferência de renda às famílias em situação de extrema pobreza – portanto, de caráter tipicamente assistencial –, parte dos recursos a ela destinados foram alocados no orçamento do Ministério da Saúde e computados no piso de aplicação em saúde. Com isso, cerca de R\$ 3,3 bilhões reservados à saúde acabaram, no período de 2003 a 2005, financiando ação de assistência social. Essa situação foi sanada com a decisão da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização - CMO, no processo orçamentário de 2006, de centralizar no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS toda a dotação destinada à Bolsa-Família; Saneamento em municípios com mais de 30 mil habitantes: a partir de 2004, diversas ações que estavam a cargo da extinta Secretaria de Desenvolvimento Urbano – SEDU, atual Ministério das Cidades, foram transferidas para o Ministério da Saúde. Nessa situação encontram-se todas aquelas do programa Serviços Urbanos de Água e Esgoto, com exceção das voltadas a melhorias sanitárias, abastecimento d'água e coleta e tratamento de esgoto em municípios com população de até 30 mil habitantes, que tradicionalmente já faziam parte da programação da Saúde. Os gastos com essas ações, no período de 2004 a 2006, foram de R\$ 602,1 milhões, podendo o montante ser ainda maior, haja vista que a ação genérica saneamento básico para controle de agravos, que atende qualquer município – acima ou abaixo de 30 mil habitantes – foram investidos no mesmo período recursos da ordem de R\$ 403,7 milhões; Farmácia Popular: tendo em vista os medicamentos desse programa serem colocados à disposição da população mediante venda a preços subsidiados, havia entendimento de que não devia integrar o piso da saúde, por ferir os princípios da universalidade e da equidade insculpidos na Constituição. Ademais, seria excludente, na medida em que não atenderia a parcela mais carente da população, a qual, por não dispor de recursos, não teria condições de comprar medicamentos, mesmo a preços baixos. O gasto do Ministério da Saúde com esse programa, no período de 2004 a 2006, foi de R\$ 227,1 milhões; Saúde Suplementar: por não atenderem também aos princípios constitucionais da universalidade e equidade que devem nortear o Sistema Único de Saúde (SUS), os gastos afetos à saúde suplementar computados no piso da saúde tem sido também questionados, visto estarem voltados precipuamente para a regulação das operadoras de planos privados de



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

3.2.2 Base de Cálculo do Valor Mínimo de Aplicação

Das regras estabelecidas no inciso I do art. 77 do ADCT, a contida na alínea "b", referente ao período de 2001 a 2004, gerou polêmica logo no início da vigência da EC nº 29, de 2000, em função das variadas interpretações para apuração da base de cálculo do valor mínimo a ser aplicado pela União.

As divergências giraram, fundamentalmente, em torno das expressões "*valor apurado*" e "*variação nominal do Produto interno Bruto (PIB)*":

- a) valor apurado no ano anterior – à época, o governo interpretava a expressão como equivalente a "*valor mínimo calculado*" para o ano anterior corrigido pela variação do PIB. Partia-se, nessa interpretação, do orçamento empenhado em 1999 acrescido de 5% por cento (mínimo calculado para 2000), aplicando-se, a partir daí, tão-somente a variação nominal do PIB ocorrida ano a ano. Era a chamada interpretação da base fixa. A outra interpretação, defendida pelo Ministério da Saúde e por diversos parlamentares, considerava a referida expressão como tendo o mesmo significado de "*valor empenhado no ano anterior*". Assim, para o cálculo do valor mínimo a ser aplicado em cada ano considerar-se-ia como base de cálculo o efetivamente gasto (empenhado) no ano anterior e, sobre esse valor, seria acrescida a variação nominal do PIB. Essa interpretação ficou conhecida como base móvel.
- b) variação nominal do Produto interno Bruto - a controvérsia residia sobre a definição do PIB a ser considerado na apuração do valor mínimo: o PIB do ano de execução do orçamento ou o do ano anterior. A polêmica derivava do fato de o PIB de determinado ano somente vir a ser conhecido em meados do ano subsequente. Esse fato levou a Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO) a aprovar, no processo orçamentário de 2001, a tese defendida no Relatório Setorial da Saúde segundo a qual, na apuração do valor mínimo, se deveria aplicar a variação nominal do PIB do ano anterior ao do orçamento, sob o argumento de que, embora se tratando ainda de variação estimada por ocasião da sanção da lei orçamentária, teria a vantagem não apenas de ser mais preciso como também de ter o seu valor final divulgado no decorrer do exercício da execução do orçamento; portanto, em tempo hábil, para as correções que se mostrassem necessárias para cumprimento da determinação constitucional. Porém, para o governo à época, a variação nominal a ser aplicada deveria ser a do PIB do ano de execução do orçamento, por entender que a aplicação mínima deveria acompanhar o crescimento da economia durante o próprio exercício.

saúde e suas relações com prestadores e consumidores. O total gasto com essas ações, no período de 2000 a 2006, foi de aproximadamente R\$ 499,8 milhões.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Como se percebe, durante algum tempo foi possível se estabelecer ao menos quatro combinações possíveis para a apuração do mínimo constitucional no âmbito da União:

- (a) base fixa + variação nominal do PIB do ano do orçamento;
- (b) base fixa + variação nominal do PIB do ano anterior ao orçamento;
- (c) base móvel + variação nominal do PIB do ano do orçamento; e
- (d) base móvel + variação nominal do PIB do ano anterior ao orçamento.

A partir do Orçamento de 2004, o Poder Executivo assumiu o compromisso de aplicar a EC nº 29, 2000, à luz da Decisão nº 143, de 2002, do Plenário do Tribunal de Contas da União (TCU), pela qual a base de cálculo deveria ser o "valor efetivamente empenhado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde". Ao mesmo tempo, definiu que o fator de correção seria a "variação nominal do PIB do ano anterior ao da execução do orçamento". Tal compromisso ficou expresso na Mensagem do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva que encaminhou o Projeto de Lei Orçamentária 2004, no tópico referente aos "Gastos Mínimos com Saúde", conforme transscrito a seguir:

"... para a obtenção do valor mínimo contido na PLOA 2004, foi utilizada como base da projeção a estimativa do montante a ser empenhado e liquidado em 2003, equivalente a R\$ 27,2 bilhões, conforme o critério definido pelo Tribunal de Contas da União.

Sobre esse valor foi aplicado o fator correspondente à previsão da taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB). Nominal do exercício de 2003 em relação a 2002 (igual a 1,1924). Tal cálculo resulta no valor de R\$ 32,5 bilhões como o mínimo a ser despendido pelo Governo Federal no setor saúde no exercício de 2004, sendo que R\$ 3,4 bilhões referem-se a pagamento de Pessoal e Encargos Sociais dos servidores ativos e R\$ 29,1 bilhões às demais despesas do Ministério, conforme ilustra o quadro abaixo:" (grifos nossos)

É importante mencionar que a adoção da "base móvel" significou uma vitória para o setor e ensejou a imediata ampliação do cálculo do mínimo constitucional da saúde. Entretanto, a regra de que toda despesa eventualmente realizada acima do piso mínimo agregava-se permanentemente ao mínimo constitucional e passava a



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

ser corrigida pela variação do PIB levou a administração federal a evitar qualquer despesa nessa situação. Na prática, a regra constitucional que fixou um mínimo de aplicação transformava-se em um teto de gasto.

3.2.3 As contribuições do Conselho Nacional de Saúde

Após ampla discussão sobre a operacionalização da EC nº 29, de 2000, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou resolução com o intuito de uniformizar em todo o território nacional a aplicação da referida Emenda.

A primeira diretriz da Resolução nº. 322, de 2003, buscou fixar base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, estabelecendo que a apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, fosse:

Tabela 2 - Valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, por esfera de gestão do SUS, segundo a Resolução nº 322, de 2003, do CNS

União	Estados	Municípios
Até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.	<ul style="list-style-type: none"> • Total das receitas de impostos de natureza estadual • (+) Receitas de transferências da União • (+) Imposto de Renda Retido na Fonte • (+) Outras receitas correntes • (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a municípios • (=) base de cálculo estadual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Total das receitas de impostos de natureza municipal • (+) Receitas de transferências da União • (+) Imposto de Renda Retido na Fonte • (+) Receitas de transferências do Estado • (+) Outras receitas correntes • (=) base de cálculo municipal.

O Distrito Federal, devido a sua natureza administrativa, teria como base os valores resumidos na tabela 3:



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Tabela 3 – Bases de cálculo para aplicação mínima de recursos em saúde para o Distrito Federal, segundo a Resolução nº 322, de 2003, do CNS

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simples	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parté FPE	Quota-parté FPM
Quota-parté IPI - exportação (75%)	Quota-parté IPI - exportação (25%)
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parté ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos Multas, juros de mora e correção monetária"

Como segunda e terceira diretrizes, a Resolução definiu regras para apuração dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde. Para a União, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deveria ser observado o seguinte: (a) a expressão “*o valor apurado no ano anterior*”, previsto no art. 77, II, b, do ADCT, seria o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela EC nº 29, de 2000, para o ano anterior; e (b) em cada ano, até 2004, o valor apurado seria corrigido pela variação nominal do PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

No caso de Estados e Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deveria ser observada a evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação prevista no art. 77, do ADCT. Os entes federados cujo percentual

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

aplicado em 2000 não fosse superior a sete por cento deveriam aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes.

Da quinta à sétima diretrizes, o Conselho buscou definir o que seria considerado como “*ações e serviços públicos de saúde*”.

Deve-se mencionar que a Resolução foi objeto de ação direta de constitucionalidade (ADI nº 2.999-RJ). Porém, o Pleno do Supremo Tribunal Federal, em 13.8.2008, não conheceu da referida ação sob o argumento de que a resolução havia sido expedida com fundamento em regras de competência previstas em complexo normativo infraconstitucional (Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990).

De toda sorte, o país ainda carecia da lei complementar prevista na Constituição para conferir o disciplinamento e a uniformidade que a matéria exigia, uma vez que a harmonia de entendimentos pretendida pela citada Resolução, embora de grande valia, não teve plena eficácia, em face da falta de consenso entre os entes federados com relação às orientações contidas no citado documento¹⁵.

3.3 Lei Complementar nº 141, de 2012

Após doze anos da promulgação da EC nº 29, de 2000, o país passou finalmente a contar com a sua regulamentação, promovida pela Lei Complementar (LC) nº 141, de 13 de janeiro de 2012. A norma manteve, em grande parte, o entendimento constante da Resolução nº 322, de 2003, do CNS mas definiu explicitamente o que deveria ser considerado como “*ações e serviços públicos de saúde*”.

Essa definição legal foi fundamental para a aplicação do piso constitucional, pois somente a partir dela foi possível conferir eficácia plena à EC nº 29, de 2000, e

¹⁵ Por conta dessas divergências, havia Estados, por exemplo, que incluíam no orçamento da saúde despesas com pagamento de planos médicos privados para servidores públicos, saneamento, alimentação e assistência social, dentre outras não consideradas como gastos de saúde pela citada Resolução.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

garantir um mínimo de financiamento permanente para o setor. O mero estabelecimento de percentuais de aplicação mínima - sem a delimitação do núcleo básico do sistema (o conjunto de ações e serviços públicos de responsabilidade exclusiva do setor saúde) -, não garantia a aplicação da EC nº 29, de 2000, uma vez que cada ente federado continuaria podendo realizar despesas naquilo que considerasse saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que a LC nº 141, de 2012, introduziu um componente qualitativo na análise do gasto de saúde, com a fixação de regras, diretrizes e condições para identificação de despesas passíveis de serem consideradas como “*ações e serviços públicos de saúde*”, conforme afirma a Nota Técnica nº 014, de 2012, da Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados¹⁶ (CONOF/CD). Na prática, a Lei Complementar reduziu a subjetividade que durante anos permeou a definição e, com isso, contribuiu para aproximar as despesas do setor à intenção original do constituinte da EC nº 29, de 2000.

Apesar disso, durante a apreciação, pelo Congresso Nacional, do primeiro orçamento elaborado sob a vigência das regras da LC nº 141, de 2012, surgiram as primeiras divergências quanto a sua interpretação: a Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO) apontou divergências de interpretação da citada norma em relação às despesas previstas na proposta orçamentária enviada pelo Executivo em seu parecer preliminar.

Em função dessas divergências, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CAS) e a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF) manifestaram formalmente o entendimento de que as despesas divergentes mencionadas no parecer preliminar da CMO não deveriam ser computadas no piso constitucional da saúde.

¹⁶ Disponível em <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/orcamento-brasil/estudos/2012/nt14.pdf>.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

Por fim, a LC nº 141, de 2012, também se mostrou importante no que tange à regulamentação do não cumprimento da prevista aplicação mínima de recursos em saúde, pois estabeleceu que os entes que descumprirem o valor mínimo previsto para gasto em ações e serviços públicos de saúde de um exercício deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que a diferença entre na contabilidade do valor gasto no ano.

Não obstante o avanço implementado pela norma, ela deixou de atender aos apelos advindos de diversos setores da sociedade no sentido de aumentar a participação da União no financiamento da saúde. De fato, a norma manteve a previsão de que o valor a ser aplicado em um exercício tomasse por base o “*montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior*” (base móvel), acrescida da “*variação nominal do Produto Interno Bruto do ano anterior*” (cf. art. 5º da citada LC). O art. 5º da LC nº 141, de 2012, determinou ainda que o “*valor empenhado no exercício financeiro anterior*” fosse “*apurado nos termos da Lei Complementar*.”

Portanto, a LC nº 141, de 2012, incorporou a regra provisória estabelecida pelo constituinte (art. 77 do ADCT) e frustrou as expectativas que se criaram em torno de maiores recursos para o setor advindos da União.

4 AVALIAÇÕES DA COMISSÃO**4.1 Subfinanciamento Público da Saúde**

Dados apresentados por sanitaristas, estudiosos e entidades ligadas ao aprimoramento dos sistemas de saúde no mundo apontam que o Sistema Único de Saúde é subfinanciado e, por isso, os seus problemas não seriam resolvidos apenas com a melhoria da gestão. É necessário aumentar o aporte de recursos financeiros ao SUS.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

Conforme demonstrado anteriormente, o problema de subfinanciamento do SUS se origina desde sua criação pela Constituição Federal de 1988. Antes da promulgação da Lei Magna, apenas a população pertencente ao mercado formal de trabalho, que tinha cobertura previdenciária, estava amparada pelos serviços médico-assistenciais providos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), que integrava o então Ministério da Previdência e Assistência Social.

O art. 196 da Constituição Federal estendeu o direito à saúde a todos e instituiu o SUS como modelo de efetivação desse direito, acolhendo, dessa forma, muitas pessoas que antes não tinham direito de receber qualquer tipo de atenção a sua saúde.

O SUS, uma conquista inequívoca do povo brasileiro, apresenta problemas estruturais que são decorrentes, em grande parte, da falta de recursos para seu adequado financiamento, o que pode ser demonstrado por meio de comparações com outros países.

A OMS publica anualmente o relatório *World Health Statistics*, que contém dados a respeito do investimento em saúde em vários países, incluindo o Brasil. Sabemos que a simples comparação de números pode conduzir a erros, pois cada nação tem uma história particular de desenvolvimento, bem como condições epidemiológicas e demográficas diferenciadas que devem ser observadas nas análises.

No entanto, os dados da Tabela 4, parecem suficientes para demonstrar, de maneira inequívoca, mesmo com as ressalvas já pontuadas, que o SUS é subfinanciado.

Tabela 4 – Investimento Nacional em Saúde: Percentual do PIB, per capita, Participação Pública e Privada e Participação do Gasto Governamental Total – 2010



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

País	% PIB	Per capita ^a	% Público	% Privado	% Gasto Governamental Total
Austrália	9	3.685	68,5	31,5	16,8
Brasil	9	1.009	47	53	10,7
Japão	9,2	3.120	80,3	19,7	18,2
Itália	9,5	3.046	77,6	22,4	14,7
Espanha	9,6	3.057	74,2	25,8	15,4
Reino Unido	9,6	3.433	83,2	16,8	15,9
Dinamarca	11,1	4.467	85,1	14,9	16,4
Canadá	11,4	4.443	71,1	28,9	18,3
Alemanha	11,5	4.342	76,8	23,2	18,5
França	11,7	3.997	76,9	23,1	15,9
Estados Unidos	17,6	8.233	48,2	51,8	19,9

Fonte: World Health Statistics 2013 – OMS

^a Em dólares internacionais, segundo paridade de poder de compra

Como se pode notar, a fração do Produto Interno Bruto brasileiro investido em saúde, correspondente a 9%, é satisfatória se comparada à dos outros países constantes na Tabela 4. O problema do sistema brasileiro é que esse gasto em saúde é financiado prioritariamente pelo capital privado, pois apenas 47% dele é custeado pelo poder público.

As informações do relatório da OMS também demonstram que a participação majoritária do poder público no financiamento promove maior racionalidade e eficiência dos sistemas de saúde, agregando insumos que propiciam qualidade do atendimento em saúde prestado aos seus cidadãos. Entendemos, portanto, que o investimento público deve conduzir o financiamento em saúde de um país.

No entanto, o mero ingresso de recursos pode não ser suficiente para proporcionar efetividade e justiça social em saúde, conforme demonstram os números estadunidenses: mesmo com o alto investimento em relação ao PIB, aquele país apresenta iniquidades em saúde, em que se destaca a falta de cobertura para quase cinquenta milhões de pessoas, o que equivale a 16% de sua população.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

O perfil do gasto *per capita* com saúde e o percentual do gasto com saúde em relação ao gasto governamental total também nos mostram que o Brasil tem um gasto com cada indivíduo pelo menos três vezes menor que o dos outros países da Tabela 4. Adicionalmente, os números mostram que o gasto com saúde nesses países representa uma fração do gasto governamental total aproximadamente cinco pontos percentuais maior que no Brasil.

A Tabela 5 exibe os gastos em saúde, publicados pela OMS, de alguns países da América Latina, que apresentam similaridades históricas e sociais com o Brasil.

Tabela 5 – Investimento Nacional em Saúde: Percentual do PIB, *per capita*, Participação Público e Privado e Participação do Gasto Governamental Total em Países da América Latina – 2010

País	% PIB	Per capita ^a	% Público	% Privado	% Gasto Governamental total
México	6,3	962	49	51	12,1
Chile	7,4	1.191	47,2	52,8	15,8
Uruguai	8,1	1.132	65,3	34,7	18,8
Argentina	8,3	1.321	64,4	35,6	17,7
Brasil	9	1.009	47	53	10,7
Paraguai	9,6	493	34,4	65,6	17,3

Fonte: World Health Statistics 2013 – OMS

^a Em dólares internacionais, segundo paridade de poder de compra

Na América Latina, a participação do capital privado no financiamento da saúde alcança níveis maiores que em países desenvolvidos. Essa política se reflete nos indicadores de saúde dessa região, que ainda apresentam muitas carências, apesar dos avanços das últimas décadas.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Mesmo assim, no Chile, no Uruguai e na Argentina, o investimento *per capita* em saúde é maior que o valor aplicado no Brasil. Nesses países, o percentual do gasto público empregado em saúde também supera o percentual brasileiro, embora o percentual do PIB investido em saúde seja menor que o do Brasil.

Entre os países integrantes do BRICS – grupo composto por Brasil, Rússia, Índia, China e África do Sul – há grande variabilidade nos investimentos em saúde, como nos mostram os dados da Tabela 6 abaixo. À exceção da Índia, que tem indicadores de saúde ruins, os países do BRICS têm indicadores de saúde considerados medianos, assim como ocorre com o investimento em saúde.

Tabela 6 – Investimento Nacional em Saúde: Percentual do PIB, *per capita*, Participação Pública e Privado e Participação do Gasto Governamental Total nos Países Integrantes do BRICS – 2010

País	% PIB	Per capita ^a	% Público	% Privado	% Gasto Governamental total
Índia	3,7	126	28,2	71,8	6,8
China	5	373	54,3	45,7	12,1
Rússia	6,5	1.277	58,7	41,3	9,7
África do Sul	8,7	915	46,6	53,4	12,4
Brasil	9	1.009	47	53	10,7

Fonte: World Health Statistics 2013 – OMS

* Em dólares internacionais, segundo paridade de poder de compra

Como demonstram os dados apresentados, as experiências internacionais certificam que os sistemas nacionais de saúde devem ser massivamente financiados com recursos públicos, sendo fácil listar duas razões para isso. Sabe-se, por exemplo, que um sistema público de saúde elimina ou diminui várias parcelas do lucro obtido no sistema privado, o que reduz custos. Além disso, a função redistributiva do Estado pode atenuar desigualdades causadas ou ignoradas pelo

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

interesse econômico, pois realoca recursos para áreas nas quais o mercado não tem interesse de atuar.

Os números mostram que os indicadores de saúde são melhores e os sistemas de saúde são mais eficientes quando é maior o investimento público em saúde. Portanto, ainda que o SUS tivesse padrão de excelência de gestão em todas as suas esferas, não seria possível manter um sistema público de saúde de grande qualidade com os baixos níveis atuais de verbas públicas aplicadas.

As diretrizes que guiam a atenção à saúde da população não podem ser estabelecidas pelos interesses privados, mas sim pelo Estado, conforme define a Constituição Federal de 1988. No entanto, falta ao modelo brasileiro a efetivação dessa política por meio do aumento do financiamento público.

4.2 Evolução dos gastos públicos em saúde a partir da EC 29/2000

Com o advento da Lei Complementar nº 141, de 2012, a base de gastos federais de 2012 precisou ser alterada para atender às novas regras. Dessa forma, a fim de manter compatibilidade entre os dados federais, estaduais e municipais, já declarados, tomaremos para análise os números de despesa com ações e serviços públicos de saúde referentes ao período entre 2000 e 2011.

A EC nº 29, de 2000, entrou em vigência no ano de seu promulgação, momento em que a União ainda respondia por quase 60% dos recursos totais do setor. Desde então, a participação federal viria decrescendo (PIOLA¹⁷), até alcançar cerca de 45% em 2011.

Conforme demonstra a Nota Técnica nº 12, de 2013 – CONOF/CD¹⁸, em que pese o crescimento nominal das despesas federais verificado entre 2000 e 2011,

¹⁷ Piola, Sérgio Francisco. Artigo "Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde", que serviu de base para a publicação "A Saúde no Brasil em 2013 Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro para 2030", Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

¹⁸ Publicada pela Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados e intitulada "Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com cobertura universal". Disponível em



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

percebe-se a redução da participação relativa da União ao longo do período (cf. Tabela 7). No ano de 2000, a União respondia por aproximadamente 58,6% do gasto público; contudo, essa participação foi reduzida, chegando a 43,4%, em 2008, e 45,4%, em 2011. Por sua vez, a participação dos demais entes federados aumentou, de 20,2% para 25,7%, no caso de Estados, e de 21,2% para 28,8%, no caso de Municípios, entre 2000 e 2011.

Tabela 7 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

Entes Federados	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%														
União	20,4	58,6	22,5	54,6	24,7	52,1	27,2	50,1	32,7	49,3	36,5	47,7	40,7	46,7	44,3	45,8	48,7	43,4	58,3	40,6	62,0	44,7	72,3	45,4
Estados	7,0	20,2	9,4	22,9	10,8	22,6	13,3	24,5	17,3	26,0	19,7	25,7	23,0	28,3	28,0	26,9	31,0	27,6	32,3	25,8	37,3	26,9	40,9	25,7
Municípios	7,4	21,2	9,3	22,6	12,0	25,3	13,6	25,4	16,4	24,7	20,3	26,5	23,6	27,0	26,4	27,3	32,6	29,0	34,5	27,8	39,3	28,4	45,9	28,6
Gasto Público Total	34,7	100	41,2	100	47,5	100	64,3	100	65,4	100	78,4	100	87,3	100	86,7	100	112,2	100	125,1	100	138,5	100	169,2	100

Fonte: Estados e Municípios: SPOMS e Slops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Slops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaudede.saude.gov.br/portalsaudede/qvpls/cpd/2012Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. GBS: (1) Dados de Estados e Municípios: foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços efetuada pela equipe do Slops; (2) Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitem em cada ano, que corresponde a uma média de 89% do total de municípios entre 2001 e 2008. Dados preliminares, ainda sujeitos a revisão com análise de balanço; (3) Dados da União: foram extraídos do SIAFI, Estata Seguridade Social, Órgão Ministério da Saúde, segundo interpretação anterior à Lei Complementar nº 141, de 2012.

Em se considerando os valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA)¹⁹, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a participação dos entes federados em ASPS seria a constante da Tabela 8.

Tabela 8 - Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde
(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados	Em R\$ bilhões											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
União	41,3	42,7	43,3	41,5	46,9	48,9	52,4	55,0	57,2	65,3	66,1	72,3

<http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamento/brasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasileOutrosPasesV.Prel..pdf>. Acesso em 30/07/2013.

¹⁹ O IPCA/IBGE verifica as variações dos custos com os gastos das pessoas que ganham de um a quarenta salários mínimos nas regiões metropolitanas de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e município de Goiânia. O Sistema Nacional de Preços ao Consumidor - SNIPC efetua a produção contínua e sistemática de índices de preços ao consumidor, tendo como unidade de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e domicílios (para levantamento de aluguel e condomínio).



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Entes Federados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Estados	14,2	17,9	18,8	20,3	24,7	26,4	29,6	32,2	36,4	36,1	39,7	40,6
Municípios	15,0	17,7	21,1	21,0	23,5	27,2	30,3	32,8	38,3	38,7	41,9	45,9
Gasto Público	70,5	78,2	83,3	82,9	95,1	102,5	112,3	120,1	131,8	140,1	147,7	159,2

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsauder.saude.gov.br/portalsauder/arquivos/pdf/2012/Sel/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados

Portanto, verifica-se que, não obstante a despesa federal com saúde haver aumentado em termos reais entre 2000 e 2011 (preços constantes de 2011), somente a partir de 2004 passou a haver efetivamente um incremento significativo desse montante. Conforme mencionado anteriormente, esse aumento pode ser parcialmente explicado pela adoção da chamada metodologia da "base móvel" para cálculo do mínimo constitucional, a partir do orçamento federal de 2004.

É ainda importante mencionar que a EC nº 29, de 2000, fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, de forma que aqueles que estivessem aplicando percentuais inferiores aos previstos na Emenda (12% para Estados e 15% para Municípios)²⁰ pudessem elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004. Porém, mesmo tendo por base os gastos de 2004, verifica-se que os entes subnacionais financiaram 60,2% desse acréscimo, com aportes adicionais, sobretudo dos municípios, cujo montante aplicado em 2011 praticamente dobrou em relação a 2004, saindo de R\$ 23,5 bilhões para 45,9 bilhões (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Participação dos Entes Federados em ASPS entre 2004 e 2011
(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados					<i>Em R\$ bilhões</i>	
	2004		2011			
	R\$	%	R\$	%		
União	46,9	49,3%	72,3	45,4%	25,5	39,9%

²⁰ Conforme art. 77, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Entes Federados	2004			2011			Acréscimo de 2011 em relação a 2004	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
Estados	24,7	48,3	26,0%	50,7%	40,9	86,9	25,7%	54,6%
Municípios	23,5		24,7%		45,9		28,8%	
Gasto Público Total	95,1	100%			159,2	100%		

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsauder.saude.gov.br/portalsauder/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. Elaboração: Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

Percebe-se, portanto, que houve ampliação real de gastos federais em saúde ao longo dos anos. Entretanto, proporcionalmente à participação dos entes subnacionais, a participação federal no financiamento do Sistema Único de Saúde foi reduzida.

4.2.1 Participação Federal “Per Capita” no Financiamento da Saúde

A redução da participação federal no financiamento da saúde fica mais evidente na análise dos valores *per capita* das despesas públicas do setor.

Tabela 10 - Despesa Per Capita com Ações e Serviços Públicos de Saúde.
(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados	Per capita do Exercício											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Federal	248,70	247,70	248,16	234,70	258,02	265,60	280,72	298,88	301,56	340,81	346,44	375,99
Estados	85,57	103,81	107,92	115,00	136,29	143,13	158,31	175,22	191,93	188,68	208,34	212,85
Municípios	90,07	102,40	120,68	118,86	129,47	147,66	162,35	178,33	201,79	202,03	219,58	238,72
Total	424,33	453,91	476,77	468,56	523,78	556,40	601,38	652,43	695,28	731,52	774,36	827,56

Na Tabela 10, são apresentados os valores *per capita* despendidos pelos entes federados, deflacionados pela média anual do IPCA para 2011. Conforme se verifica, a União passa de R\$ 248,70, em 2000, para R\$ 375,99, em 2011, o que representa aumento de 51,2%. No mesmo período, os Estados passam de R\$ 85,57 para R\$ 212,85, com aumento de 148,8%; e os Municípios, de R\$ 90,07 para R\$



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

238,72, com acréscimo de 165,0%. Portanto, em valores constantes, o gasto *per capita* em saúde dos entes subnacionais subiu no período, em termos percentuais, o triplo do acréscimo experimentado pela esfera federal.

Tabela 11 - Variação da Participação Per Capita dos Entes Federados em ASPS .
(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Ente Federado	Per capita do Exercício de 2000		Per capita do Exercício de 2004		Per capita do Exercício de 2011	
	R\$ ⁽¹⁾	R\$ ⁽¹⁾	Variação em Relação ao Exercício de 2000	R\$ ⁽²⁾	Variação em relação ao Exercício de 2000	
União	248,70	258,02	3,7%	375,99	51,2%	
Estados	85,57	136,29	59,3%	212,85	148,8%	
Municípios	90,07	129,47	43,8%	238,72	165,0%	
Total	424,33	523,78	23,4%	827,56	95,0%	

Fonte: Siops/MS, consulta em abril/2013 (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html>)

Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados. OBS: (1) valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor para 2011 e divididos pela população. (2) Valores divididos pela população.

Pela Tabela 11, observa-se que, entre 2000 e 2003, a União não ampliou os gastos *per capita*. Durante esse período, conforme já mencionado, a EC nº 29/2000 fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, tendo como prazo limite o exercício financeiro de 2004. Dessa forma, até 2003, o aumento dos gastos públicos em saúde se deu fundamentalmente pela participação dos entes subnacionais, que precisaram atender ao mandamento constitucional.

4.2.2 Participação Federal em Percentuais da Receita e do PIB

A redução da participação federal no setor é percebida ainda em termos de comprometimento das Receitas Correntes e do Produto Interno Bruto (PIB). Em 2000, o gasto da União com saúde correspondia a 14% da Receita Corrente Líquida (RCL) – ou, equivalentemente, a 8% da Receita Corrente Bruta (RCB). Esses percentuais de comprometimento, porém, jamais foram alcançados nos anos subsequentes. Conforme dados constantes da Tabela 12, a União chegou a aplicar



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

menos de 12% da RCL nos exercícios de 2006 a 2008, e menos de 7% da RCB nos exercícios de 2005 a 2008.

No que tange à aplicação de recursos em saúde em termos de percentuais do PIB, verifica-se que, com exceção dos exercícios financeiros de 2009 e 2011, que atingiram, respectivamente, 1,80% e 1,75%, os demais exercícios ficaram aquém dos 1,73% alcançados em 2000 e 2001.

Tabela 12 - Investimento federal em saúde como percentual da RCB, da RCL e do PIB - 2000 a 2011

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% da RCB	8,06%	7,77%	7,21%	7,07%	7,26%	6,92%	6,98%	6,72%	6,45%	7,51%	6,96%	7,03%
% da RCL	14,02%	13,40%	12,25%	12,08%	12,37%	12,04%	11,82%	11,46%	11,36%	13,33%	12,40%	12,95%
% do PIB	1,73%	1,73%	1,67%	1,60%	1,68%	1,70%	1,72%	1,66%	1,61%	1,80%	1,64%	1,75%

Fonte: RCB e RCL: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pl/component/content/article/49-contabilidade-publica/603-relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria>; PIB: <http://www.bcb.gov.br/INDECO>. Dados acessados em 15/05/2013. Despesas com ações e serviços públicos de saúde: Siops/MS, (<http://portalsaudesaude.saude.gov.br/portalsaudede/texto/7059/909/indicadores.html>). Dados acessados em abril/2013. Legenda: RCB - Receita Corrente Bruta; RCL - Receita Corrente Líquida. Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

4.3 Renúncia fiscal no sistema de saúde

A carga tributária no Brasil tem crescido nos últimos anos, alcançando, em 2009, por exemplo, 30% do PIB, permitindo ao Estado financiar gastos com seus programas e ações sociais. Permitiu, também, à União estabelecer políticas de desonerações tributárias, reduzindo, assim, encargos sobre determinados agentes econômicos.

Dentro desse contexto, costuma-se definir como "gasto tributário" aquele advindo de todas as desonerações tributárias, tendo como base a legislação em vigor, avaliando quais são passíveis de substituição por gastos gerais.

Estes gastos compensam aqueles realizados por contribuintes com serviços não atendidos pelo governo, além de ações complementares às funções típicas de



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Estado desenvolvidas por entidades civis. Promovem, ainda, a equalização das rendas entre regiões e estimulam a economia.

Em 2009, estes gastos indiretos mobilizaram 2,81% do PIB, chegando a 2,98% em 2011. Nas renúncias previdenciárias, este valor representou 3,53% do PIB.

No entanto, deixar de arrecadar imposto é o mesmo que efetuar um pagamento, isto é, ao renunciar parte do imposto pago pelos contribuintes, o governo, implicitamente, faz pagamentos.

Nos setores que compõem a Seguridade Social (previdência, saúde e assistência), as renúncias ocorrem na redução das alíquotas de contribuição dos segurados empregados e dos domésticos, excluindo a isenção da contribuição previdenciária sobre receitas de exportações do setor rural, e na isenção no Imposto de Renda das despesas médicas (para pessoas físicas) e da assistência médica, odontológica e farmacêutica aos empregados (para pessoas jurídicas), sem teto máximo. Além disso, inclui alguns medicamentos em regime especial de crédito presumido para o Programa de Integração Social (PIS) ou para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP) e COFINS; abrange também as desonerações no Imposto de Renda de doações aos Fundos da Criança e do Adolescente, a imunidade tributária das entidades de assistência social e isenção tributária das entidades de filantropia. São computados também os gastos de assistência social a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) e do Imposto sobre Operações Financeiras (IOF) na aquisição de automóveis por parte de pessoas com deficiência física.

Quanto à saúde, Ocké-Reis²¹ (2013) esclarece que

Embora este tipo de incentivo não seja uma novidade nas relações econômicas estabelecidas entre o Estado e o mercado de serviços de

²¹ Carlos Octávio Ocké-Reis, Técnico de Planejamento e Pesquisa da Diretoria de Estudos e Políticas do Estado, das Instituições e da Democracia do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (DIEST/IPEA).

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

saúde (Dain et al., 2001; Medici, 1990), seria razoável que, no âmbito do sistema de saúde brasileiro, o gasto tributário com planos de saúde, decorrente dos gastos das famílias e dos empregadores, fosse justificado plenamente pelo governo federal. Afinal, não está claro para os analistas de políticas de estado de saúde qual é a funcionalidade desta renúncia, embora, na literatura especializada, esse gasto possa, em tese, atender aos seguintes objetivos governamentais: (i) promover benefício fiscal; (ii) reestruturar padrão de competição do mercado (questão regulatória); (iii) patrocinar o consumo de planos privados de saúde; (iv) reduzir filas de espera do setor público; (v) diminuir carga tributária dos contribuintes que enfrentam gastos catastróficos em saúde.

Estudo realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada (IPEA) revela um acréscimo²² no gasto tributário em saúde no período de 2003 a 2011, a partir das declarações de Imposto de Renda das Pessoas Física (IRPF) e Jurídica (IRPJ), e das desonerações fiscais dirigidas à indústria farmacêutica e aos hospitais filantrópicos.

O estudo revela, ainda, que, em 2011, a renúncia fiscal na área da saúde alcançou aproximadamente R\$ 16 bilhões, o equivalente a 22,5% do gasto público federal total em saúde. Em 2006, essa equivalência alcançou 30,5%. Os valores do gasto relativo com medicamentos e hospitais filantrópicos foram de R\$ 7,7 bi e R\$ 2,9 bi com pessoa física e R\$ 2,8 bi e R\$ 2,5 bi com pessoa jurídica.

Naquele ano, os gastos com profissionais de saúde, planos de saúde, hospitais e clínicas no Brasil, profissionais de saúde, hospitais e clínicas no exterior, representou, respectivamente, renúncia de 62,6% (R\$ 4,8 bi), 20,5% (R\$ 1,5 bi), 16,6% (R\$ 1,3 bi), 0,15% (R\$ 12 mi) e 0,08% (R\$ 6 mi).

Ao se comparar com os gastos tributários em anos anteriores, nota-se que, em 2011, houve um crescimento real com renúncias com planos de saúde e com hospitais e clínicas privadas. Supõe-se que tal aumento seja devido ao fato de que

²² Esse acréscimo acompanhou o grande crescimento do número de beneficiários de planos de saúde no período.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

os profissionais em saúde passaram a exercer suas funções como pessoa jurídica e não mais como profissionais liberais.

A ANS apresentou o desempenho dos planos de saúde entre 2003 e 2011, observando que o faturamento deste mercado quase dobrou, assim como o seu lucro líquido. No primeiro ano, o faturamento foi de aproximadamente R\$ 29 milhões. Em 2011, esse valor chegou a R\$ 84 milhões. Técnicos do IPEA estimam que a renúncia de aproximadamente 11% em 2003 e 10% em 2011 contribuiu para o resultado deste faturamento.

A renúncia fiscal com a saúde, especialmente de pessoas físicas, é uma assistência indireta do governo aos beneficiários de planos de saúde, que isenta de tributação rendimentos que se destinam ao pagamento de despesas que suplementam os serviços oferecidos pelo SUS – assim, configura uma espécie de subsídio ao pagamento do plano de saúde. No entanto, a indefinição de um teto para a renúncia faz com que a Federação perca uma importante fonte para o financiamento da saúde pública, o que contribui para o agravamento das deficiências existentes no Sistema Único de Saúde.

Certamente, temos de dedicar, nesta Casa, um momento para aprofundar a discussão acerca das desonerações do setor saúde.

4.4 Montante do déficit no financiamento do SUS

Determinar o montante necessário para o devido financiamento do SUS é um desafio que requer conhecer a demanda por saúde que não é atendida – e, assim, reprimida – por falta de recursos. No entanto, para alcançar esse objetivo, é necessário estimar com relativa precisão as necessidades em saúde de cada brasileiro ou, alternativamente, por exemplo, dos habitantes de um município.

Essa é uma tarefa de árdua consecução, pois as informações a serem incorporadas a qualquer modelo econômétrico, independentemente de sua escolha,



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

são insuficientes ou escassas. Há também algumas particularidades na área da Economia da Saúde, como, por exemplo, o fato de a própria oferta induzir demanda, a imprevisibilidade temporal das necessidades em saúde, a assimetria de informação entre pacientes e profissionais de saúde e a fragilidade emocional que acomete pacientes e, assim, os impede de tomar decisões racionais. Além disso, pode-se supor, em última análise, que as demandas em saúde são praticamente ilimitadas.

Por causa dessa dificuldade, estudosos e sanitaristas elaboram projeções da demanda por recursos financeiros que utilizam parâmetros e padrões já conhecidos de consumo das ações e serviços de saúde. As estimativas mais conhecidas e utilizadas são elaboradas pelo médico sanitarista Gilson Carvalho, que é doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e tem ampla experiência em todas as esferas de gestão do SUS.

Suas estimativas do déficit de financiamento do SUS referentes a 2010, ano em que o SUS custou nominalmente quase R\$ 139 bilhões, variam de acordo com os padrões desejados para a saúde pública brasileira, conforme mostra a Tabela 13 abaixo.

Tabela 13 – Estimativas do Déficit de Financiamento do SUS em 2010

Parâmetro	Em R\$ bilhões
	Déficit estimado
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos planos de saúde	160
Aplicando-se a média mundial de investimento de 5,5% do PIB na saúde pública	60
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos países de maior renda	604
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos países da Europa	297
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos países das Américas	287

Elaboração: Dr. Gilson Carvalho, adaptado de http://www.idisa.org.br/site/documento_7462_0_2012--27--616--domingueira--financiamento-206.htm



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Considerando o menor déficit apontado (R\$ 60 bilhões), seria necessário aplicar o equivalente a 13,7% da Receita Corrente Bruta ou 24,4% da Receita Corrente Líquida, para aproximar o gasto do Brasil à média mundial de investimento em saúde de 5,5% do PIB.

O Ministério da Saúde tem realizado estudos experimentais que utilizam o IDSUS como parâmetro para a determinação do déficit de financiamento do SUS. A ideia do método é analisar a relação entre os gastos municipais *per capita* em saúde e os respectivos valores calculados para o IDSUS municipal e para os componentes desse índice – notas para a eficiência no gasto, o acesso à atenção básica etc.

Dessa forma, são estimados valores médios de gasto municipal *per capita* em saúde para grupos de municípios que têm similaridades entre si e que têm valores do IDSUS próximos. Esses valores de gastos municipais *per capita* calculados são extrapolados para a população brasileira, de forma que é possível obter uma estimativa do déficit do SUS para alguns valores do IDSUS.

Atualmente, o valor médio do IDSUS para o Brasil é igual a 5,44. Se o objetivo da sociedade brasileira fosse que o SUS melhorasse seus serviços ao ponto de obter um valor de IDSUS igual a 7 – com a eficiência do gasto público considerada mediana –, a estimativa do déficit do financiamento do SUS em 2012 estaria em torno de R\$ 56 bilhões. Quando se desejam hipoteticamente valores maiores do IDSUS para a saúde pública, o déficit estimado é ainda maior.

Ampliar as despesas federais em ASPS no montante proposto pelo método que aplica o IDSUS, R\$ 56 bilhões, representa elevar o gasto da União, em 2012, de 6,9% para 11,8% da Receita Corrente Bruta ou, equivalentemente, de 12,69% para 21,8% da Receita Corrente Líquida.

As estimativas *per capita* constantes da Tabela 13 e as que usam o IDSUS mostraram, portanto, que quanto maior a exigência de qualidade para o SUS, maior é o déficit do financiamento. Diante dessas várias possibilidades, os movimentos


SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

sociais de defesa da saúde pública, em consenso, têm defendido como patamar mínimo de financiamento federal do SUS a vinculação de 10% da “Receita Corrente Bruta da União”, que, apesar de não ser conceituada legalmente, seria a soma de toda a arrecadação federal que não inclui nem as receitas de capital nem aquelas resultantes de operações de crédito. Por essa proposta, em 2010, o acréscimo de recursos para o SUS seria de aproximadamente R\$ 27 bilhões.

Esse movimento ficou conhecido nacionalmente como “Saúde+10” e recebeu o apoio de várias entidades de defesa do SUS, entre as quais se destaca o Conselho Nacional de Saúde.

O movimento sanitário tem defendido também que a parcela adicional de recursos para o SUS seja complementada com recursos federais. Considera que o tratamento conferido à União pela EC nº 29, de 2000, foi desigual e exige mais esforços dos demais entes federados, que já estariam com a capacidade de aplicação em saúde exaurida, uma vez que os montantes aplicados por todos os Estados e, mais notadamente, por todos os Municípios superariam os respectivos mínimos limites constitucionais.

Além disso, o movimento defende que a União aumente a aplicação no setor, pois sua participação relativa nas despesas totais das três esferas de gestão do SUS tem caído, conforme mencionado anteriormente. Na Tabela 13, são apresentados dados do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) acerca das despesas em saúde, por esfera de governo, entre 1980 e 2010.

Tabela 13 – Participação na Despesa com Saúde por Esfera de Governo
(ações financiadas com recursos próprios - 1980 a 2010)

Ano	Federal	Estadual	Municipal
1980	75	17,8	7,2
1985	71,7	18,9	9,5
1990	72,7	15,4	11,8
1995	63,8	18,8	17,4



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Ano	Federal	Estadual	Municipal
2000	58,5	20,3	21,2
2001	54,6	22,9	22,6
2002	52,1	22,6	25,3
2003	50,1	24,5	25,4
2004	49,2	26,1	24,7
2005	48,2	25,5	26,3
2006	46,7	26,3	27,0
2007	45,8	26,9	27,3
2008	43,4	27,6	29,0
2009	46,6	25,8	27,6
2010	44,8	26,9	28,3

Fonte: Dados de 1980 a 2010. Conass, O Financiamento da Saúde, volume 2 da coleção Para Entender a Gestão do SUS. Os dados a partir de 2000 são fornecidos pelo Siops, disponíveis em http://portalsauder.saude.gov.br/portalsauder/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf
 Obs: 1980 a 1990 - despesa total com saúde. 1995 - Gasto público com saúde, exclui inativos e dívida e acrescenta gastos

No entanto, a queda da participação da União deve ser contextualizada, pois ocorreu em função de mudanças no modelo e na gestão da saúde pública no Brasil, bem como do crescimento mais acelerado das despesas próprias dos Estados, Distrito Federal e Municípios causado pela EC nº 29, de 2000.

Assim, é válido fazer um breve histórico para que se entenda como a descentralização da saúde pública brasileira contribuiu para que a participação da União nas despesas em saúde chegasse aos patamares atuais.

Conforme já explicado, em 1980, a cobertura médico-assistencial pública era provida pelo INAMPS, autarquia federal, razão pela qual a União financiava 75% do gasto em saúde. Em 1983, surgiram as Ações Integradas de Saúde, estratégia de descentralização precursora do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implantado em 1987 como resultado dos debates da VIII Conferência Nacional de Saúde.

Em 1988, a Constituição Federal criou o SUS tendo como princípio a descentralização, mas a extinção do INAMPS ocorreu apenas em 1993. A Norma Operacional Básica (NOB) nº 1, de 1993, instituiu o repasse fundo a fundo e a NOB

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

nº 1, de 1996, definiu modalidades de gestão a que os municípios e estados devem se habilitar, mecanismo esse que alavancou a descentralização financeira de recursos do SUS. Finalmente, a EC nº 29, de 2000, fixou os montantes mínimos a serem aplicados em saúde pela União, pelos Estados e Municípios e pelo Distrito Federal.

Conforme já exposto, a partir de 2004, houve aumento real do investimento em saúde pela União. No entanto, esse crescimento real da aplicação em saúde da União foi menos acelerado que o dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, que tinham o seu limite constitucional mínimo – posteriormente mantido pela LC nº 141, de 2012 – atrelado à arrecadação de tributos, que tem sido crescente. Ou seja, os gastos em saúde dos entes subnacionais cresceram a uma taxa bem mais elevada que os da União, pois as despesas federais em saúde cresceram de acordo com a economia – mais especificamente, seguindo o PIB –, que tem passado por momentos de crise.

Como a soma dos percentuais das três esferas deve ser igual a 100%, o crescimento mais acelerado das despesas em saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios expandiu sua participação no montante total. Isso aconteceu porque a aplicação da União cresceu de acordo com a variação nominal do PIB e não de acordo com a arrecadação.

4.5 Definição dos recursos federais de aplicação em saúde

A Lei Complementar nº. 141, de 2012 foi aprovada com o objetivo de dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos.

Contudo, é necessário avançar ainda mais na questão do financiamento do SUS pelo governo federal. Cabe lembrar que a saúde integra a segurança social, cujo orçamento é financiado em sua quase totalidade por recursos de contribuições sociais, as quais são arrecadadas pela União. A descentralização desses recursos é



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

feita mediante o repasse aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal e, por assim ser, o aumento da aplicação de verbas federais em saúde amplia a redistribuição de riquezas em nosso país.

Como mencionado, a taxa de crescimento da aplicação federal em saúde foi menor do que o dos entes subnacionais. Isso se deve ao fato de a regra transitória prevista na EC nº 29, de 2000, e mantida pela LC nº 141, de 2012, não haver estabelecido um elo entre a arrecadação federal e as despesas de saúde, fórmula que trouxe crescimento ao investimento em saúde nos Estados, Municípios e no Distrito Federal.

A afirmação pode ser demonstrada a partir da análise da série histórica de crescimento entre Produto Interno Bruto (PIB), Receita Corrente Bruta (RCB), Receita Corrente Líquida (RCL) e Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS). Conforme Tabela 14, a ASPS cresceu 309% entre 2000 e 2013 – acompanhando aproximadamente o crescimento do PIB –, enquanto a RCB aumentou 413% e a RCL 382%.

Tabela 14 – Comparação PIB, RCB, RCL e ASPS (2000-2013)

Indicadores/Ano	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013	Variação Percentual		
										2013 /2000	2013 /2004	2006 /2000
PIB	1.179,5	1.477,8	1.941,5	2.369,5	3.032,2	3.770,1	4.143,0	4.402,5	4.883,3	314%	152%	101%
RCB	252,5	343,1	450,6	584,1	754,7	890,1	1.029,6	1.134,7	1.296,5	413%	188%	131%
RCL	145,1	201,9	264,4	344,7	428,6	499,9	558,7	616,9	700,0	382%	165%	138%
ASPS	20,4	24,7	32,7	40,7	48,7	62,0	72,3	78,3	83,2	309%	154%	100%

Fonte: RCB e RCL: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pi/component/content/article/49-contabilidade-publica/603-relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria>; PIB: <http://www.bcb.gov.br/?INDECO>. Dados acessados em 15/05/2013. Despesas com ações e serviços públicos de saúde: Siops/MS, (<http://portalsaudade.saude.gov.br/portalsaudade/texto/7059/909/Indicadores.html>). Dados acessados em abril/2013. Legenda: RCB - Receita Corrente Bruta; RCL - Receita Corrente Líquida. Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira/CD.

Além disso, a atual metodologia de apuração do piso de aplicação federal em saúde – valor empenhado no ano anterior corrigido pelo percentual da variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária – é uma regra que



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

garante estabilidade ao financiamento, mas que engessa a administração fazendária, pois o valor empenhado em um ano vincula os valores dos anos seguintes. Portanto, esse mecanismo não considera a real capacidade financeira da União, uma vez que a despesa é corrigida diretamente pela variação do PIB nominal.

Em face disso, por prudência, os órgãos federais de planejamento receiam aumentar os recursos destinados ao financiamento público da saúde, tendo em vista que o cenário econômico moderno é muito dinâmico e, mesmo as melhores previsões de comportamento da economia podem não se realizar. O resultado dessa conjuntura é que o piso estabelecido pela LC nº 141, de 2012, na prática, se tornou um teto para realização de despesas federais em saúde.

Os movimentos sociais em defesa da saúde pública, após colherem mais de dois milhões de assinaturas, apresentaram proposta legislativa que destina 10% da “Receita Corrente Bruta” para ASPS. Achamos prudente suscitar e aprofundar o debate entre a Receita Corrente Líquida e Receita Corrente Bruta, pois para alcançar os montantes defendidos pelos movimentos sociais, a nova definição precisará considerar valores transferidos a Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, bem como as contribuições mencionadas no art. 2º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) – Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 – e, portanto, deverá considerar recursos afetos a repartições de receitas e contribuições previdenciárias, sobre os quais a União não tem livre disponibilidade. Além disso, precisará inserir o conceito de RCB no ordenamento jurídico, uma vez que não há tal definição em dispositivos legais.

O caminho da RCL parecia mais prudente, pois evitaria interpretações jurídicas que poderiam protelar ou impedir a eficácia imediata das novas regras aprovadas e afastaria a possibilidade de questionamentos a respeito da constitucionalidade do uso da RCB como base de cálculo.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Não cabe a esta Comissão, neste momento, decidir qual será a base de cálculo mais indicada (se RCB ou RCL). No entanto, apresentaremos na tabela a seguir, para reflexão, o montante que teria sido despendido com a adoção de 10% da RCB e a respectiva equivalência em RCL para gastos em ASPS.

Tabela 15 – Comparação ASPS, 10% RCB e Equivalente da RCL

ANO	PIB nominal	RCB	RCL	GASTO ATUAL COM SAÚDE			Proposta de Saúde da RCB	Proposta do Senado	Em bilhões
				Vulto de Corrente	% do PIB	% da RCB			
2000	1.179,5	252,5	145,1	303	1,7%	8,0%	14,0%	75,5	16,8
2001	1.302,1	289,4	167,7	323	1,7%	7,8%	13,4%	85,9	19,1
2002	1.477,8	343,1	201,9	347	1,7%	7,2%	12,2%	94,9	21,4
2003	1.699,9	384,4	224,9	372	1,6%	7,1%	12,1%	104,1	23,6
2004	1.941,5	450,6	264,3	397	1,7%	7,3%	12,4%	113,0	25,2
2005	2.147,2	527,3	303,0	425	1,7%	6,9%	12,0%	122,7	26,1
2006	2.369,5	584,1	344,7	450	1,7%	7,0%	11,8%	132,4	27,8
2007	2.661,3	658,9	386,7	476	1,7%	6,7%	11,5%	142,1	29,5
2008	3.032,2	754,7	428,6	501	1,6%	6,5%	11,4%	152	31,2
2009	3.239,4	775,4	437,2	525	1,8%	7,5%	13,3%	162,5	33,2
2010	3.770,1	890,1	499,9	571	1,6%	7,0%	12,4%	172,6	35,5
2011	4.143,0	1.029,6	558,7	625	1,7%	7,0%	12,9%	183,0	37,4
2012	4.402,5	1.134,7	616,9	653	1,8%	6,9%	12,7%	193,5	39,1

Fonte: IBGE; STN; Siops/MS.

Ao fixar o dispêndio mínimo com ações e serviços públicos com saúde em 18,5% da Receita Corrente Líquida, equivalente aos 10% da RCB, eleva-se os recursos da saúde em R\$ 44,4 bilhões.

Entendemos que essa iniciativa vai ao encontro dos pleitos do povo brasileiro e da política do governo federal que, nos últimos dez anos, tem aumentado o gasto com o objetivo de reduzir desigualdades sociais históricas e proporcionar o desenvolvimento de nosso país.

A saúde é indicada frequentemente como uma das principais preocupações do povo brasileiro e a população tem exigido melhorias no atendimento público à saúde de forma veemente, como prova a recente onda de manifestações ocorridas em todo o País neste ano. O primeiro passo para atender ao clamor popular se dará por meio da melhoria do financiamento do SUS.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

Com o aperfeiçoamento da regra que define o piso de investimentos em saúde pela União, a administração fazendária terá liberdade para atuar e colocar os investimentos em saúde em patamares de crescimento semelhantes aos observados para as áreas de educação, assistência social e trabalho, por exemplo.

O Governo Federal definiu a saúde como área de prioridade ao lançar, recentemente, o Programa Mais Médicos, estratégia que concederá muitas bolsas já no curto prazo e incrementará bastante os custos do SUS. Adicionalmente, o planejamento estratégico de curto prazo do Ministério da Saúde prevê a abertura de muitas vagas de Residência Médica em especialidades de interesse do SUS já em 2014.

Chegou, portanto, o tempo de fazermos um esforço pelo financiamento do SUS.

5 CONCLUSÕES DA COMISSÃO

1. O déficit do financiamento da saúde gira em torno de R\$ 45 bilhões anuais. Este valor corresponde e vai ao encontro do Projeto de Lei de Iniciativa Popular, que tramita atualmente na Câmara dos Deputados, estabelecendo que 10% das RCB da União sejam definidos para o setor saúde.
2. Há necessidade de aprofundar o debate a respeito da melhor forma de vinculação de recursos da União para a saúde, se através de Projeto de Lei Complementar, se constitucionalizando, se vinculando a receita corrente bruta ou a receita corrente líquida, como debatido no anteriormente.
3. Sugerir à Mesa Diretora e Comissões Temáticas que:
 - Reconheçam o trabalho dos gestores da saúde, mediante a elaboração de Resolução Legislativa para criação de selo a ser conferido anualmente pelo Senado Federal, segundo critérios publicados anualmente, aos

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

gestores de municípios, estados e União que se destacarem na implantação do SUS;

- Facilitem o controle social e ofereçam meios para os parlamentares acompanhem a implantação do SUS, recomenda-se que a Comissão Temática faça um acompanhamento da situação de implantação do SUS e seus respectivos resultados e impactos na saúde da população brasileira;
- Elaborarem indicação ao Poder Executivo dos três níveis para que estes provenham o DENASUS de capacidade para auditar os Contratos Organizativos de Ação Pública da Saúde, de acordo com o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011;
- Elaborarem indicação aos Poderes Executivos dos três níveis de governo para que estes provenham os Conselhos de Saúde de maior capacidade deliberativa e fiscalizatória sobre os programas e recursos públicos em saúde; e
- Criem Comissão Temporária destinada a discutir a relação público-privado do sistema de saúde brasileiro, com o objetivo de aprofundar as interfaces existentes entre o SUS e o sistema suplementar e suas possíveis otimizações.

4. Sugerir estudos e, se for o caso, apresentar Propostas Legislativas sobre:

- a renúncia fiscal na área da saúde e seu impacto no financiamento público;
- taxação de grandes fortunas e outras taxações;

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

- sobre a proposta da Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil -- ANTC, ofertado pela Dra. Lucieni Pereira;
- a proposta do especialista e técnico Afonso Teixeira Reis, no sentido de criar imposto progressivo com alíquotas proporcionais sobre rendimentos de aplicações financeiras e receita decorrente de um pequeno acréscimo no valor unitário das apostas (com cautela para não desestimular as apostas) vinculadas à saúde;
- novas fontes de recursos destinados exclusivamente para o setor saúde; e
- apoiar que, em aprovada a PEC do orçamento impositivo, 50% destes recursos sejam obrigatoriamente para financiar ações e serviços de saúde.

5. As comissões do Senado Federal e da Câmara dos Deputados precisam analisar os projetos que dispõem sobre a destinação de recursos para a saúde. Destacamos:

- Projeto de Lei nº 21, de 2007 da Câmara dos Deputados e o Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011, que ambos dispõem sobre a Responsabilidade Sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas;
- Projeto de Lei do Senado nº 707, de 2007, que aumenta a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras para 18%; e



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

- Projeto de Lei Complementar nº 48, de 2011, que tributa Grandes Fortunas por meio de contribuição social e destina recursos para o setor saúde, em tramitação na Câmara dos Deputados.

Este é o relatório.

Sala das Comissões, em 20 de dezembro de 2013.

, Presidente

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Humberto Costa". To the right of the signature, the word "Presidente" is written above the word "Relator".



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

ANEXOS



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

RESUMO DAS AUDIÊNCIAS PÚBLICAS

a) A primeira audiência ocorreu no dia 11 de abril de 2013. Estiveram presentes: Luiz Odorico Monteiro de Andrade, Secretário de Gestão Estratégica do Ministério da Saúde; Maria do Socorro de Souza, Presidente do Conselho Nacional de Saúde; e Ronald Ferreira dos Santos, Conselheiro do Conselho Nacional de Saúde.

Na oportunidade, o secretário do Ministério da Saúde afirmou que o financiamento da saúde é um tema complexo, tendo em vista que são infinitas demandas para finitos recursos.

A realidade do sistema universal brasileiro é muito mais complexa que a de outros países, devido ao número de operadores de sistema: 5.568 municípios, em 26 estados, o Distrito Federal e a União. Alguns países, com outros sistemas universais, não têm tantos operadores envolvidos, o que facilita a aplicação dos princípios da universalidade e integralidade.

O palestrante exibiu a quantidade de recursos financeiros, investidos em saúde, em alguns países. Dados da Organização Mundial de Saúde estimam o investimento *per capita* em saúde em países da América do Sul, combinando os recursos públicos e privados: Argentina, US\$ 1.387; Brasil, US\$ 943; Bolívia, US\$ 203; Chile, US\$ 1.172; Colômbia, US\$ 569; Equador, US\$ 503; Paraguai, US\$ 305; Peru, US\$ 400; Uruguai, US\$ 979; e Venezuela, US\$ 683.

Foi feito comparativo, também, entre os países que compõem o BRICS. O investimento *per capita* da Rússia é o maior, de US\$ 1.038, enquanto que o da Índia foi o menor, de US\$ 132. O Brasil aparece em segundo colocado, com US\$ 943.

Com relação à participação dos entes federados na composição do investimento público em saúde, percebeu-se, durante a apresentação, que houve queda da participação da União entre 2000 e 2008, de 60 para 45%, embora os



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

gastos federais tenham dobrado entre o mesmo período. Ao mesmo tempo em que a execução de serviços de saúde realizados pela União, com o processo de descentralização, foi transferida para os estados e municípios.

Outro ponto discutido durante o debate foram os gastos com assistência à saúde, comparando o SUS ao setor de saúde suplementar, no Brasil, em 2010: no setor suplementar, para uma população de aproximadamente 45 milhões de beneficiários, foram gastos R\$ 67 bilhões, correspondendo a um gasto *per capita* de R\$ 1.487,77. no SUS, por sua vez, para uma população de aproximadamente 145 milhões de pessoas, foram gastos R\$ 128 bilhões, o que representa um gasto *per capita* de R\$ 887,14.

A presidente do Conselho Nacional de Saúde, Dra. Maria do Socorro Souza, começou sua apresentação alertando para fato de o sistema brasileiro de saúde não ser de fato único, tendo em vista que abrange um setor privado que, na prática, não tem sido suplementar, mas sim complementar. Com isso, defende-se uma maior regulamentação do setor suplementar, para que fiquem definidos o papel de cada setor.

A presidente defendeu a destinação de 10% da receita corrente bruta da União para saúde pública, enfatizando que esse investimento tem grande valor social, no entanto, para que esse desenvolvimento e também o crescimento econômico aconteça, é necessária uma reforma tributária para sua efetiva operação.

No final de sua fala, Dra. Maria do Socorro ressaltou a importância de se definir a responsabilidade sanitária dos gestores públicos da saúde.

Para o Dr. Ronald dos Santos, conselheiro nacional de saúde e membro da Comissão Intersetorial de Orçamento e Financiamento, o SUS possui problemas de



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

financiamento desde a sua criação, mesmo com a EC 29, tendo em vista que não ficou definida uma participação justa da União.

O conselheiro afirmou que o CNS conseguiu mobilizar vários setores da sociedade e obteve mais de um milhão e duzentas mil assinaturas para a proposição que visa destinar 10% dos recursos da União para fomentos à saúde.

Ressaltou, ainda, haver três proposições que estão na agenda política prioritária do Conselho: taxação das grandes fortunas; destinação dos 50% dos royalties do petróleo para saúde; e o resarcimento, pelos planos de saúde, dos serviços prestados pelo SUS.

b). A segunda audiência ocorreu no dia 18 de abril de 2003. Estiveram presentes: Jurandir Frutuoso, secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde; e Rodrigo Cesar Faleiros de Lacerda, secretário municipal de saúde de Formosa (GO) e representante do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde.

Iniciando as discussões, Dr. Jurandir Frutuoso afirmou que existe uma preocupação internacional com os gastos em saúde, tendo em vista que entre 1997 e 2009, as despesas com essa área variaram de 8% para 9,4%. A OCDE, Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico, projeta, para os países que a integram, um aumento do gasto em saúde de US\$ 2,7 trilhões em 2002 para US\$ 10 trilhões em 2020.

O secretário afirmou que o Conselho considera três premissas para o financiamento da saúde no Brasil: a) o financiamento é uma preocupação permanente de todos os envolvidos diretamente com a construção do sistema de saúde; b) o financiamento deve ser competência das três esferas de governo; c) o



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

SUS foi idealizado para ser um sistema de saúde inserido no sistema de segurança social, inspirado em padrões conceituais no estado de bem-estar social.

Durante sua apresentação, Jurandir Frutuoso citou frase do ex-ministro da saúde, Adib Jatene:

Aos 21 anos, o SUS vive um "paradoxo": é gratuito e aberto a todos, mas tem menos dinheiro do que a iniciativa privada gasta para atender menos gente. Em nenhum outro país é assim, segundo a OMS. Despesa estatal brasileira é um terço menor do que a média mundial. Para especialistas, o SUS exige mais verba. O orçamento precisa dobrar.

Ao exibir dados internacionais, ficou evidenciado o baixo nível de recursos aplicados na saúde pública brasileira e ao apresentar a evolução dos gastos em saúde por esfera governista, ficou nítida a queda na participação da União, a qual passou de 59,8% em 2000 para 45,1% em 2010.

O problema da saúde pública não é só de gestão, mas principalmente de falta de recursos. Em 2009, o gasto com saúde no Brasil correspondeu a 8,4% do PIB e que, em sua avaliação é um percentual próximo ao aplicado pelos países ricos. Para o secretário, o problema desse investimento é que apenas 43% dele é feito com recursos públicos, enquanto há governos de países latino-americanos que aplicam percentualmente mais em saúde. O percentual gasto no Brasil é de 5,9%, número próximo à média dos países africanos.

Para o Conselho, o financiamento do SUS, visto da perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloca os recursos financeiros entre os estados e entre os municípios de cada estado a partir de um valor *per capita* igualitário, ajustado por estrutura etária, por gênero, e por necessidade de saúde que leve em consideração a oferta de serviço. Esse financiamento implica equilibrar as ações e os gastos do Sistema Único de Saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Já o representante do CONASEMS ressaltou os dados extraídos do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), revelando que municípios brasileiros gastaram, em média, mais de 20% de seu orçamento em ações e serviços públicos de saúde, valor acima do teto mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional 29 de 2000. Destacou, no entanto, que apesar do cumprimento à legislação, esses gastos, somados ao investimento em educação que consome em média 25% do orçamento municipal, sufocam a capacidade financeira dos municípios.

Faleiros defendeu a criação de um modelo de gestão em saúde que respondam às necessidades da área, pedindo, inclusive maior solidariedade dos demais entes da federação, tendo em vista que a descentralização do SUS aumentou as responsabilidades municipais, sem que haja compensação financeira por isso.

Finalmente, o secretário apresentou três reivindicações do Conselho: a destinação de 10% da receita bruta do Governo Federal para a saúde pública; o cumprimento do rateio dos recursos do SUS previstos na Lei Complementar nº. 141 de 2012 e na Lei nº. 8.080 de 1990; e o fortalecimento da atenção básica no SUS.

c) A terceira audiência ocorreu no dia 09 de maio de 2013. Estiveram presentes: Luciana Mendes Santos Servo, Coordenadora de Estudos em Políticas Sociais, e Edvaldo Batista de Sá, Coordenador Adjunto do mesmo setor, ambos do Instituto Brasileiro de Pesquisa Econômica Aplicada.

No início de sua apresentação, a Sra. Luciana Mendes, mostrou dados acerca dos avanços e problemas na equidade do SUS: enquanto a cobertura de acesso da Estratégia Saúde da Família melhorou entre 1998 e 2011, a distribuição de leitos do SUS ainda se mostra bastante deficiente no Brasil. Essa diferença é mais evidente

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

quando se leva em consideração a distribuição de equipamentos de alto custo é guiada pelo mercado de saúde.

Além disso, o investimento público em saúde é pequeno, uma vez que 57% do gasto nacional em saúde é privado, embora o gasto total com saúde represente 8,4% do PIB, valor praticado por vários países ricos. Portanto, na opinião da pesquisadora, o poder público deveria investir em serviços de média e alta complexidade, assim como fez com a atenção básica, que apresentou claro avanço em sua equidade de distribuição.

A regulação do sistema de saúde suplementar foi outra discussão trazida pela coordenadora, pois na visão dela o setor disputa espaço com o SUS. Os planos oferecem, basicamente, consultas com especialistas, cirurgias eletivas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, evitando, e até mesmo rejeitando, a prestação de alto custo e complexidade.

Como exemplo, a representante do Instituto afirmou que pelo menos 70% das internações hospitalares no Brasil são realizadas pelo SUS. Ainda sim, a receita dos planos de saúde foi de R\$ 84,5 bilhões em 2011, para atender a 25% da população brasileira, o que é proporcionalmente maior que o montante aplicado no SUS.

As renúncias fiscais para gastos privados com saúde devem ser revistas. Segundo a pesquisadora, em 2010 foram concedidos mais de R\$ 16 bilhões em renúncias fiscais, sendo que aproximadamente R\$ 10 bilhões são originadas na dedução do imposto de renda das pessoas físicas e jurídicas. Por outro lado, o orçamento federal para toda a atenção básica, em 2010, foi de R\$ 9,6 bilhões, inferior ao valor renunciado. Além disso, outra revisão que deve ser feita diz respeito ao resarcimento das operadoras de plano de saúde ao SUS: o Tribunal de Contas da União estima que essa seria uma fonte de até R\$ 2,6 bilhões para a saúde pública.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Para o Sr. Edvaldo Batista de Sá, Coordenador Adjunto de Estatística das Políticas do IPEA, apesar das reclamações, as entidades filantrópicas, por exemplo, recebem muitos benefícios fiscais que, só no âmbito federal, representam R\$ 2 bilhões só em 2010. Segundo ele, se forem consideradas as renúncias fiscais municipais e estaduais, a perda é ainda maior. Citou o jornal *O Estado de S. Paulo*, que obteve a estimativa de que em apenas um ano, seis instituições sem fins lucrativos, do município de São Paulo – chamados hospitais de excelência, deixaram de recolher R\$ 1 bilhão em termos de contribuição patronal.

O pesquisador esclareceu, ainda, que renúncias fiscais poderiam até ser mantidas, mas as instituições que delas se beneficiam – operadoras de planos de saúde, entidades sem fins lucrativos, etc. – deveriam oferecer uma contrapartida efetiva ao SUS, assumindo a responsabilidade de realizarem gratuitamente algumas ações e serviços de saúde em suas instalações.

d) A quarta audiência ocorreu no dia 16 de maio de 2013. Estiveram presentes: Ivone Evangelista Cabral, Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem; Luziana Carvalho de Albuquerque Maranhão, Vice-Presidente do Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional; e Tarcísio Pinto, Presidente Regional da Associação Brasileira de Odontologia – Taquatinga.

Com o objetivo de ouvir algumas entidades de classe, esta reunião começou com a explanação da Sra. Ivone Cabral, representante dos enfermeiros.

Para ela, o tema do financiamento da saúde faz parte da agenda da Associação, tendo em vista que a categoria representa 60% da força de trabalho do SUS e testemunham a precariedade do trabalho e a falta de recursos no cuidado à saúde prestado diretamente à população.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Afirmou, ainda, que o problema do financiamento deve ser visto de maneira multifatorial, em que devem ser observados: o aumento da receita destinada à saúde pública para a fração de 10% do PIB, a qualificação do gestor público – para que os investimentos sejam otimizados, inclusão de formação econômica da saúde para os estudantes de cursos universitários da área de saúde, bem como o fomento de pesquisas acadêmicas voltadas à obtenção de soluções para o financiamento do SUS.

Já a presidente do COFFITO lembrou que muitos gastos são indevidamente lançados na contabilidade como investimento em saúde e também que municípios não têm capacidade de arcar com os gastos em saúde, que usualmente ultrapassam o mínimo de 15% definido legalmente, tendo em vista que, apesar das boas intenções, muitos gestores não têm capacidade técnica para gerir, ocasionando desperdício do investimento.

Além disso, a Sra. Luziana Carvalho se mostrou contra a privatização da saúde no Brasil. Para ela, o sistema público não deve ter fundações ou organizações sociais em sua estrutura e defendeu que o setor suplementar deve ressarcir o SUS, caso seus beneficiários sejam atendidos na rede pública, embora reconheça que o setor suplementar tenha avançado na cobertura de seus beneficiários.

O representante da Associação Brasileira de Odontologia, Sr. Tarcísio Pinto, pontuou alguns aspectos que ele considera falhos para o sistema de saúde, que vão desde programas de educação básica em saúde para a população em geral até a formação de profissionais em saúde que enfatize o diagnóstico e a melhoria da gestão da saúde pública.

e) A quinta, e última audiência, ocorreu no dia 23 de maio de 2013. Estiveram presentes: André Longo, Diretor-Presidente da Agência Nacional de Saúde



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Suplementar; Leandro Leal Alves, Federação Nacional de Saúde Suplementar;
Fausto Pereira dos Santos, especialista convidado.

André Longo começou sua exposição afirmando que a sustentabilidade dos sistemas de saúde é um tema em discussão em todas as nações do mundo.

O Diretor-Presidente da ANS citou que há um modelo de classificação dos seguros de saúde, segundo sua relação com o sistema público: complementar, quando oferece serviços que não estão disponíveis no sistema estatutário; substitutivo, quando grupos de pessoas devem escolher se vão ser protegidas pelo sistema estatutário ou pelo privado; e suplementar, quando o seguro privado proporciona maior rapidez no acesso aos serviços, maior poder de escolha do provedor, cobertura para amenidades e acomodação hospitalar superior. Essa última categoria é a que se aplica ao sistema brasileiro.

Em sua exposição, Longo apresentou números que revelam o perfil do setor suplementar brasileiro, que possui 47,9 milhões de beneficiários em planos de assistência médica, os quais estão associados a 1.538 operadoras e movimentou uma receita de R\$ 95 bilhões no ano de 2012. Neste período, as operadoras prestaram mais de 240 milhões de consultas médicas, mais de 7,4 milhões de internações, mais de 580 milhões de exames complementares e mais de 50 milhões de terapias.

Diferente do que fora exposto por outros convidados em audiências anteriores, o diretor-presidente da ANS frisou que a Agência não vê no ressarcimento ao SUS uma saída para a questão do financiamento do setor público, mostrando números que demonstram os baixos valores pagos ao SUS por meio desse procedimento, embora tenha havido grande melhora nos valores arrecadados em 2011 e 2012.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

Das 1,5 mil operadoras ativas, 464, de acordo com André Longo, estão inscritas em dívida ativa, por conta do não ressarcimento ao SUS. Ele revelou para tentar conter esse nível de inadimplência, a ANS tem buscado aperfeiçoar os procedimentos de ressarcimento ao SUS e, por isso, pretende conceder selo certificador de sustentabilidade para as operadoras que estiverem com adimplência, no tocante ao ressarcimento, superior a 90%.

Por fim, o expositor informou que a Agência, com o objetivo de construir um sistema de saúde que une o público e o privado de forma mais racional e complementar, tem se empenhado em incorporar informações que descrevam como tem sido a utilização do SUS pelos beneficiários de planos de saúde.

Em sua fala, Sandro Leal Alves, Gerente-Geral da Federação Nacional de Saúde Suplementar, entidade que representa dezessete grupos empresariais que congregam 24 milhões de beneficiários no Brasil, explicou que há uma grande diversidade no setor suplementar, no que diz respeito ao modelo de gestão: nele coexistem o sistema de autogestão, as cooperativas médicas, as filantrópicas, as medicinas de grupo, as seguradoras e o segmento odontológico.

O representante da FenaSaúde apresentou vários dados do setor suplementar, destacando-se: o aumento de leitos no sistema privado; a satisfatória associação de vários tipos de estabelecimentos de saúde ao setor suplementar, excetuando-se os prontos-socorros gerais, em que a adesão é baixa; as taxas *per capita* de internações e de consultas, que seriam próximas às dos países da OCDE; e as taxas *per capita* de uso de ressonância magnética, de cirurgia bariátrica, de internação cirúrgica e de tomografia computadorizada, que são muito maiores que as do SUS.

O Sr. Sandro Leal apontou ainda que o custo de internações tem onerado crescentemente as operadoras de planos de saúde, bem como o uso de órteses,

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

próteses e materiais especiais (OPME). Ele afirmou também que, no geral, as despesas em saúde têm subido de preço muito além do índice de inflação e chamou atenção para o número de pessoas com mais de 80 anos que se associam a de saúde, que é proporcionalmente maior que na população brasileira.

O Gerente-Geral da FenaSaúde defendeu a criação de um modelo de seguro de saúde semelhante ao plano previdenciário Vida Gerador de Benefício Livre (VGBL), para que as pessoas financiassem, com antecedência e planejamento, os custos de sua assistência à saúde na idade avançada. Defendeu também que deve haver um maior controle e reordenação das despesas com OPME, bem como o crescimento, nos planos de saúde, das ações e dos programas voltados à prevenção, para que os custos sejam diminuídos.

Em sua apresentação, Fausto Pereira dos Santos, especialista e ex-presidente da ANS, afirmou que existe um problema de definição de papéis no sistema de saúde brasileiro, pois não há divisão de responsabilidades entre o sistema público e o sistema privado: tal indefinição contribui para a ineficiência e a duplicação de cobertura do sistema brasileiro.

A maior parte dos gastos, de acordo com o especialista, com saúde no Brasil é de origem privada, enfatizando que boa parte do dispêndio direto é empregada principalmente em medicamentos e, em menor escala, no pagamento de médicos e clínicas, excluídas as internações.

Em consonância ao que fora exposto pelos especialistas do IPEA, o expositor defendeu que as renúncias fiscais relacionadas à saúde e seus propósitos precisam ser rediscutidas, pois o seu montante seria muito grande – cerca de R\$ 14 bilhões – se comparado ao orçamento do Ministério da Saúde em 2013, que está em torno de R\$ 93 a R\$ 95 bilhões.

**SENADO FEDERAL**

Gabinete do Senador Humberto Costa

O gasto público *per capita* em saúde quadruplicou nos últimos quinze anos, mas o formato do arranjo entre os sistemas público e privado nacionais, duplicado e concorrente, impede um maior direcionamento de recursos pela esfera pública.

Atualmente, de acordo com o ex-presidente da ANS, a maior utilização SUS por beneficiários de planos de saúde se dá em procedimentos, não sendo na alta complexidade, como era na década de 1990, além de outros casos em que o setor suplementar age de maneira complementar ao SUS, como quando não oferece atendimentos às urgências e emergências e quando não cobre a imunossupressão após realizar o transplante, concluindo que esses e outros fatores contribuem para a ocorrência de um conjunto de irracionalidades e desperdícios no funcionamento do sistema de saúde como um todo.

Por fim, o especialista sugeriu duas medidas que poderiam ser tomadas para a melhoria do sistema de saúde: a transformação do ressarcimento pago pelas operadoras de planos de saúde ao SUS em contribuição compulsória destinada a financiar fundos para urgência e emergências e para transplantes; e a redefinição da integralidade da atenção à saúde no setor suplementar, mesmo que isso elevasse os preços dos planos de saúde.


SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

RELAÇÃO DOS PROJETOS DE LEI
SENADO FEDERAL

Projeto	Resumo da Emenda	Localização	Situação	Observações
PLC 89/2007 – Complementar (Dep. Roberto Gouveia), tramita em conjunto com o PLIS 156/2007 – Complementar (Sen. Marconi Perillo)	Regulamenta o §3º do art. 198 da Constituição Federal, que dispõe sobre a aplicação de recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde.	Comissão de Assuntos Sociais.	Matéria com a relatoria: Senador Humberto Costa Posteriormente, o projeto será analisado pelo Plenário.	Estabelece as normas de cálculo do valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União para financiar os serviços públicos de saúde, bem como os incidentes sobre impostos e transferências constitucionais para atendimento dos recursos mínimos a serem aplicados por cada ente federado. Além disso, prevê as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde em cada esfera governamental.
SEN 447/2008 – Projeto de Complementar (Sen. João Santa)	Vincula recursos para a Seguridade Social	Plenário.	Aguardando inclusão na Ordem do Dia	Determina que os recursos oriundos de fontes destinadas à Seguridade Social sejam aplicados somente na Seguridade Social. Nota: o projeto está com parecer, da Comissão de Assuntos Econômicos, pela rejeição.





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

PLS 16/2008 (Sen. Marconi Perillo)	Institui rateio dos recursos oriundos do DPVAT	Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa.	Incluído na pauta da reunião do dia 28/06/2013, com parecer pela aprovação	Propõe partilhar os recursos do DPVAT entre os Fundos Nacional (35%), Estadual (15%) e Municipal (15%) de Saúde. Em parecer aprovado na CAE, a porcentagem destinada aos municípios muda para 20%. A alteração foi mantida no parecer da CAS.
PLS 31/2009 (Sen. Sérgio Zambiasi)	Resguarda a transferência de recursos federais para ações nas áreas de educação, saúde e assistência social das restrições decorrentes do registro de inadimplimentos no Cadin e no Siafi	Comissão de Assuntos Econômicos, em decisão terminativa.	Pronto para pauta na comissão, com parecer pela aprovação.	O projeto propõe, a exemplo da LRF, isentar as áreas de educação, saúde e assistência social, de possíveis cortes nas transferências de recursos federais devido à inadimplência dos setores públicos.
PLS 335/2011 (Sen. Luiz Henrique e outros)	Autoriza a União a abater o saldo devedor da dívida pública mobiliária dos Estados, do DF e dos Municípios, valor equivalente a até 20% para programas de investimentos.	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.	Aguardando designação do relator.	O projeto acrescenta dispositivos à Lei 9.46/1997 para estabelecer condições nas quais a União fica autorizada a descontar saldo devedor de dívidas em até 20%, considerando a amortização antecipada dos Estados, DF e Municípios, desde que sejam destinados a programas de investimentos em saúde, educação, infraestrutura, inovação e tecnologia. Estabelece, ainda, que os entes devem estar adimplentes com todas as parcelas e encargos financeiros relativos aos contratos de refinanciamento e comprovem a regularidade quanto às





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

	Senadora Lúcia Vânia para tramitação conjunta dos PLS 392/2007 e 335/2011.	Matéria com relatoria: Senador José Agripino	contribuições do FGTS, INSS, PIS-Pasep e Finsocial/Cofins.
PLS 340/2011 (Sen. Ivo Cassol)	Altera a lei que instituiu o DPVAT para permitir o resarcimento ao SUS das despesas médicas e suplementares quando o atendimento da vítima for realizado por serviço próprio, contratado ou conveniado do SUS		A proposta prevê duas formas de resarcimento: à vítima, no valor máximo de R\$ 2.700 a título de despesas médico-hospitalares e suplementares, desde que devidamente comprovadas; ao SUS as despesas serão devidamente resarcidas ao fundo municipal ou estadual de saúde respectivo.
PLS 469/2011 (Sen. Ricardo Ferraco) trama em conjunto PLS 634/2011 (Sen. Lindbergh Farias)	Dispõe sobre royalties devidos em função da produção de petróleo, gás natural e outros hidrocarbonetos fluidos sob regime de concessão na camada pré-sal e sob o regime de partilha de produção.	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania. Posteriormente, será apreciado pelas Comissões de Assuntos Econômicos e Serviços de Infraestrutura, cabendo à última decisão terminativa.	A prejudicialidade das matérias foi baseada nos incisos I e II do art. 334, do Regimento Interno do Senado Federal, perda de oportunidade e prejuízamento pelo Plenário, respectivamente, uma vez que houve a tramitação e aprovação, e consequentemente remessa à Câmara, do PLS 448/2011, que versa sobre o mesmo tema.
PLS 558/2011 (Sen. Gim)	Destina aos serviços públicos de saúde e de apoio aos dependentes químicos os recursos provenientes de bens apreendidos e adquiridos	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.	Altera a lei que cria o Fundo de Prevenção, Recuperação e de Combate às Drogas de Abuso para prever que os recursos sejam destinados a ações e





SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

	com produtos do tráfico ilícito de drogas.	Posteriormente, será apreciado pela Comissão de Assuntos Sociais, em decisão terminativa.	serviços públicos de saúde e de apoio a dependentes químicos, na prevenção, tratamento, recuperação e redução de danos sociais e à saúde.
PLS 210/2012 Complementar (Sen. Roberto Requião; Antônio Carlos Valadares e Pedro Taques)	Dispõe sobre a execução de Planos de Ações Especiais e confere aos Estados e Municípios que se encontram com dívidas para com a União a faculdade de celebração de convênios com esta, para aplicação especial das parcelas de pagamentos de suas dívidas.	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.	<p>Matéria com a relatoria: Senador Luiz Henrique</p> <p>O projeto autoriza os estados e municípios que têm dívidas com a União de que tratam as leis supracitadas a aplicar os valores das prestações de pagamentos das dívidas nas seguintes finalidades: (i) 50% para construção, ampliação, reforma e modernização de postos de saúde; à construção, ampliação, reforma e modernização de escolas e demais unidades de prestação de serviços educacionais; ao reparelhamento dos órgãos de segurança pública; (ii) 50% em ampliação de outras despesas e incremento dos quadros de servidores das áreas afins das funções de saúde, educação e segurança pública.</p>
PLS 226/2012 (Sen. Eduardo Suplicy e Rorim) Incluída em conjunto com o PLS 193/2011 (Sen. Paulo Davim)	Destina 30% da receita arrecadada com a cobrança de multas de trânsito ao SUS	Comissão de Assuntos Sociais.	<p>Matéria com a relatoria: Senador José Agripino</p> <p>O projeto altera o Código de Trânsito Brasileiro e a Lei Orgânica da Saúde, para prevê que 30% do valor das multas de trânsito arrecadadas será destinado ao financiamento do Sistema Único de Saúde.</p>





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

	Cidadania, em decisão terminativa.
--	------------------------------------

CÂMARA DOS DEPUTADOS

Projeto	Resumo da Emenda	Localização	Situação	Observações
PL 1948/2011 (Dep. Onofre Santo Agostini) trâmite em conjunto PL 2617/2011 (Dep. Guilherme Mussi)	Dispõe sobre a destinação dos recursos de premiação das loterias federais administradas pela Caixa, procurados pelos contemplados dentro do prazo de prescrição	Comissão de Finanças e Tributação Posteriormente, será apreciado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania, em decisão terminativa.	Parecer apresentado pelo relator, dep. João Magalhães. Pronto para pauta na Comissão.	O projeto prevê a destinação de parte dos recursos de premiação não procurados para o Fundo Nacional de Saúde. No entanto, há preocupação dos parlamentares com relação à participação em vista que outras áreas poderão ser prejudicadas, como a educação, cultura e desporto. O parecer do relator é pela incompatibilidade e inadequação financeira e orçamentária.
PL 405/2009 (Dep. Rompe de Mattos) em conjunto com PL 442/1991 (Dep. Roberto Viana)	Institui a Loteria Municipal de prognósticos sobre o resultado do sorteio de números, organizada nos moldes da loteria denominada “Jogo do Bicho”, revoga dispositivos legais referentes a sua	Plenário	Aguardando inclusão na ordem do dia	A proposta prevê a aplicação de 50% das receitas auferidas no Jogo do Bicho em programas de saúde e educação.





SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

PL 3489/2008 (Dep. Arnaldo Faria de Sá e outros) tramita em conjunto PL 2944/2004 (Dep. Valdemar Costa Neto) PL 270/2003 (Dep. Antônio Carlos Mendes Thame)	Prática e dá outras providências Dispõe sobre recursos da exploração dos bingos com a finalidade de angariar recursos para a saúde.	Plenário	Aguardando a inclusão na ordem do dia.
PL 6444/2009 (Dep. Fábio Faria)	Altera dispositivos da Lei 11.505/2007 para dispor sobre os recursos arrecadados pela Timemania	Comissão de Seguridade Social e Família. Posteriormente, será apreciado pelas Comissões de Finanças e Tributação e Constituição, Justiça e de Cidadania, cabendo à última decisão terminativa	Pronto para pauta na Comissão.
PL 3449/2012 (Dep. Edivaldo Holanda Júnior)	Destina recursos arrecadados com a cobrança de multas de trânsito para ações de atenção especial e	Comissão de Viação e Transportes	A matéria foi apensada ao PL 3920/2008, que foi apensado ao PL




SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

tramita em conjunto PL 3052/2004 (Dep. Airton Roveda)	de urgência e emergência em saúde.	Posteriormente, a matéria será apreciada pelas Comissões de Defesa do Consumidor, Finanças e Tributação e Constituição, Justiça e de Cidadania, e ainda pelo Plenário.	5305/2013 – os quais dispõem sobre a destinação exclusiva dos recursos arrecadados com multas para melhorias no tráfego.	
PEC 245/2013 (Dep. Ângelo Vanhoni) tramita em conjunto PEC 220/2012 (Dep. Newton Lima)	Destina recursos da participação ou da compensação financeira para exploração de petróleo e gás natural para as áreas de educação, saúde, meio ambiente, ciência e tecnologia, defesa, energia e infraestrutura.	Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania Posteriormente, a matéria será apreciada em Plenário	Pronto para pauta na Comissão	A proposta foi apensada, ainda, a PEC 545/2006, de autoria da Dep. Iriny Lopes, que versa sobre o mesmo assunto, apesar de não deixar clara a porcentagem a ser distribuída entre os setores sociais, diferente das outras duas que destinam 70% para educação pública. De qualquer forma, o parecer apresentado pelo relator, Dep. Fábio Trad, é pela inadmissibilidade desta e de todas as PECs a ela apensadas.
PL 3806/2008 (Dep. Walter Brito Neto) tramita em conjunto PL 1117/2007 (Dep. Sérgio Coimbra)	Altera as leis que regulamentam a compensação financeira pela exploração de recursos minerais e outros recursos naturais	Comissão de Minas e Energia Posteriormente, a matéria será apreciada pelas Comissões de Finanças e Tributação e Constituição, Justiça e de Cidadania, cabendo	Matéria com a relatoria: Dep. José Otávio Germano	A matéria prevê a destinação de 2% da compensação financeira pela exploração de recursos minerais ao Ministério da Saúde, para construção e reforma de centros de saúde. A proposta fora apensada ao 1117, que dispõe sobre a compensação financeira para fins de aproveitamento econômico. Aguardando elaboração de substitutivo para integrar



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa



		à última decisão terminativa.	os assuntos das duas proposições.
PEC 21/2012 (Dep. João Leão) tramita em conjunto PEC 406/2009 (Dep. Alfredo Kaefer)	Fixa o repasse de 15% da arrecadação das contribuições sociais para os Fundos de Participação dos Estados e Distrito Federal e dos Municípios para aplicação em saúde e assistência social.	Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania. Posteriormente, a matéria será apreciada em Plenário.	Aguardando designação do relator do recurso apresentado em Plenário para que as matérias sejam desapensadas
PL 5312/2005 (Dep. Luiz Carlos Hauly e Rafael Guerra)	Dispõe sobre a criação do Fundo Nacional de Financiamento da Saúde – FUNPROSUS e dá outras providências	Comissão de Seguridade Social e Família. Posteriormente, será apreciado pela Comissão de Finanças e Tributação e Constituição, Justiça e Cidadania, cabendo à última decisão terminativa	Pronto para pauta na Comissão O projeto cria um fundo constituído pelo montante dos impostos e contribuições sociais, de natureza federal, devidos pelas pessoas jurídicas que prestam serviços no âmbito do SUS.
SEN 4428/2012 (Dep. Elika Kokay)	Altera a lei 7347/85; 9605/98; e o ECA para estabelecer a destinação de recursos arrecadados com multas e outros valores de natureza não indenizatória.	Comissão de Finanças e Tributação. Posteriormente, a matéria será apreciada pelas Comissões de	Pronto para pauta na Comissão. O projeto estabelece que as multas ou outros valores de natureza não indenizatória em razão de compromisso de ajustamento de conduta serão revertidos ao Fundo Nacional de Saúde.





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

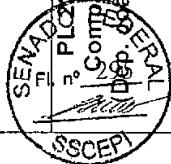
		Finanças e Tributação, Constituição, Justiça e de Cidadania, cabendo à última decisão terminativa.	Comissão de Segurança Pública e Combate ao Crime Organizado; Posteriormente, será apreciada pelas Comissões de Seguridade Social e Família, Finanças e Tributação, Constituição, Justiça e de Cidadania, cabendo à última decisão terminativa.	Pronto para pauta na Comissão	0,1% do produto da arrecadação da COFINS será destinado ao FUNAD, com a seguinte partilha: 30% para programas de tratamento e recuperação de usuários de drogas; 20% sem finalidade lucrativa que desenvolvem atividades específicas de tratamento e recuperação de usuários de drogas; e 50% para o SUS, para aplicação em atividades específicas de tratamento e recuperação de usuários de drogas.
PL 2005/2011 (Dep. Wellington Fagundes)	Destina parcela dos recursos da COFINS para tratamento e recuperação de usuários de drogas por meio do Fundo Nacional Antidrogas e do Sistema Único de Saúde.	Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania, cabendo à última decisão terminativa.	Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania.	Pronto para pauta na Comissão	O Substitutivo apresentado na CCJC cria o Fundo Nacional da Fumicultura e a CIDE-Tabaco. Os recursos do fundo destinam-se: 50% para estudo e tratamento das doenças decorrentes do uso do tabaco; 17% ao produtor rural, incluindo-se o sócio, meireiro e temporário, para financeirar a aquisição de equipamentos, matéria prima e demais
PL 513/1999 (Dep. Cunha Bueno) PL 2008/2011 em conjunto com o PL 2008/2008 (Dep. Jorginho Maluly) PL 92/2007 (Dep. Sandes Júnior)	Institui o resarcimento obrigatório aos estabelecimentos públicos de saúde, pelas indústrias de cigarros e derivados do tabaco, das despesas com o tratamento de pacientes portadores de doenças provocadas ou agravadas pelo fumo e seus derivados.	Posteriormente, a matéria será apreciada em Plenário	Posteriormente, a matéria será apreciada em Plenário	Pronto para pauta na Comissão	Pronto para pauta na Comissão




SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

			Insumentos necessários à eliminação do cultivo de fumo e sua substituição por outras atividades; 16,5% ao trabalhador na indústria do fumo, para o financiamento de programas de treinamento e capacitação visando sua reinserção no mercado de trabalho em outras atividades; 16,5% à pesquisa e desenvolvimento dirigidos à substituição do cultivo do fumo.
PL 32/2011 Complementar (Dep. Amauri Teixeira)	Cria a Contribuição Social para a Saúde e dá outras providências.	Comissão de Seguridade Social e Família Posteriormente, será analisada pelas Comissões de Finanças e Tributação e Constituição, Justiça e de Cidadania. A proposição será apreciada pelo Plenário	Matéria com a relatoria: Dep. João Ananias
PLC 29/2012 Complementar (Dep. João Ananias)	Altera a Lei de Responsabilidade Fiscal para tornar obrigatória a execução da lei orçamentária anual, no que concerne aos recursos destinados à área da saúde.	Comissão de Finanças e Tributação Posteriormente, será apreciada pela Comissão de	Matéria com a relatoria: Dep. Rogério Carvalho



SSCEP



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

		Constituição, Justiça e de Cidadania e Plenário.	
PL 207/2012 Complementar (Dep. Renan Filho)	Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, para incluir critérios de distribuição de recursos.	Comissão de Seguridade Social e Família. Posteriormente, será apreciada pelas Comissões de Finanças e Tributação, Constituição, Justiça e de Cidadania. Em seguida, será apreciada pelo Plenário	Materia com a relatoria: Dep. Rogério Carvalho
PL 90/2007 Complementar (Dep. Felipe Maia)	Acrecenta dispositivos a Lei de Responsabilidade Fiscal para estabelecer mecanismos de compensação nos casos de insuficiência na aplicação de recursos sujeitos a constitucional anual.	Comissão de Finanças e Tributação Posteriormente, será apreciada pela Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania. A matéria será apreciada em Plenário.	Pronto para pauta na Comissão
PL 5830/2001 Complementar (Dep. Eduardo Barrosa) Itamita em conjunto	Altera a Lei 6194/74, direcionando recursos à reabilitação das vítimas de acidentes de trânsito.	Plenário	O projeto está tramitando junto com o PL 505/1991, que extingue o Seguro Obrigatório de Veículos Automotores. O projeto 5630 destina os recursos





SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Humberto Costa

PL 505/1991 (Dep. Paulo Paim)	Dispõe sobre placas de identificação dos veículos, aparelhos eletrônicos medidores de velocidade e aplicação de multas arrecadados com multas de trânsito	Comissão de Viação e Transportes Posteriormente, será apreciado pelas Comissões de Finanças e Tributação e Constituição, Justiça e de Cidadania, cabendo à última decisão terminativa.	Pronto para pauta na Comissão	Correspondentes à corretagem do seguro DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde para aquisição de prótese e órtese, contemplado na redação final. A proposta fixa que 7% do valor das multas de trânsito arrecadadas será aplicada em programa do SUS voltados para o atendimento e recuperação das vítimas de acidentes de trânsito.
PL 429/2011 (Dep. Gorete Pereira)	Altera a Lei Complementar 141, de 2012.	Comissão de Seguridade Social e Família Posteriormente, será apreciado pela Comissão de Constituição, Justiça e de Cidadania. Será apreciado, também, pelo Plenário	Pronto para pauta na Comissão	Determina o prazo de dez dias para que os municípios transfiram os recursos da União destinados ao pagamento de serviços prestados pela rede de saúde conveniada ao SUS.
PL 231/2012 Complementar (Dep. Zoinho)	Regulamenta o §3º, do art. 198, da	Comissão de	Matéria com a relatoria:	O projeto estabelece que a União




SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Humberto Costa

Complementar (Dep. Darcísio Perondi) tramita em conjunto PL 124/2012 Complementar (Dep. Eleuses Paiva) PL 226/2012 Complementar (Dep. Guilherme Mussi)	<p>Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União.</p> <p>Posteriormente, será apreciada pelas Comissões de Finanças e Tributação e Constituição, Justiça e Cidadania. Será apreciada, também, pelo Plenário</p>	Seguridade Social e Família Dep. Nazareno Fontelles	aplicará em ações e serviços de saúde, o mínimo de dez por cento de suas receitas brutas.
PEC 7763/2010 (Dep. Luiz Carlos Hauly)	<p>Dispõe sobre o repasse pela União aos municípios dos valores superiores ao percentual de 15% da arrecadação em ações e serviços públicos de saúde e dá outras providências.</p>	Comissão de Finanças e Tributação. Aguardando designação de relator	O art. 1º determina que a União fica obrigada a repassar, mensalmente, recursos aos municípios destinados a compensar os gastos efetuados em ações e serviços públicos de saúde que foram efetuados em valores superiores ao percentual de 15% do produto da arrecadação dos impostos.



SENADO FEDERAL

Reunião: 10ª Reunião da CTS
 Data: 10 de dezembro de 2013 (terça-feira), às 14h30
 Local: Ala Senador Alexandre Costa, Plenário nº 13

CT- DESTINADA A PROPOR SOLUÇÕES AO FINANCIAMENTO DO SISTEMA DE SAÚDE DO BRASIL - CTS

Assinam o Relatório:

TITULARES	SUPLENTES
Bloco de Apoio ao Governo(PSOL, PT, PDT, PSB, PCdoB)	
Humberto Costa (PT) <i>(Assinatura)</i>	1. Wellington Dias (PT) <i>(Assinatura)</i>
Antônio Carlos Valadares (PSB) <i>(Assinatura)</i>	2. Vanessa Grazziotin (PCdoB) <i>(Assinatura)</i>
Bloco Parlamentar da Maioria(PV, PSD, PMDB, PP)	
Vital do Rêgo (PMDB) <i>(Assinatura)</i>	1. Luiz Henrique (PMDB)
Paulo Davim (PV) <i>(Assinatura)</i>	2. Ciro Nogueira (PP)
Bloco Parlamentar Minoria(PSDB, DEM)	
Jayme Campos (DEM) <i>(Assinatura)</i>	1. Lúcia Vânia (PSDB)

Edição de hoje: 94 páginas
(OS: 10003/2014)

Secretaria Especial de
Editoração e Publicações – SEEP

SENADO
FEDERAL

