

PROJETO DE LEI DO SENADO N° , DE 2008

Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para definir procedimentos a serem adotados na apuração de responsabilidades e estabelecer sanções a serem aplicadas aos agentes públicos responsáveis pelo descumprimento injustificado de obrigações assumidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 36 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescido dos seguintes parágrafos, renumerando-se o atual § 2º como § 5º:

“**Art. 36.**

.....
§ 2º Os planos de saúde serão plurianuais e operacionalizados mediante programação anual, com explicitação de metas e recursos financeiros, devendo a sua elaboração, no que couber, observar as regras e os prazos previstos para a formulação das propostas do plano plurianual.

§ 3º Os planos de saúde e suas programações anuais serão submetidos à aprovação do conselho de saúde em cada esfera de governo e integrarão a proposta da lei orçamentária anual.

§ 4º Os planos de saúde poderão ser modificados ou aditados a qualquer tempo, desde que as mudanças sejam aprovadas pelo conselho de saúde e sejam compatíveis com as leis orçamentárias.

..... (NR)”

Art. 2º A Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, passa a vigorar acrescida do seguinte Título e correspondentes Capítulos:

“TÍTULO VI
DA RESPONSABILIDADE DO GESTOR
CAPÍTULO I

Das responsabilidades comuns e compartilhadas dos gestores

Art. 38-A. As direções do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, promoverão a cooperação intergovernamental e interinstitucional necessária para assegurar a integralidade e a qualidade da atenção à saúde da população, responsabilizando-se solidariamente pela oferta suficiente de ações e serviços públicos de saúde em todos os níveis de atenção e de complexidade tecnológica.

Art. 38-B. A responsabilidade pela oferta suficiente de ações e serviços públicos de saúde configura-se pela execução de políticas de saúde, expressas nos planos de saúde de que trata o art. 36 e nas programações e ações deles decorrentes.

§ 1º A execução do plano de saúde é de responsabilidade do gestor em cada esfera de governo.

§ 2º Para as finalidades desta Lei, gestor é aquele que exerce, no âmbito do SUS, ainda que transitoriamente, com ou sem remuneração, por eleição, nomeação, designação, contratação ou qualquer outra forma de investidura ou vínculo, mandato, cargo, emprego ou função com poder de decisão sobre a alocação de recursos.

Art. 38-C. São responsabilidades compartilhadas pelos gestores do SUS nas esferas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, em seus respectivos âmbitos:

I – aplicar, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde os recursos determinados pelo § 2º do art. 198 da Constituição Federal e legislação complementar;

II – estruturar o fundo de saúde de que trata o inciso I do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

III – elaborar o plano de saúde de que trata o art. 36, em conformidade com as respectivas programações anuais;

IV – elaborar os relatórios de gestão de que trata o inciso IV do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

V – prover condições para o funcionamento do conselho de saúde de que trata o inciso II do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

VI – estruturar o respectivo componente do Sistema Nacional de Auditoria de que trata o inciso XIX do art. 16;

VII – manter atualizado o sistema nacional de informação em saúde de que trata o art. 47.

CAPÍTULO II

Do pacto de gestão e das comissões intergestores

Art. 38-D. Para o cumprimento da responsabilidade comum de que tratam os arts. 38-A e 38-B, os gestores nas esferas da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão apoiar-se mutuamente, por meio de compromissos assumidos em pactos de gestão firmados no âmbito de comissões intergestores, conformando a gestão cooperativa do SUS.

§ 1º As comissões intergestores serão compostas de forma paritária pelos gestores, sendo:

I – tripartite, no âmbito nacional, com representação do gestor federal, dos gestores estaduais e dos gestores municipais; e

II – bipartite, no âmbito estadual, com representação do gestor estadual e dos gestores municipais.

§ 2º As comissões intergestores pactuarão sobre a organização, a direção e a gestão da saúde e os pactos firmados serão formalizados em ato próprio do gestor federal, no caso da Comissão Intergestores Tripartite, e do gestor estadual, no caso das comissões intergestores bipartites dos Estados.

CAPÍTULO III

Do relatório de gestão

Art. 38-E. Sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle interno e externo de cada esfera de governo, os recursos destinados ao financiamento e à execução de ações e serviços públicos de saúde provenientes de receitas próprias dos entes federativos, de transferências regulares e automáticas de outros entes da Federação, de operações de crédito internas e externas vinculadas à saúde e de outras

receitas destinadas à saúde serão depositados nos fundos de saúde de cada esfera de governo e por eles movimentados, devendo sua execução ser acompanhada e fiscalizada por meio de relatórios de gestão submetidos ao conselho de saúde respectivo.

Parágrafo único. As contas bancárias dos fundos de saúde não gozarão de sigilo bancário, podendo os conselhos de saúde, os órgãos componentes do Sistema Nacional de Auditoria e os órgãos de controle interno e externo requisitar e obter informações relativas à movimentação dos recursos.

Art. 38-F. O relatório de gestão constitui instrumento de prestação de contas da execução do plano de saúde e deverá conter obrigatoriamente:

I – a comprovação do cumprimento das disposições do § 2º do art. 198 da Constituição Federal e legislação complementar;

II – a demonstração do grau de execução das ações programadas no plano de saúde e de atingimento das respectivas metas;

III – os balanços financeiros, orçamentários, patrimoniais e demonstrativos de variações patrimoniais do fundo de saúde, elaborados na forma da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.

Parágrafo único. Na hipótese de não-execução de ações programadas, de descumprimento de metas ou de não-execução de recursos, conforme previsto no plano de saúde, o relatório de gestão deverá ser instruído com notas explicativas em que constem:

I – as razões da não-realização dos gastos previstos ou das ações programadas ou do não-atingimento ou da alteração das metas estabelecidas;

II – o plano de ações remediais, com cronograma e orçamento definidos.

Art. 38-G. Constitui responsabilidade do gestor, em cada esfera de governo, a elaboração do relatório de gestão e sua submissão à apreciação do conselho de saúde, a ser feita até o final do primeiro trimestre do ano seguinte ao da execução orçamentária.

Parágrafo único. O relatório de gestão será necessariamente acompanhado de parecer conclusivo do Sistema Nacional de Auditoria, relativamente aos aspectos de que trata o art. 38-F.

CAPÍTULO IV

Das infrações administrativas e dos crimes de responsabilidade sanitária, das sanções e do processo

Seção I

Das infrações administrativas

Art. 38-H. São infrações administrativas do gestor deixar de:

I – estruturar o fundo de saúde;

II – prover condições materiais, técnicas e administrativas para o funcionamento dos conselhos de saúde;

III – estruturar o componente do Sistema Nacional de Auditoria;

IV – prover, aos órgãos do Sistema Nacional de Auditoria, condições materiais, técnicas e administrativas para o exercício das suas atribuições;

V – apresentar ao conselho de saúde o plano de saúde ou o relatório de gestão;

VI – submeter ao conselho de saúde as alterações ou o detalhamento anual do plano de saúde;

VII – elaborar planos de saúde e relatórios de gestão em conformidade com as normas previstas em regulamento;

VIII – manter atualizado o sistema nacional de informação em saúde;

IX – cumprir deliberações pactuadas no âmbito das comissões intergestores.

Art. 38-I. As infrações administrativas são punidas alternada ou cumulativamente com as seguintes sanções:

I – advertência, exceto em caso de reincidência;

II – multa, a ser recolhida ao fundo de saúde correspondente da esfera de governo.

§ 1º Os valores das multas serão estabelecidos em até dez vezes o valor da remuneração mensal bruta percebida pelo gestor, ressalvado o disposto no § 3º.

§ 2º Para o estabelecimento do valor da multa, serão consideradas a gravidade da infração e a extensão do dano causado à saúde da população.

§ 3º No caso de reincidência do cometimento de infração, o valor da multa poderá chegar a até vinte vezes o valor da remuneração percebida pelo gestor, a critério da autoridade competente.

Seção II

Dos crimes de responsabilidade sanitária

Art. 38-J. São crimes de responsabilidade sanitária:

I – deixar de aplicar os recursos mínimos estabelecidos para o financiamento de ações e serviços públicos de saúde, conforme dispõe o § 2º do art. 198 da Constituição Federal e legislação complementar;

II – dar às verbas ou rendas destinadas ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde aplicação diversa da estabelecida em lei;

III – aplicar recursos financeiros em atividades não-previstas no plano de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área da saúde;

IV – dar causa ao descumprimento do plano de saúde, deixando de executar ou interrompendo injustificadamente as ações previstas, causando agravos à saúde da população;

V – prestar informações falsas no relatório de gestão, que frustrem o monitoramento da execução de ações, do cumprimento de metas ou da execução orçamentária, previstas no plano de saúde;

VI – obstar, por qualquer meio, a atuação do conselho de saúde ou as ações do Sistema Nacional de Auditoria;

VII – inserir ou facilitar a inserção de dados falsos, alterar ou excluir informações e dados corretos nos sistemas informatizados ou bancos de dados utilizados no âmbito do SUS, com o fim de obter vantagem indevida ou frustrar o monitoramento das ações de saúde.

Art. 38-L. Os crimes de responsabilidade sanitária constituem crime de emprego irregular de verbas públicas, tipificado no art. 315 do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), sujeitando-se o gestor que neles incorrer às penalidades cominadas naquele dispositivo.

Seção III

Da apuração de responsabilidades

Art. 38-M. O conselho de saúde emitirá, em sessenta dias, contados a partir do recebimento, parecer sobre o relatório de gestão, que será publicado na imprensa oficial, remetido às Casas Legislativas, ao Ministério Público e ao Ministério Público de Contas da esfera de governo respectiva e encaminhado ao Tribunal de Contas e ao

representante do Sistema Nacional de Auditoria do SUS da unidade federada de que trate o relatório de gestão.

Art. 38-N. Havendo fundados indícios da ocorrência de infração administrativa ou de crime de responsabilidade sanitária, o conselho de saúde representará ao Ministério Público e ao Sistema Nacional de Auditoria para que requeiram, ao juízo competente, a investigação devida e a punição pelos atos praticados ou deixados de praticar.

Parágrafo único. A ação principal terá rito ordinário e seguirá o previsto no art. 17 da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992.

Art. 38-O. Responderá pela infração ou crime o gestor que, por ação ou omissão, lhe deu causa, concorreu com culpa ou dolo para a sua prática, ou dela se beneficiou.

§ 1º Fica assegurado aos ex-gestores, se for o caso, o acesso a todos os documentos e informações necessárias ao exercício da ampla defesa.

§ 2º Os fundos de saúde manterão em arquivo informatizado, pelo período mínimo de dez anos, os documentos e os dados que estiverem sob sua responsabilidade.”

Art. 3º Revoga-se o art. 52 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor após transcorridos cento e oitenta dias de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

O episódio ocorrido, no ano passado, na Santa Casa de Misericórdia de Belém – a principal instituição de referência para o atendimento terciário à gestação, ao parto e ao recém-nascido, no Estado do Pará – no qual 263 recém-nascidos morreram entre janeiro e julho do corrente ano, em decorrência da má administração e da insuficiência de investimentos

no setor –, deixou evidente a necessidade de responsabilizar judicialmente esses gestores.

O fato decorreu, de um lado, da atuação insuficiente dos gestores municipais de saúde sob cuja responsabilidade está a organização da atenção básica – insuficiente e inoperante naquela unidade federada. Por outro, omitiu-se, historicamente, a Secretaria de Saúde do Estado no estabelecimento de serviços de referência regionais e no aparelhamento de sua referência terciária.

Esse conjunto de omissões transferiu para a Santa Casa uma carga de responsabilidade para a qual não estava aparelhada. Para completar o quadro, a Secretaria de Estado de Saúde deixou de investir quase metade dos recursos transferidos para ela pelo governo federal no ano anterior, levando aquele hospital ao sucateamento.

Situação similar já tinha sido observada durante a epidemia de dengue do verão de 2007-2008, quando, em decorrência da omissão de gestores municipais em executar adequadamente as ações programadas de controle da enfermidade, conforme responsabilidades assumidas com os governos estadual e federal – incluindo a não aplicação dos recursos recebidos para aquela finalidade –, colocaram suas comunidades em situação de risco para a ocorrência de epidemias da doença.

Com sua omissão, esses gestores colocaram em risco também as populações de municípios vizinhos, uma vez que, em especial em áreas metropolitanas e regiões mais densamente urbanizadas, ocorreu a irradiação da doença para toda a região, colocando a perder o esforço e os recursos despendidos pelos municípios circunvizinhos.

Essa situação foi identificada pelo Tribunal de Contas da União, no curso da auditoria realizada no Programa Nacional de Controle da Dengue, em vista do que aquele tribunal sugeriu, ao Poder Legislativo, que avaliasse a possibilidade de aperfeiçoar as normas e instrumentos legais que disponham sobre a previsão expressa de sanções a serem aplicadas aos gestores públicos responsáveis pelo descumprimento injustificado de obrigações assumidas no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Essa situação – ausência de instrumentos legais para apurar responsabilidades e sancionar gestores que descumpram injustificadamente suas obrigações – é reconhecida, já há alguns anos, pelo Ministério da Saúde, na qualidade de gestor do sistema em nível nacional, e pelo Legislativo. Nesse sentido, um anteprojeto de uma Lei de Responsabilidade Sanitária foi elaborado por aquela Pasta em 2005, mas não chegou a ser apresentado ao Congresso Nacional, enquanto, na Câmara dos Deputados, três proposições sobre a matéria foram apresentadas, desde 2004, das quais apenas uma ainda tramita naquela casa legislativa.

Em duas audiências públicas, a primeira realizada em 2008 e a segunda há poucos dias, no âmbito da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, sobre o Programa Mais Saúde, o Ministro da Saúde referiu-se à necessidade de ser retomada a discussão sobre a matéria.

Aprovar uma norma nesse sentido é uma das mais valiosas contribuições que o Senado Federal e o Poder Legislativo podem oferecer para que episódios como os aqui referidos não se repitam.

Sala das Sessões,

Senador Augusto Botelho