

# **PROJETO DE LEI DO SENADO Nº , DE 2007 – COMPLEMENTAR**

Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

**Art. 1º** Esta Lei dispõe, nos termos dos §§ 2º e 3º do art. 198 da Constituição Federal, sobre:

I – percentual mínimo das receitas da União a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde;

II – percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III – 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 Municípios;

IV – normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

**Art. 2º** A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a dez por cento de

suas receitas correntes brutas.

*Parágrafo único.* Para os efeitos desta Lei, são consideradas receitas correntes brutas a totalidade das receitas:

- I – tributárias;
- II – patrimoniais;
- III – industriais;
- IV – agropecuárias;
- V – de contribuições;
- VI – de serviços;
- VII – de transferências correntes.

**Art. 3º** Os Estados aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a doze por cento 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, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

**Art. 4º** Os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior a quinze por cento 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, da Constituição Federal.

**Art. 5º** O montante a ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde por parte do Distrito Federal deverá corresponder, pelo menos, ao somatório dos percentuais mínimos de vinculação estabelecidos para os Estados e para os Municípios nos arts. 3º e 4º, calculados separadamente.

**Art. 6º** Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos.

**Art. 7º** Os recursos de que trata esta Lei serão recolhidos e movimentados, até sua destinação final com gastos em ações e serviços públicos de saúde, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial, sob a responsabilidade do gestor do respectivo fundo de saúde.

*Parágrafo único.* As despesas com ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos transferidos diretamente a entidades da administração indireta não serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos previstos nesta Lei.

**Art. 8º** Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

**Art. 9º** As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

**Art. 10.** Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei, serão consideradas:

I – as despesas liquidadas no exercício;

II – as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no fundo de saúde.

§ 1º Os recursos provenientes do cancelamento ou da prescrição de restos a pagar, inscritos na forma do inciso II deste artigo, deverão ser, necessariamente, aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, os recursos deverão ser, efetivamente, aplicados em ações e serviços de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Para a União, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de recursos de operações de crédito utilizados após a entrada em vigor desta Lei, para financiar ações e serviços públicos de saúde, integrarão o montante considerado para o cálculo dos valores mínimos constitucionalmente exigidos.

§ 4º Para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de recursos de operações de crédito utilizados a partir de 1º de janeiro de 2000 para financiar ações e serviços públicos de saúde integrarão o montante considerado para o cálculo dos valores mínimos constitucionalmente exigidos.

§ 5º Para a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, as despesas listadas no art. 18, no exercício em que ocorrerem, realizadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para financiá-las não integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 6º Os recursos provenientes de taxas, tarifas ou multas, bem como de pagamento pela prestação de serviços de assistência à saúde, arrecadados por entidades da área da saúde integrantes da administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito

Federal ou dos Municípios deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde, porém não serão considerados para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 2º, 3º, 4º e 5º.

**Art. 11.** São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os artigos 2º, 3º, 4º e 5º.

**Art. 12.** É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração do percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

*Parágrafo único.* A vedação prevista no *caput* aplica-se à parcela adicional do imposto de que trata o inciso II do artigo 155 da Constituição Federal vinculada ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

**Art. 13.** Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei.

**Art. 14.** Os recursos do Fundo Nacional de Saúde destinados a despesas correntes e de capital referentes a ações e serviços públicos de saúde a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, em conformidade com critérios de transferências em cotas previstas na

programação e no cronograma aprovados pelo Conselho Nacional de Saúde, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

*Parágrafo único.* Em situações específicas, poderão ser transferidos recursos aos fundos de saúde mediante a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos, respeitadas as normas de financiamento.

**Art. 15.** Dos recursos da União destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde:

I – setenta por cento serão distribuídos segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio;

II – vinte e cinco por cento serão distribuídos segundo os critérios definidos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

III – cinco por cento serão distribuídos em função de metas de desenvolvimento tecnológico e de ampliação da capacidade assistencial pactuadas entre o Ministério da Saúde e as respectivas unidades federadas, em percentuais inversamente proporcionais à capacidade instalada da unidade federada correspondente, calculada em função da quantidade e do valor dos procedimentos realizados no exercício financeiro anterior.

*Parágrafo único.* Dos recursos de que trata o *caput*, pelo menos quinze por cento serão aplicados em ações e serviços básicos de saúde.

**Art. 16.** Dos recursos dos Estados destinados a Municípios para ações e serviços públicos de saúde, setenta e cinco por cento serão distribuídos segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento

prévio, e vinte e cinco por cento segundo os critérios definidos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990.

*Parágrafo único.* Dos recursos de que trata o *caput*, pelo menos cinqüenta por cento serão aplicados em ações e serviços básicos de saúde.

**Art. 17.** Para os efeitos desta Lei e do art. 198 da Constituição Federal, considerar-se-ão despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas de custeio e de capital, compreendidas nestas as despesas de investimento, financiadas por qualquer das três esferas de governo, relacionadas a programas finalísticos e de apoio que atendam às seguintes diretrizes:

I – sejam destinadas a ações e serviços de acesso universal;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos planos de saúde de cada ente da Federação;

III – sejam de responsabilidade específica do setor saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

*Parágrafo único.* Além de atender aos critérios estabelecidos no *caput*, as despesas com ações e serviços públicos de saúde, realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

**Art. 18.** Observadas as disposições do art. 17, somente serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde que se enquadrem em qualquer dos seguintes campos de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS):

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo a assistência terapêutica e a recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do SUS;

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos para os serviços de saúde do SUS, tais como imunobiológicos, sangue, hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação;

VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas;

VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – apoio administrativo realizado por instituições do SUS, desde que vinculado à execução das ações relacionadas neste artigo;

X – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde;

XI – remuneração do pessoal de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais.

**Art. 19.** Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei, aquelas decorrentes de:

I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à área;

III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvado o disposto no inciso II do art. 18;

V – saneamento básico financiado ou que vier a ser mantido com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos;

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII – assistência social;

VIII – preservação e correção do meio ambiente realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;

IX – obras de infra-estrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

**Art. 20.** Para fins de aplicação dos recursos de que tratam os arts. 15 e 16, consideram-se ações básicas de saúde:

I – assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério;

II – acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantis;

III – vacinações constantes do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunizações, para todas as faixas etárias;

IV – ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças;

V – tratamento das intercorrências mais comuns na infância;

VI – atendimento das afecções agudas de maior incidência;

VII – atendimento das doenças crônicas de alta prevalência;

VIII – tratamento clínico e cirúrgico de pequenas urgências ambulatoriais;

IX – tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais freqüentes;

X – tratamento das doenças bucais de maior incidência;

XI – dispensação dos medicamentos da Farmácia Básica;

XII – inspeção sanitária de:

a) comércio de alimentos;

b) abatedouros;

c) creches e estabelecimentos de ensino;

d) terminais rodoviários;

e) água para consumo humano;

f) terrenos baldios;

XIII – investigação, notificação e bloqueio de casos, surtos e epidemias de doenças sujeitas à vigilância epidemiológica.

*Parágrafo único.* O elenco de ações de que trata este artigo poderá, a qualquer momento, ser ampliado para incluir outras, desde que sejam necessárias para o atendimento dos problemas de saúde de uma dada população, decorram de proposição de comissão intergestores e tenham sido aprovadas pelo respectivo conselho de saúde.

**Art. 21.** Para fins de aplicação dos recursos de que tratam os arts. 15 e 16, consideram-se serviços básicos de saúde as unidades de saúde cuja competência inclua a realização, no próprio estabelecimento, em domicílio ou na comunidade, de ações básicas de saúde, em articulação com os demais níveis de atenção.

**Art. 22.** Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase para o que se refere a:

I – comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei;

II – relatório de gestão do SUS;

III – avaliação do conselho de saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

*Parágrafo único.* A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde.

**Art. 23.** Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil auxiliar relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

**Art. 24.** O gestor de saúde promoverá, em tempo hábil, a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

**Art. 25.** As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como nos relatórios a que se refere os arts. 52 a 55 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

**Art. 26.** Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no artigo 56 da Lei Complementar nº 101, de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição e nesta lei.

**Art. 27.** A prestação de contas prevista no art. 26 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

**Art. 28.** O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei, com ênfase no que diz respeito:

I – à elaboração do plano de saúde anual;

II – ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias;

III – à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta lei;

IV – à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

V – à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

*Parágrafo único.* Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de sua competência, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da

Federação sob sua jurisdição, observadas as normas estatuídas nesta lei.

**Art. 29.** Sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas, o Poder Executivo manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações referentes aos orçamentos públicos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, garantido o acesso público às informações.

§1º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde, ou outro sistema que venha a substituí-lo, apresentará as seguintes características:

I – obrigatoriedade da inserção e atualização permanente de dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II – caráter declaratório;

III – processos informatizados de declaração, armazenamento e extração dos dados;

IV – disponibilidade do programa de declaração aos interessados;

V – publicidade das informações declaradas e dos indicadores calculados;

VI – realização de cálculo automático dos percentuais mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta lei;

VII – presença de mecanismos que promovam a correspondência dos dados declarados na base de dados com os demonstrativos contábeis publicados pelos entes da Federação.

§ 2º Atribui-se ao declarante a responsabilidade:

I – pela inserção de dados no programa de declaração;

II – pela fidedignidade dos dados declarados em relação aos demonstrativos contábeis;

III – pela veracidade das informações inseridas na base de dados.

§ 3º Os resultados do monitoramento e da avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma sistemática e objetiva, inclusive por meio de indicadores de desempenho e integrarão o relatório de gestão de que trata o artigo 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 4º O órgão responsável pela administração do sistema de que trata o *caput*, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta lei, dará ciência ao ente federado envolvido, ao respectivo conselho de saúde, ao Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS), ao Ministério Público, à Controladoria-Geral da União e ao Tribunal de Contas com jurisdição no território do ente da Federação, para a adoção das medidas cabíveis.

**Art. 30.** O Poder Executivo disponibilizará aos respectivos Tribunais de Contas informações prestadas por Estados, Distrito Federal, Municípios e União, para utilização nas atividades de fiscalização e controle externo daqueles órgãos.

**Art. 31.** Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão, a cada quadrimestre, o relatório do gestor de saúde sobre a repercussão da execução desta lei nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde à disposição das populações atendidas e encaminharão, ao Chefe do Poder Executivo da respectiva esfera de governo, as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

§ 1º O gestor do fundo de saúde de cada esfera de governo deverá submeter, até dez dias após o encerramento de cada

bimestre, ao respectivo Conselho de Saúde, relatório consolidado contendo o resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde deverá certificar, até quinze dias após o encerramento do bimestre, o cumprimento das disposições previstas nesta lei, com a finalidade de subsidiar a elaboração do demonstrativo das despesas com saúde que integrará o relatório resumido da execução orçamentária.

**Art. 32.** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**Art. 33.** Revogam-se o § 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o § 1º do art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

## JUSTIFICAÇÃO

A Emenda à Constituição (EC) nº 29, de 2000 – fruto de uma grande mobilização em prol da saúde por parte dos membros do Congresso Nacional – representa a maior conquista do setor saúde dos últimos anos. A Emenda determina que cada uma das três esferas de governo aplique um montante mínimo de recursos em ações e serviços públicos de saúde, garantindo, portanto, um financiamento estável para o setor.

A EC tem, ainda, a função de obrigar todos os entes federados a contribuir para o financiamento da saúde e impedir, por exemplo, que alguns Municípios se limitem a empregar as verbas federais e estaduais, sem aplicar recursos próprios em ações de saúde.

Não obstante, a ausência de regulamentação infra-constitucional da matéria tem impedido que os objetivos da Emenda

sejam alcançados. Para que o mandamento constitucional tenha eficácia, certos parâmetros de aplicação devem ser definidos por lei complementar. O mais importante deles seria a determinação do que são ações e serviços públicos de saúde e a implantação de mecanismos de fiscalização e avaliação do cumprimento da EC.

Nesse sentido, apresentei, a esta Casa Legislativa, projeto de lei para regulamentar a EC nº 29, de 2000. A proposição – Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 35, de 2002 – contém todas as definições e parâmetros para conferir eficácia à norma constitucional, além de estabelecer critérios de distribuição dos recursos de transferências federais e estaduais para a saúde e mecanismos de fiscalização e controle da gestão da saúde.

A despeito da importância da matéria para a manutenção e o aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS), a tramitação do Projeto pouco avançou nesses quase cinco anos passados desde sua apresentação. Dessa forma, por força do disposto no § 1º do art. 332 do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), a proposição foi arquivada no início da atual legislatura.

Há que se ressaltar, todavia, que, enquanto o andamento das discussões nesta Casa progrediu de forma pouco satisfatória, o Movimento Sanitário não ficou parado. Desde a edição da Emenda, têm sido realizados inúmeros debates sobre sua implementação e regulamentação, especialmente em eventos voltados para a saúde pública. Cabe destacar a realização de seminários especificamente direcionados para a regulamentação da EC nº 29, de 2000, com a participação de diversos segmentos da sociedade, que produziram sugestões valiosas para serem discutidas pelo Congresso Nacional.

A premência da necessidade de regulamentação da EC é evidenciada pelos relatórios de avaliação de seu cumprimento, realizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde. O último relatório, publicado em agosto de 2006, mostra que apenas 14 Estados

brasileiros aplicaram, em ações e serviços públicos de saúde, no ano de 2004, montante igual ou superior ao mínimo constitucionalmente exigido, de acordo com os critérios estabelecidos pela Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde.

Na esfera municipal, a situação não é mais animadora. Os últimos dados consolidados disponíveis, referentes ao ano de 2002, indicam que apenas 61,2% dos municípios brasileiros demonstraram respeitar as disposições da Emenda.

Segundo diversos especialistas em orçamentos de saúde, um dos principais motivos do descumprimento da Emenda reside no fato de muitos gestores adotarem critérios diferentes na contabilização das receitas vinculadas e na conceituação de ações e serviços públicos de saúde. A aprovação de projeto de lei que regulamente a referida Emenda corrigirá essas distorções, pois serão estabelecidos critérios uniformes a serem adotados por todos os entes federados.

Na proposição legislativa que ora submeto à apreciação dos membros do Congresso Nacional, os montantes mínimos a serem aplicados por Estados, Distrito Federal e Municípios são os mesmos estabelecidos no art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. No caso da União, adotamos o valor equivalente a dez por cento das receitas correntes brutas, por guardar melhor correlação com a arrecadação federal.

A definição dos conceitos de ações e serviços públicos de saúde é feita de modo a impedir que atividades alheias à área sejam financiadas com recursos da saúde e que a população fique desassistida.

Em relação ao rateio dos recursos da União, destinados a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios, propomos uma forma que prioriza a base populacional, destinando 70% dos recursos para serem distribuídos de acordo com esse critério. O restante será rateado segundo os critérios já definidos no art. 35 da Lei Orgânica da

Saúde: perfis demográfico e epidemiológico, características da rede, desempenho técnico, econômico e financeiro etc.

A adoção de uma base populacional para o rateio dos recursos visa, fundamentalmente, a reduzir as disparidades regionais identificadas na atual sistemática, que favorece as unidades federadas com redes de saúde maiores e mais avançadas do ponto de vista tecnológico, em detrimento dos Estados e Municípios com redes menos desenvolvidas e, cumulativamente, com maior população carente.

Com esse objetivo em mente, propomos que, no caso das transferências da União, cinco por cento sejam distribuídos em função de metas de desenvolvimento tecnológico e de ampliação da capacidade assistencial, pactuadas entre o Ministério da Saúde e as respectivas unidades federadas, em percentuais inversamente proporcionais à capacidade instalada da unidade federada correspondente.

Para garantir o cumprimento das disposições da Emenda, são necessários mecanismos de fiscalização e avaliação que permitam a detecção de problemas e a implementação de medidas corretivas. Nesse sentido, os Conselhos de Saúde – instâncias legalmente instituídas para o controle da execução das políticas de saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros – têm papel de destaque no sistema de fiscalização e avaliação que se propõe instituir.

Também são associados a esses mecanismos os instrumentos criados pela Lei de Responsabilidade Fiscal, mais especificamente os Relatórios Resumidos de Execução Orçamentária, produzidos bimestralmente, e os Relatórios de Gestão Fiscal, emitidos a cada quadrimestre.

A aprovação desta proposição legislativa é tão importante quanto a própria Emenda Constitucional nº 29, de 2000, visto que essa não tem sido devidamente cumprida, em função da ausência de

regulamentação. A melhoria dos padrões de saúde da população brasileira, sobretudo da parcela atendida apenas pelo SUS, depende, fundamentalmente, de o Congresso Nacional assumir a responsabilidade de deliberar sobre tão importante matéria.

Sala das Sessões,

**Senador TIÃO VIANA**

**PT/AC**