

PARECER N° , DE 2007

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS SOCIAIS, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 - Complementar, que *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.*

RELATOR: Senador AUGUSTO BOTELHO

I – RELATÓRIO

Chega ao exame desta Comissão o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 121, de 2007 - Complementar, de autoria do Senador Tião Viana, que *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.*

A proposição tem por objetivo regulamentar as disposições dos §§ 2º e 3º do art. 198 da Carta Magna, com vistas a determinar os montantes mínimos de recursos a serem aplicados pelas três esferas de governo em ações e serviços públicos de saúde. Ademais, o Projeto estabelece regras para o repasse e a aplicação desses recursos, além de prever diversos mecanismos de fiscalização que reforçam as instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS).

O PLS nº 121, de 2007, foi apreciado pela Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ), onde foi considerado jurídico,

constitucional e vazado em boa técnica legislativa. Na Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), a proposição foi aprovada com 25 emendas.

Após a análise desta Comissão de Assuntos Sociais (CAS), o Projeto seguirá para a apreciação do Plenário desta Casa Legislativa.

II – ANÁLISE

O financiamento do setor saúde é uma questão preocupante para todos os países do mundo. O envelhecimento da população e a chamada “transição epidemiológica”, associados à crescente complexidade da assistência à saúde, resultaram em elevação acentuada das necessidades de recursos para prover a atenção à saúde. Mesmo os países ricos enfrentam dificuldades em fazer frente às demandas de seus cidadãos.

No Brasil, a necessidade de incrementar os gastos com saúde é ainda maior, visto que o País apresenta elevada prevalência de doenças crônicas não-transmissíveis e causas externas de doença e morte, ao mesmo tempo em que ainda convive com incidência significativa de enfermidades infecciosas e carenciais.

No entanto, paradoxalmente, testemunhamos, nas últimas duas décadas, uma proporcional redução dos gastos da União com o financiamento de ações e serviços públicos de saúde. Quando da promulgação da Constituição Federal de 1988, restou estabelecido no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) que “até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor saúde.” Esta disposição não foi cumprida e, hoje, isso representaria aproximadamente R\$ 91 bilhões, ou seja, mais que o dobro do que é aplicado pelas regras atuais.

Com o intuito de reverter esse quadro, o Congresso Nacional aprovou a Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC 29), que estabeleceu limites mínimos de recursos que as três esferas de governo aplicariam em ações e serviços públicos de saúde. Esses limites foram provisoriamente fixados no art. 77 do ADCT:

- para a União: o montante empenhado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB;

- para os Estados: 12% da arrecadação de impostos estaduais, deduzidas as parcelas transferidas aos Municípios;
- para os Municípios: 15% da arrecadação de impostos devidos a esses entes.

Os avanços representados pela EC 29 foram significativos, mas não tiveram o impacto esperado, em função da ausência de regulamentação de suas disposições. Apesar de os montantes mínimos estarem explicitados no ADCT, não havia definição do que são ações e serviços públicos de saúde, de forma que muitos gestores incluíam, no cômputo dos gastos com saúde, despesas estranhas à área, tais como pagamento de aposentadorias e pensões de servidores e despesas com merenda escolar, coleta de lixo etc.

Dessa forma, os recursos efetivamente aplicados em ações de saúde não sofreram o incremento almejado pelos parlamentares que apoiaram a EC 29. A proposição legislativa de autoria do nobre Senador Tião Viana tem o mérito de resgatar os princípios da Emenda, disciplinando criteriosamente a aplicação e a fiscalização dos recursos públicos da área de saúde. Sua aprovação seguramente conferirá eficácia às disposições da EC 29.

O Projeto merece, todavia, alguns aprimoramentos, muitos deles já oferecidos durante sua apreciação na CAE. Julgamos procedente conceder prazo para que Estados e Municípios ajustem-se às novas determinações legais, estabelecendo um sistema de aumento progressivo dos percentuais mínimos a serem aplicados em saúde. Dessa forma, os governos poderão ajustar seus respectivos orçamentos, de modo a permitir o aumento do aporte de recursos para a saúde sem provocar desequilíbrio nas contas públicas.

Em relação às emendas aprovadas pela CAE, entendemos que nem todas contribuem para o aprimoramento do PLS em comento, sob o ponto de vista da melhoria do aporte de recursos ao setor saúde. Destarte, propomos a rejeição daquelas que implicam redução da base de cálculo dos recursos, acréscimo de atividades estranhas ao setor no rol de ações e serviços públicos de saúde (art. 18 da proposição), ou dificuldades para a fiscalização e o controle social dos recursos do SUS.

A respeito dos arts. 15 e 16 do Projeto, concordamos com a relatora da proposição na CAE, Senadora Patrícia Saboya, no sentido de que os critérios fixados para a repartição dos repasses federais para Estados e

Municípios, e para os repasses estaduais para os Municípios, não são ideais. Não obstante, o texto proposto pelas emendas nºs 4 e 5 - CAE, ainda que objetive reduzir as diferenças regionais, pode criar distorções significativas ao retirar recursos dos centros de referência que, hoje, são responsáveis pela grande maioria do atendimento de média e alta complexidade no SUS.

Por isso, propomos a adoção da sistemática sugerida pelas entidades representativas do setor saúde, de deixar a cargo das comissões intergestores tripartite e bipartite a definição da metodologia de cálculo dos repasses, tomando como critérios básicos as necessidades de saúde da população, a capacidade de oferta de serviços de cada localidade ou região e a redução das desigualdades regionais. Essa sistemática está mais adequada aos princípios que norteiam o SUS, especialmente no que se refere ao controle social.

Nesse sentido, entendemos ser procedente a supressão dos arts. 20 e 21 do Projeto, visto que trazem restrições desnecessárias frente aos novos mecanismos propostos para os repasses de recursos da saúde.

III – VOTO

Diante do exposto, somos pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar, com as emendas nºs 1 a 13 oferecidas pelo Relator, e com subemendas às emendas nºs 1, 17 e 22 da CAE, e pelo NÃO-ACATAMENTO das emendas da CAE nºs 2, 3, 4, 5, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 23 e 25.

EMENDA Nº 1 – CAS

Dê-se ao *caput* do art. 2º a seguinte redação:

Art. 2º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a dez por cento de suas receitas correntes brutas, nos termos do § 1º do art. 11 da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964, constantes de anexo à lei orçamentária anual referente às receitas dos orçamentos fiscal e da seguridade social, excluídas as restituições tributárias.

EMENDA Nº 2 – CAS

Acrescente-se o seguinte inciso VIII ao parágrafo único do art. 2º:

Parágrafo único.....
..... VIII – outras receitas correntes.

EMENDA Nº 3 – CAS

Acrescente-se o seguinte § 2º ao art. 2º, renumerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

Art. 2º
.....

§ 2º É vedada a dedução ou exclusão de qualquer parcela de receita vinculada à finalidade específica ou transferida aos demais entes da Federação a qualquer título.

EMENDA Nº 4 – CAS

Acrescente-se o seguinte parágrafo único ao art. 3º:

Art. 3º

Parágrafo único. Os Estados que, na data de início da vigência desta Lei, apliquem percentual inferior ao especificado no *caput* deste artigo, considerando-se o disposto nos arts. 17, 18 e 19, deverão elevar gradualmente o montante aplicado, para que atinjam o percentual mínimo no exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.

EMENDA N° 5 – CAS

Acrescente-se o seguinte parágrafo único ao art. 4º:

Art. 4º

Parágrafo único. Os Municípios que, na data de início da vigência desta Lei, apliquem percentual inferior ao especificado no *caput* deste artigo, considerando-se o disposto nos arts. 17, 18 e 19, deverão elevar gradualmente o montante aplicado, para que atinjam o percentual mínimo no exercício financeiro de 2011, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.

EMENDA N° 6 – CAS

Acrescente-se o seguinte parágrafo único ao art. 5º:

Art. 5º

Parágrafo único. Aplicam-se ao Distrito Federal as disposições constantes dos parágrafos únicos dos arts. 3º e 4º.

EMENDA N° 7 – CAS

Dê-se ao art. 15 a seguinte redação:

Art. 15. O rateio dos recursos da União transferidos aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério das necessidades de saúde da

população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial, a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e a necessidade de reduzir as desigualdades regionais.

§ 1º A equalização dos recursos transferidos aos Estados e ao Distrito Federal será atingida, progressivamente, até o exercício financeiro de 2011.

§ 2º O Poder Executivo definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada pelos gestores das três esferas de Governo e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, Distrito Federal e Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 3º O Poder Executivo manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre os montantes de recursos previstos para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 4º Os recursos destinados a investimentos terão programação realizada anualmente e serão distribuídos em proporção inversa à capacidade da rede assistencial de saúde de cada Estado.”

EMENDA Nº 8 – CAS

Dê-se ao art. 16 a seguinte redação:

Art. 16. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais aos Municípios e a previsão anual de recursos para cada Município, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo manterá os respectivos Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre os montantes de recursos previstos para transferência do Estado para os Municípios.

EMENDA N° 9 – CAS

Suprimam-se os arts. 20 e 21, renumerando-se os demais.

EMENDA N° 10 – CAS

Dê-se ao § 4º do art. 29 a seguinte redação:

Art. 29.

.....
§ 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 Chefe do Poder Executivo do ente da Federação 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.

EMENDA N° 11 – CAS

Dê-se ao art. 30 a seguinte redação:

Art. 30. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

EMENDA N° 12 – CAS

Dê-se ao art. 31 a seguinte redação:

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 adstritas e encaminharão, ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação, as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

§ 1º O gestor do fundo de saúde de cada ente da Federação 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.

EMENDA Nº 13 – CAS

Inclua-se o seguinte art. 32, renumerando-se os demais:

Art. 32. Para fins de efetivação do disposto no inciso II, do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito no exercício seguinte àquele em que houver o descumprimento da aplicação dos valores correspondentes aos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde em conformidade com as normas estatuídas nesta Lei.

§ 1º Os efeitos da medida prevista no *caput* serão suspensos imediatamente após a regularização da situação por parte do ente da Federação, mediante a comprovação de aplicação adicional do valor correspondente à parcela do percentual mínimo que deixou de ser aplicada no exercício anterior, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 2º Para fins do disposto no § 1º, o valor correspondente à parcela do percentual mínimo que deixou de ser aplicada no exercício anterior poderá ser dividido em cotas, considerando-se regularizada a situação quando houver a comprovação de aplicação das cotas previstas até o mês anterior àquele em que ocorrer a demonstração da regularização.

§ 3º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições dos

§§ 1º e 2º deste artigo, sem prejuízo das sanções previstas na legislação vigente.

§ 4º Os efeitos da medida prevista no *caput* serão restabelecidos se houver interrupção do cumprimento do disposto nos §§ 1º ou 2º deste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

SUBEMENDA À EMENDA Nº 1 – CAE

Dê-se à Emenda nº 1 da CAE a seguinte redação:

Dê-se ao art. 7º a seguinte redação:

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, na forma do § 3º do art. 164 da Constituição Federal, sob responsabilidade do gestor do respectivo fundo de saúde.

§ 1º Em caso de não haver instituição financeira oficial no Município, os recursos de que trata o art. 4º desta Lei poderão ser recolhidos e movimentados em contas mantidas em instituição financeira privada.

§ 2º Os recursos de que trata esta Lei, enquanto não forem utilizados em ações e serviços públicos de saúde, poderão ser objeto de aplicação financeira nas contas especificadas no *caput* e no § 1º, não sendo considerados, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei, os rendimentos dessas aplicações.

SUBEMENDA À EMENDA Nº 17 – CAE

Dê-se à Emenda nº 17 – CAE a seguinte redação:

Dê-se ao art. 25 a seguinte redação:

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 em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

SUBEMENDA À EMENDA N° 22 – CAE

Dê-se à Emenda nº 22 da CAE a seguinte redação:

Acrescente-se o seguinte § 7º ao art. 10:

Art. 10.

.....

§ 7º Na eventualidade de aplicação, em ações e serviços de saúde, de valores abaixo do mínimo estipulado por esta Lei em um determinado exercício, a diferença entre o mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado, em valores absolutos, deverá ser compensada no exercício subsequente, conforme disposto em regulamento, sem prejuízo da aplicação do montante mínimo para o exercício em curso e das sanções cabíveis.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator