

VOTO EM SEPARADO

Perante a COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS, sobre o Projeto de Lei da Câmara nº 89, de 2007 – Complementar (Projeto de Lei Complementar nº 1, de 2003, na origem), do Deputado Roberto Gouveia, que *regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal e dá outras providências*, e o Projeto de Lei do Senado nº 156, de 2007 – Complementar, do Senador Marconi Perillo, que *regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, que trata de recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde*.

I – RELATÓRIO

Encontram-se pendentes de deliberação desta Comissão o Projeto de Lei da Câmara (PLC) nº 89 – Complementar (Projeto de Lei Complementar nº 1, de 2003, na origem), de autoria do Deputado Roberto Gouveia, e o Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 156 – Complementar, de iniciativa do Senador Marconi Perillo, ambos de 2007, que tramitam apensados.

Os projetos mencionados objetivam regulamentar o art. 198, §§ 2º e 3º, da Constituição Federal, que dispõe que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem obedecer a um limite mínimo de despesas em ações de saúde. Estabelecem, ainda, regras para repasse, aplicação e fiscalização dos recursos. Por outro lado, distinguem-se quanto a um aspecto fundamental: a definição do montante de gasto obrigatório da União.

A matéria foi distribuída às Comissões de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ); de Assuntos Econômicos (CAE) e de Assuntos Sociais (CAS).

Por força da aprovação do Requerimento nº 1.062, de 2008, do Senador Mozarildo Cavalcanti, as proposições passaram a tramitar em conjunto.

Ao PLC nº 89, de 2007 – Complementar, foi oferecida emenda, pelo Senador Alvaro Dias, que propõe seja fixado o limite mínimo de dez por cento das receitas correntes brutas da União, constantes do orçamento fiscal e da seguridade social, para ser aplicado pelo Governo Federal em ações e serviços públicos de saúde. Caso o valor destinado pela União, quando da publicação da lei eventualmente derivada da referida proposição, seja menor, a diferença deverá ser reduzida em, pelo menos, um quarto por ano.

A CCJ, em 7 de outubro de 2010, acatou o relatório da Senadora Lúcia Vânia e decidiu pela constitucionalidade, juridicidade e boa técnica legislativa das referidas proposições. Quanto ao mérito, contudo, decidiu pela rejeição do PLC nº 89, de 2007 – Complementar, e consequentemente da emenda a ele apresentada, e pela aprovação do PLS nº 156, de 2007 – Complementar.

Nesta CAE, a Senadora Marta Suplicy, em 20 de abril de 2012, apresentou relatório que concluiu pela prejudicialidade de ambas as proposições, pois, a seu ver, o PLS nº 121, de 2007 – Complementar, aprovado pelo Senado e convertido na Lei Complementar nº 141, de 2012, versa sobre a mesma matéria.

A CAE voltou a se reunir em 10 de julho de 2012, ocasião em que o Presidente da Comissão, Senador Delcídio do Amaral, designou como relator *ad hoc* o Senador Francisco Dornelles, em substituição à Senadora Marta Suplicy. No entanto, após a leitura do relatório, foi solicitada vista pelo Senador Aloysio Nunes Ferreira, concedida pelo Presidente.

II – ANÁLISE

Em que pese concordar, no mérito, com as ponderações da ilustre Relatora, que ressaltam a relevância das proposições em exame para o financiamento estável e previsível da saúde pública no País, visto que fixam gastos públicos mínimos no setor, há que se discordar quanto aos aspectos regimentais da matéria, notadamente em face à questão da eventual prejudicialidade dos projetos de lei em tela.

Nesse aspecto anuímos com a Senadora Lúcia Vânia, relatora na CCJ, que julga não haver prejudicialidade no caso em tela, pelos argumentos expostos a seguir.

Conforme dispõe o art. 334, inciso II, do Regimento interno do Senado Federal (RISF), deverá ser declarada a prejudicialidade de matéria que tenha sido prejulgada pelo Plenário do Senado em outra deliberação. O objetivo desse dispositivo é evitar a duplicidade de iniciativas, o que, além de ensejar desperdício de tempo e de recursos materiais, poderia criar insegurança jurídica, caso duas deliberações discrepantes sobre um mesmo tema sejam adotadas em curto espaço de tempo. A norma não estabelece, contudo, um marco temporal para a caracterização do prejulgamento.

O art. 67 da Constituição Federal, por seu turno, estabelece que “a matéria constante de projeto de lei rejeitado somente poderá constituir objeto de novo projeto, na mesma sessão legislativa, mediante proposta da maioria absoluta dos membros de qualquer das Casas do Congresso Nacional”.

Assim, embora o dispositivo constitucional trate apenas da apresentação de projeto novo, consideramos pertinente o recurso à analogia, para concluir que a situação caracterizadora da prejudicialidade deva perdurar apenas pela sessão legislativa na qual tenha se dado a apreciação da matéria que a der causa.

Por essas razões, entendemos, a exemplo da Senadora Lúcia Vânia, não estar caracterizada, no caso concreto, a prejudicialidade da matéria.

Além disso, julgamos pertinente a proposta feita pelo Senador Alvaro Dias, no início de 2008, de vincular dez por cento das receitas da União à saúde – critério semelhante ao já estabelecido pela Constituição Federal para Estados e Municípios.

Essa proposta mostra-se relevante, em virtude da atual situação de subfinanciamento da área, que constitui, hoje, o principal limitador à expansão do Sistema Único de Saúde (SUS) e à garantia do direito constitucional à saúde, situação que não sofreu alteração com a recente edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

A Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, acrescentou ao Ato de Disposições Constitucionais Transitórias o art. 77, estabelecendo, para Estados, Distrito Federal e Municípios, percentuais mínimos de despesas com ações e serviços públicos de saúde – 12% da receita própria para Estados e 15% para Municípios. Para a União, estabeleceu-se um mínimo vinculado à despesa do ano anterior, acrescida da variação do PIB.

Esse mecanismo, que foi mantido na Lei Complementar nº141, de janeiro de 2012, se mostra absolutamente falho. O valor mínimo de despesas com a saúde estabelecido para a união implica, de fato, no contrário. Serve como um grande desestímulo para maiores investimentos na área, já que qualquer incremento de despesa feito hoje obriga o Governo a repeti-lo no ano seguinte. Ou seja, mesmo tendo recursos em caixa, o governo teme aplicá-los na saúde, considerando que poderá não ter excedentes no ano posterior. E assim, o mínimo se transforma no máximo.

Uma análise da evolução dos gastos públicos brasileiros com a saúde, por esfera de governo, revela de forma inequívoca a fragilidade do mecanismo estabelecido há doze anos e suas consequências. Em 2000, a União arcava com 60% do total dos gastos públicos brasileiros em saúde. Em uma década, essa parcela caiu para 45%. Em movimento inverso, os estados aumentaram sua parcela nos gastos no mesmo período de 18,5% para 27%, e os municípios, de 21,7% para 28,4%.

A forte retração na participação da União no esforço público de financiamento vem exercendo uma pressão crescente nos Estados e Municípios, que são obrigados a atender as necessidades dos cidadãos. Para compensar a falta de empenho da União, os estados, que em 2002 gastavam 9,4% dos seus recursos próprios com a saúde, passaram a partir de 2006 a gastar valores superiores ao mínimo legal – quase 13%.

Nos municípios, a situação é ainda mais dramática. Em 2000, gastavam 13,7% dos seus recursos próprios, portanto, menos que o mínimo de 15% estabelecido na EC 29. Esse percentual vem crescendo e desde 2009 supera os 20%. Ou seja, os municípios brasileiros gastam com a saúde 35% a mais que o valor mínimo imposto legalmente, ficando muitas vezes inadimplentes com suas obrigações e deixando de atender outras necessidades fundamentais da sociedade.

Assim, é necessário que se mude a forma como é calculado o montante mínimo a ser aplicado em saúde pela União, recuperando-se a proposta de aplicação de dez por cento das suas receitas correntes brutas. Esse é o consenso das instituições e dos setores da sociedade comprometidos com a construção e o fortalecimento do SUS.

Entendemos, no entanto, que esse aporte de recursos deva ser gradual, para permitir o ajuste fiscal da União ao novo sistema de financiamento da saúde no prazo de quatro anos, contados a partir da data de publicação da nova lei.

Para tanto, apresentamos substitutivo ao PLS nº 156 – Complementar, de 2007, para alterar a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Isso se coaduna com a decisão da CCJ de aprovar o projeto de lei complementar do Senado e rejeitar o projeto de lei da Câmara.

III – VOTO

Em vista do exposto, o voto é pela **rejeição** do Projeto de Lei da Câmara nº 89, de 2007 – Complementar, assim como da emenda apresentada pelo Senador Alvaro Dias, e pela **aprovação** do Projeto de Lei do Senado nº 156, de 2007 – Complementar nos termos do seguinte:

EMENDA Nº – CAE (SUBSTITUTIVO)

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 156, DE 2007 – COMPLEMENTAR

Altera a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, para dispor sobre a aplicação anual de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pela União.

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, passa a vigorar com a seguinte redação:

“**Art. 5º** 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, constantes do orçamento fiscal e da seguridade social, tomadas como base de cálculo.

§ 1º (VETADO)

§ 2º (REVOGADO)

§ 3º (VETADO)

§ 4º (VETADO)

§ 5º (VETADO)

§ 6º Para efeitos desta Lei Complementar, consideram-se receitas correntes brutas a integralidade das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências correntes e outras receitas também correntes.

§ 7º Caso a União esteja aplicando percentual inferior ao estabelecido no *caput*, deverá elevá-lo gradualmente até o percentual mínimo fixado, no prazo máximo de quatro anos do início da vigência desta Lei, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quarto por ano.” (NR)

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 3º Fica revogado o § 2º do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Sala da Comissão,

Senador FLEXA RIBEIRO