



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Rogério Carvalho

PARECER N° , DE 2019

SF/19474.30418-79

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS, em decisão terminativa, sobre o Projeto de Lei do Senado nº 523, de 2011, do Senador Alvaro Dias, que *estabelece Programa de abatimento no IRPF do gasto na compra de medicamentos de doenças que especifica e dá outras providências.*

Relator: Senador **ROGÉRIO CARVALHO**

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei do Senado (PLS) nº 523, de 2011, do Senador Alvaro Dias, elaborado em sete artigos, pretende criar o Programa de Subsídio a Medicamentos, de maneira a permitir a dedução no Imposto sobre a Renda das Pessoas Físicas (IRPF) das despesas realizadas com a compra de medicamentos para doenças arroladas, nas condições que especifica.

O programa, que deve ser aprovado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA (*caput* do art.1º), abrangerá medicamentos que tratem as patologias listadas nos incisos do *caput* do art. 1º, a saber: câncer, síndrome da imunodeficiência adquirida, doença de Alzheimer, diabetes, mal de Parkinson, depressão clínica, transtorno bipolar, fibromialgia e cardiopatia crônica. Além dessas doenças, o Interferon Alfa ou Beta é citado nominalmente entre os medicamentos abrangidos pelo programa.

Segundo o § 1º do mesmo artigo, o valor do abatimento não poderá ser inferior a meio salário mínimo.

A adesão ao programa deverá ser previamente aprovada em perícia feita em hospital credenciado no Sistema Único de Saúde, a partir de laudo médico, contendo as indicações do diagnóstico detalhado da patologia, com o respectivo CID; dos medicamentos que serão utilizados, com as respectivas



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Rogério Carvalho

dosagens e formas de administração; e da duração estimada do tratamento (art. 2º).

Caso aprovada a adesão, será fixado prazo de validade de até seis meses para o benefício, findo o qual, caso persista a indicação, o beneficiário ou seu representante legal poderá requerer a sua continuidade.

Com o laudo em mãos, para habilitar-se ao benefício, o beneficiário, ou seu representante legal, protocolizará solicitação especial para usufruir do abatimento na Delegacia da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil (RFB) de sua região (arts. 3º, 4º e 5º).

O art. 6º determina que a Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil crie campo específico nos formulários da declaração de ajuste do IRPF para atender ao disposto na proposição.

A data de início da vigência da Lei, em caso de aprovação, é de 45 dias após a sua publicação.

Segundo a singela justificação à proposição, *o objetivo do (...) projeto é garantir a todo cidadão em risco de saúde que lhe seja franqueado subsídio financeiro a fim de que possa custear seu tratamento sem desequilibrar a própria subsistência das famílias.*

O PLS nº 523, de 2011, foi aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) na reunião de 9 de maio de 2012, na forma da Emenda nº 1-CAS (substitutivo).

Em 6 de junho de 2013, o Plenário do Senado aprovou requerimento e determinou que o projeto passasse a tramitar em conjunto com o PLS nº 12, de 2011, condição que perdurou até seu arquivamento em 20 de dezembro de 2018 ao final da legislatura.

Após o seu desarquivamento em 26 de março de 2019, o PLS nº 523, de 2011, foi distribuído à Comissão de Assuntos Econômicos (CAE), para opinar em decisão terminativa.

Não foram apresentadas outras emendas ao projeto no prazo regimental.



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Rogério Carvalho

II – ANÁLISE

A legitimidade da CAE para opinar em caráter terminativo sobre a matéria advém da interpretação combinada dos arts. 91, I, e 99, IV, ambos do Regimento Interno do Senado Federal (RISF), tendo em vista tratar-se de projeto de senador a dispor sobre imposto de competência da União, como é o caso do IRPF.

Ainda que inove de forma genérica o ordenamento jurídico mediante instrumento normativo adequado (projeto de lei), a proposição não cumpre os necessários requisitos de juridicidade. O problema maior diz respeito a víncio de iniciativa, uma vez que o PLS invade a esfera de competência do Poder Executivo ao impor a execução de programas a instâncias daquele Poder, e a seu caráter autorizativo, que condiciona a eficácia da norma à chancela da ANVISA.

Além disso, no tocante à técnica legislativa utilizada na sua elaboração, a proposição é imprecisa ao utilizar termo vago como “abater”, sem definir de que forma se dará o “abatimento” no IRPF, e ao estabelecer teto inferior para o benefício sem qualquer critério objetivo para o valor fixado. Falha também ao cuidar do tema por meio de lei avulsa, desprezando a boa técnica legislativa prescrita pela Lei Complementar nº 95, de 26 de fevereiro de 1998, que prevê que medida do gênero seja objeto de alteração nos textos legais considerados base, no caso, as Leis nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995, e nº 7.713, de 22 de dezembro de 1988.

Mas isso é apenas o começo. Ainda que a emenda substitutiva aprovada na Comissão de Assuntos Sociais sane os problemas indicados, entendemos que o bem-intencionado PLS é, no mérito, inadequado. Vejamos as razões.

Primeiramente, deve-se ter claro que vivemos um momento crítico de subfinanciamento da Saúde Pública. Aceitar a renúncia de receitas num momento em que os gastos com saúde são crescentes e, por outro lado, há uma emenda (EC 95) que congela o teto de gastos públicos em vinte anos, não parece uma saída plausível.

Com isso, diferentemente do que promete a sua justificação, a aprovação do projeto **não garantirá a todo cidadão em risco de saúde que lhe seja franqueado subsídio financeiro a fim de que possa custear seu tratamento**

SF/19474.30418-79



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Rogério Carvalho

sem desequilibrar a própria subsistência das famílias. O que ocorrerá na prática é a renúncia de uma receita que contribui com os cidadãos de maneira geral, em nome de alguns que declaram o IPRF. Não é essa, certamente, a melhor forma de empregar o dinheiro público para atender às necessidades da população em relação à aquisição de medicamentos essenciais.

Sobre a questão é importante considerar que a assistência farmacêutica no âmbito do atendimento integral é obrigação constitucional do Estado, por força do inciso II do art. 198 da Constituição Federal (CF), e deve ser executada de forma descentralizada, com a participação das três esferas de governo, admitindo-se, ainda, a participação da iniciativa privada.

Em reforço a esse entendimento, o legislador ordinário deixou explícita a determinação na alínea “d” do inciso I do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), ao incluir no campo de atuação do Sistema Único de Saúde (SUS) a execução de ações de assistência terapêutica integral, **inclusive farmacêutica**.

Adicionalmente, há ainda leis que determinam o fornecimento de medicamentos a determinadas categorias de pacientes. Na verdade, essas leis poderiam ser consideradas desnecessárias, em face das normas anteriormente mencionadas, que já garantem a assistência farmacêutica a todo e qualquer cidadão que dela necessite, independentemente do nome da doença ou da condição de saúde que o acometa. Exemplos de normas nesse sentido são a Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996, que *dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS*, e a Lei nº 11.347, de 27 de setembro de 2006, que *dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitoração da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos*.

Fica claro, pois, que renunciar diretamente à arrecadação correspondente ao valor despendido com medicamentos especializados por número pequeno de contribuintes mais afortunados não é um bom caminho a ser seguido. Mais apropriado e justo é o uso do dinheiro público em programas patrocinados pelo sistema público de saúde, caso do **Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF)**.

O Ceaf, regulamentado pela Portaria GM/MS nº 2.981, de 26 de novembro de 2009, tem-se consolidado como uma importante estratégia para

SF/19474.30418-79



SENADO FEDERAL

Gabinete do Senador Rogério Carvalho

permitir o acesso a medicamentos menos comuns no SUS. Sua principal característica é a garantia da integralidade do tratamento medicamentoso para todas as doenças contempladas. Assim, os medicamentos e outras tecnologias em saúde necessários para garantir a integralidade são definidos nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), por meio das diferentes linhas de cuidado. Nesse componente estão os remédios geralmente mais caros e empregados na atenção de média e alta complexidade.

Aqueles fármacos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas nesse componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas.

O Grupo 1 tem seu financiamento sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por produtos com **elevado impacto financeiro** para o componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira ou à segunda linha de tratamento e por aqueles que se incluem em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.

O Grupo 2 é constituído por medicamentos cuja responsabilidade pelo financiamento é das Secretarias Estaduais de Saúde, enquanto o Grupo 3 é representado por produtos com financiamento tripartite, porém com aquisição e dispensação sob responsabilidade dos Municípios.

Os medicamentos do Grupo 1 devem ser dispensados somente para as doenças contempladas nesse componente e se dividem em: Grupo 1A - medicamentos com aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde; e Grupo 1B - medicamentos adquiridos pelos Estados com transferência de recursos financeiros pelo Ministério, na modalidade fundo a fundo. A responsabilidade pelo armazenamento, distribuição e dispensação de todos os medicamentos do Grupo 1 é das Secretarias Estaduais de Saúde.

Independentemente do grupo, o fornecimento de medicamentos padronizados no Ceaf deve atender aos critérios de diagnóstico, indicação de tratamento, inclusão e exclusão de pacientes, esquemas terapêuticos, monitoramento, acompanhamento e demais parâmetros contidos nos PCDT de abrangência nacional.

SF/19474.30418-79



SENADO FEDERAL
Gabinete do Senador Rogério Carvalho

Pela descrição feita, percebe-se que a política existente, com todas as dificuldades que possa enfrentar por gargalos logísticos e falta de recursos, é muito mais abrangente e justa do que a medida que se quer implementar pelo PLS em análise.

III – VOTO

Ante os argumentos expostos, o voto é pela rejeição do Projeto de Lei do Senado nº 523, de 2011, ficando prejudicada a Emenda nº 1-CAS.

Sala da Comissão,

, Presidente

, Relator

Rogério Carvalho

(PT/SE)

SF/19474.30418-79