



COMISSÃO ESPECIAL DESTINADA
A DISCUTIR O FINANCIAMENTO
DA SAÚDE PÚBLICA.

RELATÓRIO

RELATOR: DEPUTADO ROGÉRIO CARVALHO

OUTUBRO 2013



Sumário

1	APRESENTAÇÃO	4
2	INTRODUÇÃO.....	8
	FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA: JUSTIÇA SOCIAL E CONDICIONANTES DE ESCASSEZ.	8
3	FINANCIAMENTO.....	19
3.1	ABORDAGENS INICIAIS: A HISTÓRIA DO FINANCIAMENTO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL.....	19
3.1.1	<i>Sistema de Saúde Nacional.....</i>	19
3.1.2	<i>Evolução Legislativa do Financiamento da Saúde</i>	21
3.1.3	<i>A CPMF e a Saúde.....</i>	26
3.1.4	<i>A Emenda Constitucional nº 29, de 2000.....</i>	29
3.1.5	<i>Polêmicas Durante a Vigência da EC nº 29, de 2000</i>	31
3.1.6	<i>O Debate da EC nº 29, de 2000, no CNS.....</i>	36
3.1.7	<i>A Lei Complementar nº 141, de 2012: Regulamentação da EC nº 29/2000.....</i>	41
3.2	SUBVENÇÃO ESTATAL E SUBFINANCIAMENTO DA SAÚDE.	44
3.3	UM NOVO FINANCIAMENTO DA UNIÃO PARA O SUS, POR QUÊ?	54
3.3.1	<i>Evolução dos Gastos no SUS.....</i>	54
3.3.2	<i>Participação Federal Per Capita no Financiamento da Saúde</i>	59
3.3.3	<i>A Participação Federal em Percentual da Receita e do PIB</i>	60
3.3.4	<i>Breve Comparativo entre a Relação Gasto Saúde/PIB com Outros Países</i>	61
3.4	UM NOVO FINANCIAMENTO DA UNIÃO PARA O SUS, QUANTO E QUAL A QUALIDADE DO GASTO?	65
3.4.1	<i>O IDSUS e o Financiamento Necessário para o SUS: Metodologia e Cenários</i>	67
3.5	UM NOVO FINANCIAMENTO DA UNIÃO PARA O SUS: MUDANÇA NO MÉTODO DE DEFINIÇÃO DO PISO FEDERAL EM ASPS.	75
3.5.1	<i>O Problema da Atual Metodologia: A Catraca e o Piso que virou Teto</i>	75
3.5.2	<i>A Proposta dos 10% da RCB: Aperfeiçoando e Avançando</i>	79
3.5.2	<i>O Novo Método e o Conceito de Receita Corrente Líquida.....</i>	83
3.5.3	<i>A Contribuição Social para a Saúde: Financiamento com Sustentabilidade</i>	97
4	MECANISMOS DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS.....	100
4.1	ABORDAGENS INICIAIS: O ESTADO DA ARTE.	100
4.2	RATEIO FEDERATIVO E EQUIDADE	105
4.2	CRITÉRIOS DE RATEIO: RESPONSABILIDADE SANITÁRIA E GASTO PER CAPITA COM VARIAÇÕES REGIONAIS	111
5	TRANSPARÊNCIA.....	119
5.1	ABORDAGENS INICIAIS: RESIGNIFICANDO O CONTROLE PARA O EFETIVO COMBATE À CORRUPÇÃO.....	119
5.2	SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE: TRANSPARÊNCIA ACIMA DE TUDO.	128
5.2.1	<i>A Identificação Única do Cidadão-Usuário</i>	132
5.2.2	<i>Eixos Gestores: Sistêmico, Clínica, Sanitária, Garantia de Acesso e Organização da Atenção.....</i>	134
6	RECOMENDAÇÕES	141
6.1	SOBRE O FINANCIAMENTO DA SAÚDE.....	141
6.2	SOBRE OS CRITÉRIOS DE RATEIO.....	142
6.3	SOBRE OS APERFEIÇOAMENTOS NA LC Nº 141/2012	142
6.4	OUTRAS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS	143
6.5	APOIO ÀS PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS EM TRAMITAÇÃO	144



CÂMARA DOS DEPUTADOS

6.6 MEDIDAS LEGISLATIVAS INTERNAS.....	145
6.7 MEDIDAS ADMINISTRATIVAS INTERNAS.....	146
7. BREVE RELATO DA CESAÚDE.....	147
7.1 A CRIAÇÃO E ESCOPO DA CESAÚDE	147
7.2 RELATO DAS AUDIÊNCIAS E SEMINÁRIO.....	149
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	171
ANEXO I - PROJETO DE LEI.....	176
ANEXO II - ITEM A.....	177
ANEXO II - ITEM B	179
ANEXO III - PROPOSTAS.....	181
ANEXO IV - SUGESTÕES ITENS “A” - “D”	182
ANEXO V - RELATÓRIO OMS 2013	183
ANEXO VI - PROJETO INICIATIVA POPULAR.....	184
ANEXO VII - EXPOSIÇÃO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL	185
ANEXO VIII - RELATÓRIO FMI	186



RELATÓRIO COMISSÃO ESPECIAL

FINANCIAMENTO DA SAÚDE

1 APRESENTAÇÃO

Em quase duas décadas e meia de existência, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde de enorme relevância e que apresenta resultados inquestionáveis para a população brasileira¹. Ele é resultado do processo democratizante dos anos 1980 e exhibe inúmeras conquistas no campo da saúde pública, a começar pelas vitoriosas campanhas nacionais de vacinação, com reconhecimento internacional, e por êxitos de alcance mundial na batalha contra a AIDS ou por ser referência no sistema de transplantes de órgãos.

O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde e o segundo em todo o mundo, atrás apenas dos Estados Unidos em números de transplantes de órgãos. Presta assistência à saúde para milhões de pessoas, a qual desde assistência básica até tratamentos que envolvem complexidade tecnológica média e alta, bem como

Aqueles que colocam a questão de definir se uma saúde melhor é um bom instrumento de desenvolvimento talvez estejam negligenciando o aspecto mais fundamental da questão, a saber, que saúde e desenvolvimento são indissociáveis... Não é necessário instrumentalizar a saúde para estabelecer seu valor, isto é, para tentar mostrar que uma boa saúde também pode contribuir para estimular o crescimento econômico.

Amartya Sen

(Le Monde Diplomatique, ano 6, n. 72, julho 2013. "Como a saúde se tornou um desafio geopolítico")

¹ Como nos disse o palestrante Jurandi Frutuoso, representante do CONASS, em audiência no dia 21 de maio de 2013 na CESaúde.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

serviços de emergência. Além disso, realiza também pesquisa em diversas áreas da ciência, inclusive com células-tronco.

Pelos resultados alcançados são inegáveis os avanços do SUS, mas persistem problemas a serem enfrentados para consolidá-lo como um sistema público universal que possa prestar serviços de qualidade a toda a população brasileira. E o escopo da Comissão Especial destinada a Discutir o Financiamento da Saúde Pública (CESaúde) é enfrentar a questão do financiamento do sistema público de saúde, de modo que **o SUS possa ter sustentabilidade e, assim, consiga ser o que anuncia e promete.**

Ao se discutir o financiamento do sistema de saúde, a primeira questão a lembrar é que o conteúdo específico do direito à saúde e as respostas concretas sobre os cuidados de saúde irão relacionar-se com a vida política, social, cultural e econômica da sociedade. Devido a isso, a universalidade de uma teoria normativa, a abstratividade dos elementos econômicos e o princípio filosófico de justiça social serão **materializados no campo real** de práticas aceitáveis e possíveis, **em dado contexto histórico-social**, pois dependem das estruturas, das instituições, dos recursos existentes e das capacidades de organização e mobilização dos cidadãos.

Chama-se atenção para o fato de que no âmbito da CESaúde o tema sobre "desvios" e "corrupção" dos recursos do SUS foi constantemente arguido, motivo pelo qual este relatório trata do tema em capítulo específico. **Opta pela dimensão da necessidade de ampliar e reformar a abordagem da transparência na gestão do SUS**, por entender-se ser o caminho moderno, legítimo e eficiente para responder à demanda, em face da produção de informações colhidas pela Comissão.

Com efeito, avançando para o tema do financiamento da



CÂMARA DOS DEPUTADOS

saúde pública, importa desde logo qualificar o debate, com o fito de aprofundar a discussão e facilitar a compreensão deste relatório. Assim três pontos emergem de modo imperativo:

Em primeiro lugar, o grau de insuficiência financeira vincula-se com a existência de falhas que não necessariamente dependem do volume de recursos alocados para a saúde pública, como por exemplo, as lacunas territoriais²; inadequações de prioridades³ e inadequações na alocação de recursos para determinados tipos de pacientes⁴. Entretanto, não por isso que tais temas são afastados deste relatório, pelo contrário, enfrenta-os.

Em segundo lugar, a adequação ou a insuficiência de recursos financeiros dependem do que a sociedade está disposta a pagar para financiar os cuidados de saúde. Se houver mais financiamento é necessário identificar que setores da sociedade deve aportá-lo. Se mantivermos o princípio do acesso aos serviços de saúde com base na necessidade e não na capacidade, então a maior parte do financiamento advém do Estado por meio da tributação. São nuances, ora simplificadas, que serão enfrentadas neste relatório.

E em terceiro lugar, mas não menos importante, é definir em quê, onde e como os recursos da saúde serão utilizados, qual é a produtividade marginal desses recursos e qual é o seu custo de oportunidade. Este último exige uma análise custo-benefício do uso de recursos e uma avaliação das ineficiências que podem ser reduzidas.

Assim, quando se trata de apresentar respostas ao financiamento da saúde pública, o corolário alcançado é que as

² Desigualdades na proporção dos recursos destinados à saúde pública regional.

³ À título meramente ilustrativo: programa de alta complexidade em detrimento do programa de farmácia ou em detrimento da atenção primária.

⁴ À título meramente ilustrativo: listas de espera, clientelismo com a porta de entrada do sistema e enleio do protocolo do atendimento em razão de risco.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

possíveis respostas ao financiamento da saúde pública não podem ser dissociadas da análise da **base para o seu financiamento, correspondentes fontes, meios e formas de distribuir, ou ratear, o recurso**, além da **verificação do que dele se obtém**.

E recorde-se tais aspectos envolve a dimensão política, que foi anteriormente assinalada como “a primeira questão a lembrar”. Ora, é que em geral as pessoas diretamente afetadas, os cidadãos e os profissionais de saúde que convivem e sujeitam-se aos limites do sistema de saúde, questionam a falta de recursos. Além disso, os argumentos daqueles responsáveis pela alocação de recursos apela para a ineficiência, a existência de outras demandas sociais, as prioridades sociais alternativas e a inevitabilidade da escassez de recursos. É certo que a pressão sobre os recursos de saúde, tais como, o envelhecimento, a transição epidemiológica, a inovação tecnológica majoram os cálculos dos gastos com o sistema de saúde. Mas também há razões políticas para a definição de recursos públicos para a saúde que nem sempre são desafiados, como por exemplo, a questão das subvenções estatais e subfinanciamento do SUS.

Portanto, para fazer face a esses desafios e responder às aspirações da sociedade brasileira em nosso posto contexto histórico-social, o presente relatório da CESaúde tem como objetivo definir **um quadro coerente de financiamento da saúde pública, que possa conquistar legitimidade e apoio governamental**. Então, propõe três focos, consubstanciados em três respectivos capítulos, que sustentam os **três objetivos estratégicos** sobre os quais se deve centrar a atenção do financiamento da saúde durante os próximos anos, a saber:

- **Primeiro, proposta para o financiamento sustentável da saúde, com acréscimo financeiro;**
- **Segundo, proposta de critérios de rateio dos recursos,**



CÂMARA DOS DEPUTADOS

visando qualificar o gasto das ações e serviços públicos de saúde; e

➤ **Terceiro, transparência no gasto desses recursos.**

E registre-se, como elemento de máxima importância, que o cerne da proposta de financiamento para a saúde pública foi debatido junto ao Senado Federal, onde por lá tramita Comissão Especial similar a esta, mas que estrategicamente optou pela via pragmática de disciplinar o financiamento da União para o setor Saúde no bojo da chamada PEC do Orçamento Impositivo.

A busca de diálogo com o Senado Federal decorre do fato de que não faz sentido o Parlamento brasileiro, em tema tão sensível, caminhar de modo dispare, especialmente quando o relator da referida comissão naquela Casa Legislativa é companheiro e profundo conhecedor da matéria. Trata-se do senador Humberto Costa.

2 INTRODUÇÃO

Financiamento da Saúde Pública: Justiça Social e Condicionantes de Escassez.

1. O trabalho da Comissão Especial destinada a tratar do Financiamento da Saúde Pública (CESaúde) aborda um dos temas mais difíceis de tratar para a construção de um Brasil com mais justiça social e em conformidade com os valores referidos na Constituição Cidadã de 1988: o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS)⁵.

1.1 Não surpreende que sejam muitas as vozes, nacionais e estrangeiras, de sanitaristas, cientistas, políticos, jornalistas,

⁵ Sob o aspecto legal, a matéria é regulada pelo art. 198, §§ 1º e 2º, da Constituição Federal de 1988, e nos arts. 5º a 11 da Lei Complementar nº 141, de 2012. Tal perspectiva será tanto historiada e refletida em capítulo específico, como ensejará proposta legislativa por parte deste relatório.



autoridades governamentais, cidadãos, entre outros, que reclamam mais recursos para a saúde. E que também reflitam sobre o porquê do aumento dos gastos dos sistemas de saúde em todos os países. O tema da agenda é **tornar os sistemas de saúde sustentáveis**⁶.

1.2 Nesse sentido, distingue-se o “Relatório sobre a Saúde no Mundo 2010” da Organização Mundial da Saúde (OMS), sob o título “Financiamento dos sistemas de saúde: o caminho para a cobertura universal”⁷, por defender “mais dinheiro para a saúde”.



Mensagens principais

- Nenhum país foi ainda capaz de garantir a todos o acesso imediato à totalidade de serviços que possam manter ou melhorar a sua saúde. Todos eles enfrentam restrições de recursos de um tipo ou de outro, embora essas restrições sejam mais críticas nos países de baixo rendimento.
- Todos os países podem angariar fundos domésticos adicionais para a saúde ou diversificar as suas fontes de financiamento se o quiserem fazer.
- As opções incluem maior priorização dos governos à saúde nos seus orçamentos, colectar mais eficientemente impostos ou contribuições de seguros e angariar fundos adicionais através de vários tipos de financiamento inovador.
- Taxas sobre produtos prejudiciais como o tabaco e álcool são uma dessas opções. Assim se reduz o consumo, melhora-se a saúde e aumentam-se os recursos que os governos podem gastar na saúde.
- Mesmo com essas inovações, serão necessários maiores fluxos dos doadores para a maioria dos países mais pobres por um período de tempo considerável. Os países doadores podem também angariar mais fundos para os canalizar para os países mais pobres de modos inovadores, mas eles devem também esforçar-se mais por cumprir os seus compromissos internacionais para a ajuda pública ao desenvolvimento (APD) e proporcionar fluxos mais previsíveis e de longo prazo.

⁶ Cite-se o exemplo da Espanha e a radical alteração realizada pelo “El Real Decreto-Ley 16/2012”, de 20 de abril de 2012, com medidas urgentes para garantir a “sostenibilidad Del Sistema Nacional de Salud y mejorar La calidad y seguridad de SUS prestaciones”.

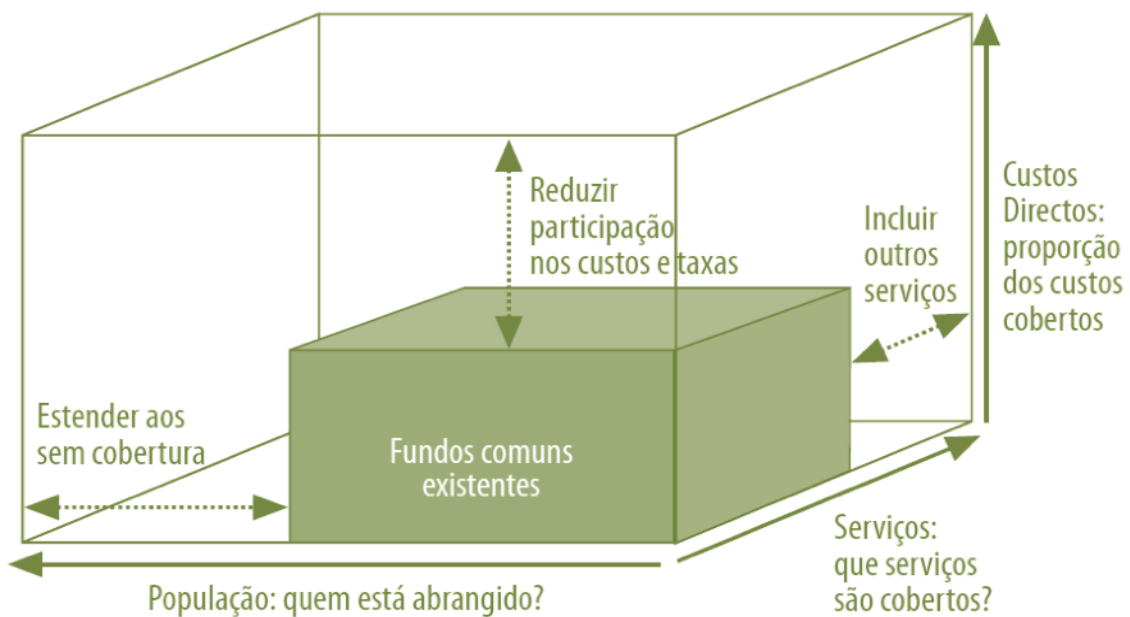
⁷ Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World health Organization, Geneva. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_port.pdf>.



Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World health Organization, Geneva. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_port.pdf>.

1.3 No entanto, o aludido relatório dilui a mensagem dizendo que todos os países enfrentam as restrições, especialmente os países mais pobres. Todavia, todas as nações poderiam levantar mais fundos para a saúde se assim o desejarem (OMS, 2010). A questão não é articulada, o que justifica Schrecker⁸ falar da ausência de uma agenda comum, e das diferenças de recursos entre os países e dentro dos países. Resta, então, uma versão meramente tecnicista, apelativa para o voluntarismo dos governos.

Fig. 1 Três dimensões a considerar na aproximação à cobertura universal



Organización Mundial de la Salud. 2010. Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal: resumen. World health Organization, Geneva. Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_IER_WHR_10.1_port.pdf>.

⁸ SCHRECKER T. 2011. Why are some settings resourcepoor and others not? The global marketplace, perfect economic storms, and the right to health. Can J Public Health. Vol 102, No 3, 204-6. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21714320>>.



2. A saúde é frequentemente definida como um bem superior na nossa sociedade tanto para os cidadãos e respectivas famílias quanto para o Estado. A natureza especial do direito à saúde explica porque se reconhece alguma forma de responsabilidade estatal em praticamente todos os países, inclusive, como parte do compromisso com outras políticas sociais. Trata-se do que vários cientistas⁹ chamam de reconhecimento da **ética de proteção**, que ampara a **obrigação estatal de resguardar as necessidades fundamentais de saúde**, assegurando serviços adequados de atenção de saúde, especialmente, aos mais necessitados.

3. Uma implicação do tratamento do direito à saúde como reflexo da ética de proteção, ancorada na obrigação estatal de assegurar serviços adequados, é que ela se articula com a hodierna noção de justiça igualitária¹⁰. Explica-se: reconhece-se o direito à saúde como fundamental para o exercício da **igualdade de oportunidades**, que reflete o cerne da **justiça social**.

3.1 Logo, a questão frontal posta entre o direito à saúde e a

⁹ Com inclusão de sanitaristas e outros pensadores. Exemplifique-se: SEN Amartya. 2002. **Why health equity?** Health Economics, v. 11, nº 8, p. 659-66; DANIELS N. 1982. **Equity of access to health care: some conceptual and ethical issues.** Milbank Mem Fund Q Health Soc. v 60, nº 1, p. 51-81. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7038534>>; _____. 2008. **Just health: meeting health needs fairly.** Cambridge University Press, New York; KOTTOW M. 2007. **Ética de protección: Una propuesta de protección bioética.** Universidad Nacional de Colombia, Bogotá; MAYNARD A. 2001. **Ethics and health care 'underfunding'.** J Med Ethics. v. 27, nº 4, p. 223-7. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11479351>>. E especialmente FRENZ, Patrícia. **Cubriendo necesidades de servicios de atención de salud con justicia: orientaciones para la deliberación ética en Chile.** Revista Redbioética/UNESCO, ano 2, p. 34-42, jul-Dez 2011, onde aqui se parafrasea-a e se transcrevem vários dos argumentos da autora.

¹⁰ Vide RAWLS, John. **Uma teoria da justiça.** São Paulo: Martins Fontes, 2008. Entende-se que o diálogo subjacente se dá com a teoria de Rawls, uma vez que pensar justiça com Rawls é pensar em refletir acerca do justo e do injusto das instituições que possibilitam, ou não, igualdade de oportunidades. O que confirma isso, entre outras, é a seguinte afirmação: “o nosso tema, no entanto, é a justiça social. Para nós, o objeto primário da justiça é a estrutura básica da sociedade, ou mais exatamente, a forma pela qual as instituições sociais mais importantes distribuem os direitos e deveres fundamentais e determinam a divisão dos benefícios da cooperação nesta sociedade. (...) A justiça de um modelo de sociedade depende essencialmente da forma como são atribuídos os direitos e deveres fundamentais, bem como das oportunidades econômicas e condições sociais nos diferentes setores da sociedade” (p. 30).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

forma e o conteúdo das políticas em saúde é: como responder de maneira justa a necessidade de saúde da população quando não é possível cobri-las todas? Repita-se, considere que se trata de tema que envolve a aplicação de justiça social.

3.2 Essa indagação é relevante por motivo não apenas teórico, senão fundamentalmente por razões práticas. Atualmente se discute no Brasil como realizar novas transformações do sistema de saúde¹¹, por um lado, visando sua sustentabilidade, acessibilidade e equidade; e, pelo outro lado, buscando que o SUS cumpra seu papel como mais um agente econômico.

3.3 Não há dúvida de que aquela indagação é interpretada de maneira diferente por cada cidadão, e que as respostas dos Mercados, Municípios, Estados-Membros, Distrito Federal e da União são muitas vezes diferentes, tanto em relação à organização dos cuidados quanto em termos de cobertura financeira.

3.4. Sendo encarada como um bem superior, a saúde não pode ser considerada, exclusivamente, do ponto de vista das despesas sociais e das dificuldades econômicas latentes. Mas isso não significa desconsiderar que o gasto com saúde irá resultar em uma parcela maior da economia do que é hoje, por motivos que incluem mudanças na tecnologia, transições epidemiológicas, preferências do consumidor, crescimento da produtividade relativa e envelhecimento população, entre outras. **O paradoxo** surge porque a saúde é um importante motor do crescimento econômico, ao mesmo tempo em que o gasto com saúde parece insustentável ao ser ascendente, uma vez que o orçamento público não pode ser o único motor da prosperidade econômica.

¹¹ Exemplo concreto do debate é tanto esta Comissão Especial que discute o financiamento, como o movimento popular chamado “saúde + 10”.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

4. A decisão sobre quanto gastar em saúde pública é uma decisão política que, idealmente, revela preferências entre alocações alternativas. Ou seja, há subjacente uma escolha de definição de necessidades que enfrenta, entre vários ângulos, **a dimensão dos limites da escassez e da justiça social**. E cabe ter presente que grande parte da discussão sobre necessidades provém tanto da economia quanto do planejamento sanitário.

5. Assim, abordar o problema do financiamento da saúde pública no Brasil exige dar respostas a três tipos de questões: **(a) qual o volume de recursos necessários para o SUS ser um sistema sanitário dotado de indicadores de saúde e de satisfação, previamente fixados, eficiente, eficaz e efetivo? (b) como deveriam ser alocados os recursos entre os entes federados e entre os tipos de atenção, patologias e grupos de pacientes? (c) quais deveriam ser as fontes de obtenção de recursos suficientes e estáveis, garantidoras da sustentabilidade ao sistema de saúde?**

6. Quando se trata do tópico sobre respostas ao financiamento da saúde pública, diversos sanitaristas e gestores, que adotam o planejamento sanitário como prática ou relação social¹², concordam que para além da tecnicidade, ela aborda dimensão política, econômica e ideológica. Nada obstante, isso não exclui que o tema possa, resumidamente, ser agrupadas em quatro categorias de reformas para:

¹² O diálogo subjacente se dá, entre outros, com correntes teóricas, centros de pesquisas e de pós-graduação e entes públicos que têm oferecido colaboração e produtos. Vide FERREIRA, F. W. **Planejamento sim e não: um modo de agir num mundo em permanente mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981; MATUS, Carlos. Teoria da ação e Teoria do Planejamento, in: MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. Brasília: IPEA, 1996, p. 81-98; TESTA, Mario. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1995, p. 5-103; PAIM, J. S. **Saúde política e reforma sanitária**. Salvador: Ceps-ISC, 2002; SERGIPE. Secretaria de Estado da Saúde. **Agenda Estadual de Saúde 2004**; SPINELLI, H. et TESTA, M. Del Diagrama de Venn al Nudo Borromeo. **Recorrido de la Planificación en América Latina**. Salud Colectiva 1, v.3, 2005, p. 323-35.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- ✓ melhorar a eficiência dos gastos públicos de saúde (fazer mais com o mesmo);
- ✓ aumentar o financiamento público das despesas de saúde (fazer mais);
- ✓ aumentar o financiamento privado das despesas de saúde (fazer mais); e
- ✓ priorizar e racionalizar as ações e serviços de saúde pública.

6.1 A necessidade de exigir o uso eficiente dos recursos públicos é um requisito essencial em qualquer contexto. Não é preciso existir “problema de financiamento” para se exigir a otimização da quantidade e da qualidade das ações e dos serviços custeados pelo orçamento público. E esclareça-se, **de nenhum modo a quantificação da melhoria da eficiência é suficiente para cobrir a diferença entre a necessidade de financiamento e o o *status quo* do orçamento em termos de gasto no setor.** Além disso, em muitos casos, algumas melhorias da eficiência podem ser traduzidas em incrementos de despesas, precisamente como resultado do aumento da procura e da qualidade dos serviços.

6.2 Algumas fontes alternativas de financiamento público para as políticas de saúde são (a) a redistribuição interna entre os programas de gastos públicos e (b) o aumento da carga fiscal. A redistribuição interna entre os programas de despesas implica, dada a restrição orçamentária global sobre as finanças públicas do Brasil, identificar os programas que possam estar sujeitos a uma redução para financiar os custos de saúde mais elevados¹³. No entanto, a redistribuição deve ser baseada em critérios de eficiência e contar com a participação popular. Logo, requer a demonstração da melhor relação custo-benefício, englobando as diversas externalidades, dos programas de saúde frente alternativas não sanitárias.

6.3 O aumento da receita fiscal encontra limites na resistência

¹³ Ou melhor, o anteriormente citado custo de oportunidade.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

de grupos de contribuintes para aumentar a carga tributária e os custos que isso pode ter na competitividade das atividades econômicas. As alternativas dessa forma estão no aumento da carga fiscal global mediante elevação tributária seletiva para alguns setores econômicos, específicos impostos sobre renda e patrimônio e **criação de tributo vinculado ao financiamento da saúde pública.**

6.4 Entretanto, a presente conjuntura expressa que o aumento da carga fiscal não é árdua batalha política e econômica, especialmente perante grupos organizados do setor financeiro-produtivo e mídia.

6.5 Nada obstante, outras implicações da proposta de tributos vinculados ao financiamento da saúde são vantajosas, tais como, a maior visibilidade dos benefícios e controle sobre a gestão. E não nos negamos a enfrentar certos questionamentos sobre como justificar a tributação vinculada para a saúde, mas não para outras ações e serviços públicos. E os conflitos não encerram aqui, pois se não há aumento de receitas públicas ou nova tributação vinculada para financiar o setor de saúde pública, outras políticas e serviços públicos deverão suportar a correspondente diminuição de recursos¹⁴. E não é só: convém lembrar que os tributos vinculados, ou não, são sempre vulneráveis e sujeitos às oscilações do ciclo econômico.

6.6 O aumento de gasto privado no financiamento da saúde, mediante os copagamentos, gasto direto a provedores privados e o gasto com planos e seguros de saúde **é alto no Brasil**, superior ao gasto público com reflexos na equidade do acesso às ações e serviços públicos de saúde¹⁵. Entende-se que o alhures mencionado princípio da justiça social (igualdade de oportunidade) requer manter o acesso aos

¹⁴ Costuma-se citar o seguinte exemplo: mais ortopedistas nos serviços de urgência a custa de menos medidas na mobilidade urbana, onde se produzem acidentes.

¹⁵ Capítulo específico deste relatório trata tanto da questão sob o ponto de vista da relação “gasto privado versus gasto público”, como sob o prisma dos efeitos das subvenções estatais, abarcando as desonerações fiscais, para o setor privado de saúde (subfinanciamento).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

serviços de saúde segundo necessidades, e não segundo capacidade, de modo que a importância do gasto privado deve ser reduzido para não aumentar os atuais níveis de iniquidades.

6.7 Na prática, o sistema de saúde brasileiro é formado por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que competem entre si, o que gera uma combinação público-privada financiada, sobretudo, por recursos privados. A esse respeito, é importante mencionar publicação do IPEA sobre o Financiamento da Saúde,¹⁶ que assim discorre sobre a participação privada no setor:

“(…) No caso brasileiro, afirma-se que a intenção é buscar um sistema que reduza as desigualdades e que seja equitativo. Contudo, estudos têm mostrado que uma forte participação privada pode acarretar iniquidade (WAGSTAFF et al., 1992). O pagamento direto pelo próprio usuário depende da capacidade de pagamento, ou seja, da disponibilidade de recursos para as famílias – quanto mais rica, maior sua capacidade de pagamento. O mercado não produz equidade. Cabe ao Estado redistribuir recursos e buscar a equidade. Além disto, a partir dos recursos privados, gera-se um mercado de compra de bens e serviços de saúde que é independente, em certa medida, do recurso público. Assim, as regras de formação de preço, de oferta de recursos humanos, de oferta de bens e serviços são fortemente influenciadas pela presença destes recursos privados e das decisões individuais ou compartilhadas pela intermediação de planos e seguros de saúde. Ainda que o governo tenha uma importante participação no sistema de saúde brasileiro, o setor privado concorre com ele por recursos”.¹⁷

6.8 Nada obstante, não se deve extirpar o gasto privado da saúde – mas considerá-los sabendo que os números apontam que os

¹⁶ Brasil em desenvolvimento 2011: Estado, planejamento e políticas públicas / Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. – Brasília : Ipea, 2012

¹⁷ Santos e Gerschman (2004) chamavam a atenção para as implicações que os constrangimentos macroeconômicos e determinadas decisões de políticas públicas poderiam ter sobre a configuração público-privada no Brasil. Estas autoras avaliavam que havia risco de o setor público especializar-se em tecnologias de mais baixo custo e complexidade, ao passo que o setor privado continuaria formatando sua estratégia em direção a setores mais lucrativos e de maior rentabilidade, nestes incluídos aqueles mais bem remunerados pelas tabelas do SUS e mais valorizados pelos beneficiários de planos privados. Com isso, pode-se dizer que havia uma expectativa de que este segmento continuaria forte e cresceria, ao contrário do que era esperado quando da formatação inicial do SUS no período Constituinte. A expectativa naquele momento era de que, com financiamento e garantia de uma atenção à saúde com qualidade para toda população, seria construído um sistema de saúde único, atendendo a toda a população.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

indicadores de saúde são melhores e os sistemas de saúde são mais eficientes quando é maior o investimento público em saúde. O que se quer dizer é que, com os parâmetros corretos, **ele deve ser utilizado para evitar alocação de recursos a quem dele não necessita** (concentração de renda) e pode ajudar **a reduzir o consumo abusivo sem afetar a equidade que o SUS autopropõe**. Portanto, o gasto privado com serviços de saúde não pode, como pressuposto, ser afastado do debate sobre o financiamento da saúde pública. Ele não deve servir para apoiar desqualificações abstratas, rudimentares e mal educadas, senão para exortar análises baseadas em evidências¹⁸.

6.9 As alternativas anteriores devem ser combinadas entre si, em doses a serem estabelecidas, **reduzindo a pressão sobre o orçamento da saúde pública e visando a definição de prioridades e a racionalização das ações e serviços de saúde**. A racionalização e a definição de prioridades do orçamento público da saúde submetem-se, por força constitucional, ao princípio da justiça social, típico de financiamento público, exigindo a igualdade de oportunidades pelas instituições.

6.10 Priorizar e racionalizar o gasto envolve determinar, vulgarmente falando, “quem vai primeiro” ou “qual a proporção de recursos para se dedicar a um paciente, um grupo populacional ou um serviço”. Estas medidas podem ser realizadas de forma unilateral pelo Estado, com base no exercício explícito e sistemático das competências política (do corpo dos governantes) e técnica (do corpo de servidores). Todavia, em um sistema de saúde pública como o brasileiro, que

¹⁸ São diversos os projetos de lei e tramitação na Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF/CD) que, sem fixar parâmetros, condicionantes ou submetê-los a quaisquer elementos de aferição, determinam que o SUS arque com os mais diversos insumos, produtos e medicamentos “para o povo”, não importando se nesse conceito esteja o homem/mulher concreto dono de instituição financeira, de uma multinacional, seja professor, servidor, técnico de contabilidade ou auxiliar de pedreiro, como por exemplo.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

consagrou **a participação popular como diretriz do SUS** (art. 198, III, da Constituição Federal) a alternativa para a priorização e a racionalidade é a delimitação da distribuição de direitos e serviços de saúde (benefícios) através de processos de participação social, segundo a lógica da legitimidade democrática – que deve ser objeto de atenção diante da insuficiência de considerar a racionalidade e a definição de prioridades como, unicamente, ato ou exercício meramente técnico.

7. Para concluir: a aparente **disputa paradoxal ou dicotômica** do debate sobre o financiamento da saúde se situa na lógica da distribuição justa de direitos e serviços (justiça social como igualdade de oportunidade) frente aos condicionantes de escassez, notadamente, quando temos elevados gastos sociais e crescentes demandas de atenção sanitária – decorrentes de uma longa história de concentração de renda, desigualdades sociais e injustiças institucionais, sob a forma de clientelismos, patronagem, nepotismo, corrupção¹⁹. Com efeito, aquele paradoxo (ou argumentos dicotômicos) se transforma **em síntese** quando materializa a **dimensão participativa do SUS**. Explica-se:

7.1 Os dois diferentes enfoques dicotômicos/paradoxais convergem para a importância de se definir os equivalentes entre necessidades, serviços e recursos para poder assegurar o acesso: as alterações do estado de saúde da sociedade ou as necessidades devem ter correspondência com as ações e serviços públicos de saúde, que por sua vez requer orçamento suficiente.

“O financiamento e a organização de serviços são funções essenciais dos sistemas de saúde para dar respostas adequadas às necessidades reivindicadas e assumidas pelas políticas sanitárias. Para além da necessidade básica, onde se traça o

¹⁹ Entre outras modulações dos desvios institucionais que estão relacionadas ao abuso do poder, econômico e político, por certos agentes políticos ou aos privilégios que certos grupos sociais têm no exercício de seu poder.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

limite entre necessidade, expectativa legítima e mero desejo, depende-se dos valores e das possibilidades de cada sociedade²⁰”.

7.2 A participação social (art. 198, III, Constituição Federal) no SUS constitui o mecanismo síntese que **outorga legitimidade e autoridade republicana** às definições dos perímetros e das prioridades das políticas públicas de saúde diante do respectivo financiamento.

8. Excluída, na introdução deste relatório, a aparente contradição entre justiça social e condicionantes de escassez, que amálgamas ecléticos e vulgarizados debates, este relatório busca responder as questões, outrora formuladas, sobre o financiamento da saúde pública em três objetivas etapas:

- **Primeiro, proposta para o financiamento sustentável da saúde;**
- **Segundo, proposta de critérios de rateio dos recursos; e**
- **Terceiro, transparência no uso e gasto desses recursos.**

3 FINANCIAMENTO

3.1 Abordagens Iniciais: A História do Financiamento da Saúde Pública no Brasil

3.1.1 Sistema de Saúde Nacional

1. Nos termos do que dispôs a Constituição de 1988, compete privativamente à União legislar sobre a seguridade social (art. 22, XXIII, da CF), que compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social (art.

²⁰ FRENZ, Patrícia. **Cubriendo necesidades de servicios de atención de salud con justicia: orientaciones para la deliberación ética en Chile**. Revista Redbioética/UNESCO, ano 2, p. 34-42, jul-Dez 2011.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

194 da CF). Prevê também que a seguridade social seja financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e de contribuições sociais (art. 195 da CF).

2. Especificamente em relação à saúde, a Constituição Cidadã passou ainda a considerá-la “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (art. 196 da CF), sendo livre à iniciativa privada dela participar de forma complementar (art. 199 da CF). As ações e serviços públicos de saúde também passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada e a constituírem um sistema único de saúde (SUS), organizado segundo diretrizes de descentralização e de atendimento integral (art. 198 da CF).

3. Evidentemente, implantar um sistema de saúde capaz de garantir universalidade e integralidade em uma república federativa com as nossas dimensões territoriais e populacionais e com um sistema político composto por três níveis autônomos de governo - distribuídos em Governo Federal, vinte e seis Estados, um Distrito Federal e mais de cinco mil Municípios - tem sido um grande desafio.

4. Desde 1988, muito tem sido feito pela saúde, mas ainda estamos longe do sistema desenhado constitucionalmente. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2003 (PNAD)²¹ estimou em 43,2 milhões o número de brasileiros cobertos por pelo menos um plano de saúde, o que correspondia a 24,6% da população do país. A PNAD de

²¹ Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Microdados PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios). Rio de Janeiro: O Instituto; 1981, 1998, 2003 e 2008.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

2008, por sua vez, estimou esse número em 49,2 milhões, ou 25,9% da população brasileira. Tais dados mostram que, não obstante os princípios da universalidade e integralidade que norteiam o Sistema Único de Saúde – SUS, ainda resta muito a ser feito para que o SUS real se aproxime daquele idealizado pela Constituição.

3.1.2 Evolução Legislativa do Financiamento da Saúde

5. A norma constitucional (art. 198, §1º da CF²²) que disciplinou o financiamento para a saúde previu que o SUS fosse financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

6. É importante destacar que, apesar da previsão de que parte das receitas de estados e municípios fosse aplicada em saúde, a Constituição não estabelecia um percentual mínimo de aplicação. O mencionado art. 195 dispunha à época:

Art. 195. A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, e das seguintes contribuições sociais:

I - dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;

II - dos trabalhadores;

III - sobre a receita de concursos de prognósticos.

§ 1º As receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinadas à seguridade social constarão dos respectivos orçamentos, não integrando o orçamento da União.

§ 2º A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes

²² Na redação original da Constituição era o parágrafo único do art. 198: **Parágrafo único.** O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

§ 3º A pessoa jurídica em débito com o sistema da seguridade social, como estabelecido em lei, não poderá contratar com o poder público nem dele receber benefícios ou incentivos fiscais ou creditícios.

§ 4º A lei poderá instituir outras fontes destinadas a garantir a manutenção ou expansão da seguridade social, obedecido o disposto no art. 154, I.

§ 5º Nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

§ 6º As contribuições sociais de que trata este artigo só poderão ser exigidas após decorridos noventa dias da data da publicação da lei que as houver instituído ou modificado, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, b.

§ 7º São isentas de contribuição para a seguridade social as entidades beneficentes de assistência social que atendam às exigências estabelecidas em lei.

§ 8º O produtor, o parceiro, o meeiro e o arrendatário rurais, o garimpeiro e o pescador artesanal, bem como os respectivos cônjuges, que exerçam suas atividades em regime de economia familiar, sem empregados permanentes, contribuirão para a seguridade social mediante a aplicação de uma alíquota sobre o resultado da comercialização da produção e farão jus aos benefícios nos termos da lei".(redação original da Constituição de 1988)

7. A partir de 1993, as contribuições previdenciárias²³ deixaram de ser repassadas à saúde em virtude dos desequilíbrios que se afiguravam nas contas da previdência social. A saúde deixou de contar com o repasse dos recursos da contribuição social de empregadores e empregados.

8. Com a Emenda Constitucional nº 20, de 1998, que modificou o art. 167, XI, foi vedada a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, a, e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social. Dessa forma, os recursos para financiamento da saúde passaram a depender de aportes do orçamento

²³ Contribuição dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (fonte 154).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

da seguridade social, cujas fontes financeiras mais significativas eram recursos tributários e fiscais, dentre os mais expressivos a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e a Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSLL, e a partir de 1993, da participação mais relevante do Tesouro da União.

9. Em suma, o setor saúde deixou de contar os recursos da contribuição social de empregadores e empregados desde 1993, que passaram a ser destinados exclusivamente à previdência social. Para cobrir a falta desses recursos, o setor realizou empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT). Portanto, no período de 1993 a 1996, o setor Saúde viveu momentos de incertezas quanto ao seu financiamento, levando a fazer empréstimos junto ao FAT e a passar por constante falta de verbas.

10. Essa situação reforça o entendimento de que **a integração constitucionalmente prevista da seguridade social** requeria não só uma proposta de orçamento como também de gestão efetivamente unificada em um ministério, como o da Seguridade Social. Entretanto, não foi o que ocorreu, pois a previdência, a saúde e a assistência social foram regulamentadas por leis distintas e institucionalizadas em ministérios diferentes com receitas estipuladas separadamente.

11. Por outras palavras, a regulamentação setorial do sistema da seguridade social estruturou as áreas que constituem o sistema (previdência, saúde e assistência social) **em uma quase completa independência administrativa e financeira**, não obstante o sistema em sua origem tivesse forte apelo à criação de um ministério, financiado por um orçamento da seguridade social, autônomo do orçamento fiscal e estabelecido por um conselho nacional.

12. Recorde-se que, por determinação constitucional original, os recursos da seguridade social não poderiam ser alocados para outros



CÂMARA DOS DEPUTADOS

fins que não aqueles afetos a previdência, saúde e assistência social (arts. 165, §5º e 195), e que, ao mesmo tempo, não haveria vinculação de fontes às três diferentes áreas da seguridade social (arts. 167, inc. IV e 195, §2º), salvo o Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público – PIS/PASEP destinado ao seguro-desemprego e abono do PIS-PASEP (art. 239) e **trinta por cento (30%) do orçamento da seguridade social seria destinado para a área da saúde (art. 55 do ADCT)**. Ou seja, a cada processo legislativo do orçamento da União, os recursos da seguridade social seriam repartidos entre as respectivas áreas.

13. Por fim, é importante destacar que, por meio da Emenda Constitucional de Revisão nº 01, de 1994, foi criado o Fundo Social de Emergência (FSE) como medida necessária à estabilização da economia. Dentre outros fins, reservava vinte por cento (20%) do produto da arrecadação de todos os impostos e contribuições da União. O FSE expressava como objetivo o saneamento financeiro da fazenda pública e a estabilização econômica, cujos recursos seriam aplicados no custeio das ações dos sistemas de saúde e educação, benefícios previdenciários e auxílios assistenciais de prestação continuada, inclusive, liquidação de passivos previdenciários.

13.1 Inicialmente o FSE iria vigorar nos anos de 1994 e 1995, sendo que, a partir da EC nº 10, de 1996, ele passou a vigorar no ano de 1996 até junho 1997, quando passou a ser chamado de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF), ainda com o objetivo de saneamento financeiro da fazenda pública Federal e de estabilização econômica, mas, desta vez, para ações prioritárias naquelas aludidas áreas sociais (arts.. 71 e 72, §2º do ADCT). E, novamente, com a EC nº 17, de 1997, seu prazo foi dilatado até dezembro de 1999, mantendo-se o objetivo.

13.2 No ano 2000, com a EC nº 27, foi criada a chamada



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Desvinculação de Receitas da União (DRU), que sucedeu aqueles primeiros Fundos e estabeleceu simplesmente que seriam desvinculados de órgão, fundo ou despesa, no período de 2000 a 2003, vinte por cento (20%) da arrecadação de impostos e contribuições sociais da União, excetuando-se apenas a arrecadação oriunda da contribuição social do salário- educação (art. 76 ADCT). Como se observa, ao contrário do FSE e do FEF, não existe expresso um objetivo para a DRU.

13.3 No ano de 2003, por meio da EC nº 42, a DRU foi mais uma vez prorrogada até o ano de 2007, sendo que ,por ocasião dessa última prorrogação, além da arrecadação dos impostos e contribuições sociais, foi agregada a Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico – CIDE como receita passível de desvinculação.

13.4 Em 2007, a EC nº 56 promoveu nova prorrogação da DRU até 2011, quando a EC nº 68 aprovou a dilação da vigência até o exercício de 2015.

13.5 De acordo com as regras impostas, a desvinculação de receitas da União incidiu sobre tributos destinados a financiar serviços públicos, como saúde, educação e trabalho. Dessa forma, um dos efeitos da DRU é transferir recursos do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal da União. No entanto, após o exercício de 2008, esse efeito foi anulado. Explica-se:

13.6 Até 2008 o valor retirado do orçamento da seguridade social superava o montante transferido do orçamento fiscal para suprir as necessidades de financiamento do orçamento da seguridade social. Isso significa que sobrariam recursos no orçamento da seguridade social se não fosse a incidência da DRU sobre suas receitas. Entretanto, a partir de 2009, o orçamento da seguridade social passa a ser deficitário, de modo que, independentemente da DRU, recursos do orçamento fiscal foram necessários para atender despesas do orçamento da seguridade



social²⁴.

3.1.3 A CPMF e a Saúde

14. Depois de longos debates sobre o financiamento da saúde, já na gestão do Ministro Adib Jatene, a solução encontrada pelo Congresso Nacional para atenuar os problemas financeiros na área de saúde foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira – CPMF, que vigorou de 1997 a 2007 (CPMF²⁵). Configurar o tributo como contribuição social era fundamental no equacionamento do problema, tanto para encurtar o prazo de início da cobrança do tributo (noventena), quanto para evitar questionamentos jurídicos em relação à vinculação do produto da arrecadação integralmente ao Fundo Nacional de Saúde.

15. Assim, com fulcro na Emenda Constitucional nº 12, de 1996, era então autorizada a criação da “contribuição provisória sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira”, cabendo à Lei nº 9.311, de 1996, a sua instituição e regulamentação.

16. A CPMF foi criada para vigorar inicialmente por treze meses.

²⁴ Vide: Nota Técnica da Consultoria de orçamento da Câmara dos Deputados n.º 18/2011, in http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/orcamentouniao/estudos/2011/nt_18_2011 e Relatório Resumido da Execução Orçamentária de 2012 da Secretaria do Tesouro Nacional, Tabela 9 - Demonstrativo das Receitas e Despesas da Seguridade Social e Tabela 9-A - Demonstrativo das Receitas da Seguridade Social Desvinculadas, in <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/images/arquivos/artigos/RR0dez2012.pdf>

²⁵ A origem da CPMF está na Emenda Constitucional nº 3, de 1993, cujo art. 2º autorizou que lei complementar instituísse o chamado Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF até 31 de dezembro de 1994, fixando alíquota máxima de 0,25%. A arrecadação do IPMF foi iniciada em 26 de dezembro de 1993, mas foi suspensa no período de 15 de setembro a 31 de dezembro de 1993 por liminar em Ação Direta de Inconstitucionalidade. O imposto voltou a ser cobrado a partir de 1º janeiro de 1994 e vigorou até 31 de dezembro do mesmo ano. A arrecadação do IPMF é apenas residual sobre movimentação financeira gerados em 1994



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Contudo, por meio da Lei nº 9.539, de 1997, esse período foi ampliado para 24 meses, a partir de 23 de janeiro de 1997, em consonância com o período máximo permitido pela EC nº 12, de 1996, que autorizou sua criação. A CPMF destinou recursos integralmente ao Fundo Nacional de Saúde, para financiamento das ações e serviços de saúde (art. 74 do ADCT).

17. Vencido o prazo de vigência, a cobrança da CPMF foi restabelecida pela Emenda Constitucional nº 21, de 1999, para vigorar de 17 de junho de 1999 a 16 de junho de 2002, com destinação de parte dos recursos à previdência social. Posteriormente, a Emenda Constitucional nº 37, de 2002, estendeu sua vigência até 31 de dezembro de 2004, e, desta vez, com destinação de recursos à saúde, à previdência e ao fundo de combate e erradicação da pobreza; em seguida, a Emenda Constitucional nº 42, de 2003 prorrogou o prazo até 31 de dezembro de 2007. Em dezembro de 2007, deixou de ser cobrada, em face da rejeição legislativa à PEC nº 89, de 2007, que pretendida prorrogar a vigência até 2011.

18. Como mencionado, na origem, a CPMF foi instituída para custeio de ações e serviços públicos de saúde. Todavia, com o advento da EC nº 21, de 1999, a Contribuição passou também a financiar o pagamento de aposentadorias e pensões a cargo do INSS e ações de combate e erradicação da pobreza²⁶.

19. A arrecadação da CPMF sujeitava-se à regra geral de desvinculação de 20% tratada no item anterior. No entanto, é oportuno ressaltar que a parcela da arrecadação da CPMF destinada ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não se submeteu à citada desvinculação em decorrência da vigência da DRU, por disposição

²⁶ Da alíquota de 0,38% cobrada pela CPMF, 0,20% era destinada à saúde; 0,10%, à Previdência e 0,08%, ao Combate e Erradicação da Pobreza.



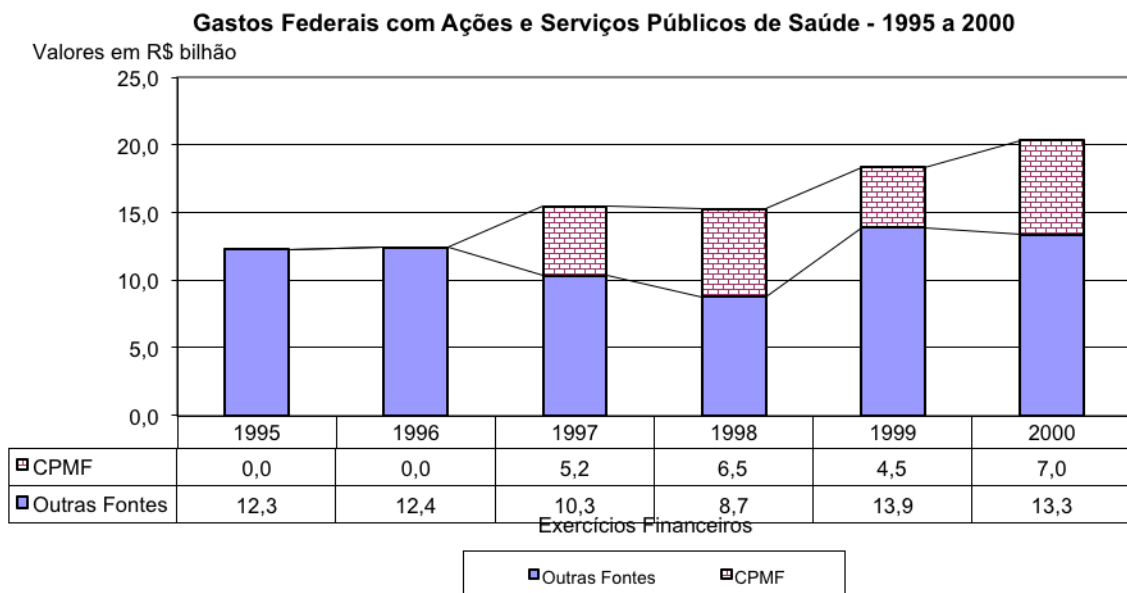
CÂMARA DOS DEPUTADOS

expressa da Emenda Constitucional que instituiu aquele Fundo²⁷.

20. Deve-se ainda destacar que, em seu primeiro ano de vigência, ficou evidenciado que a criação da contribuição não era, por si só, garantia de maiores recursos para a Saúde, uma vez que outras fontes que financiavam tradicionalmente o setor passaram a ser destinadas a outras áreas.

20.1 Essa constatação, facilmente visualizada no gráfico abaixo, fez com que o Congresso Nacional inserisse nas LDOs, a partir de 1998 (Lei nº 9.473, de 1997), regra em que se fixava valor mínimo de aplicação em saúde, tendo por base a dotação autorizada no exercício anterior.²⁸ Essa regra permaneceu até a LDO 2000 (Lei nº 9.811, de 1999), após o que passou a vigorar aquela traçada pela EC nº 29, de 2000.

Gráfico I



²⁷ Emenda Constitucional nº 31/2000

²⁸ Com efeito, na LDO 1998 (Lei nº 9.473/1997), foi inserido o seguinte dispositivo: “Art. 37 No exercício de 1998 serão aplicados, em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos autorizados em 1997.”



CÂMARA DOS DEPUTADOS

20.2 É importante mencionar que a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, de certa forma acabou por esvaziar a polêmica em torno da aplicação dos recursos da CPMF na área de saúde. Ao ser fixado constitucionalmente um piso mínimo de aplicação, a ser corrigido a cada ano pela evolução do PIB **independentemente do comportamento da receita, das restrições orçamentárias ou das fontes** usadas, o setor se viu protegido em relação às demais áreas de governo. Assim, a EC nº 29, de 2000, garantiu um mínimo de estabilidade no financiamento da saúde e trouxe aumento, sobretudo a partir de 2004, no aporte de recursos por parte da União.

3.1.4 A Emenda Constitucional nº 29, de 2000

21. Como dito, a EC nº 29, de 2000, assegurou a participação mínima de cada ente federado no financiamento das ações e serviços públicos de saúde, a partir da definição de um aporte anual mínimo de recursos (arts. 167, inc. IV, 198, §2º e 77 do ADCT). Nesse período, de 2000 a 2004, vigoraram as determinações previstas no art. 77 do ADCT, in verbis:

Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto 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, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I,



22. A EC nº 29, de 2000, definiu a origem dos recursos que financiariam os entes subnacionais (art. 198, §2º, II e III, da CF) e previu a edição periódica de lei complementar para: revisar os percentuais de vinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por parte dos entes federados e estabelecer os critérios de rateio e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas (art. 198, §3º, da CF)²⁹.

23. Assim, com a edição da EC nº 29 ficaram estabelecidos níveis mínimos de aplicação de recursos financeiros por parte das três esferas de governo. Estados e municípios são obrigados a investir, no mínimo, 12% e 15% da arrecadação de impostos próprios e de recursos da repartição tributária (art. 77 do ADCT)³⁰, respectivamente. A União, desde então, deveria gastar com saúde o correspondente ao que desembolsou no ano anterior, mais a variação do Produto Interno Bruto – PIB nominal. Na ausência da referida lei complementar, a Carta Política determinou ainda que fossem mantidas as regras transitórias

²⁹ Constituição. Art. 198 (...) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º; II - os 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 respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;

III - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;

IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

³⁰ Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; (

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto 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, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e

III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto 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. (ADCT)



vigentes até 2004 (art. 77, §4º, do ADCT)³¹.

3.1.5 Polêmicas Durante a Vigência da EC nº 29, de 2000

24. Não obstante os dispositivos da EC nº 29, de 2000, serem autoaplicáveis, desde logo ficou evidenciada a necessidade de haver esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar a perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da lei complementar prevista pela referida Emenda.

25. Diante dessa constatação, surgiram iniciativas no sentido de homogeneizar as interpretações da EC nº 29, de 2000³². Todas elas, porém, mostraram-se insuficientes, uma vez que somente lei complementar teria o condão de efetivamente regular a matéria, submetendo todos os entes federados ao seu cumprimento.

26. No âmbito federal, surgiram basicamente duas polêmicas envolvendo a interpretação do mínimo a ser aplicado em saúde, segundo as regras transitórias do art. 77 do ADCT: (a) o alcance da expressão ações e serviços públicos de saúde e (b) a apuração da base de cálculo a ser considerada.

27. Na esfera federal, as LDOs passaram a desempenhar o papel da lei complementar já no ano de 2001³³. Segundo o modelo

³¹ Art. 77 (...) §4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo (ADCT).

³² A primeira delas, originada logo após a promulgação da Emenda, veio da Comissão de Seguridade Social e Família, que divulgou documento intitulado "Orientações quanto à participação da União, Estados e Municípios nos gastos com Saúde". Posteriormente, a partir da formação de grupo de discussão técnica com a participação de diversos segmentos da sociedade, foi elaborado documento denominado "Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29", que serviu de base para a aprovação da Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, que apontou diretrizes para a aplicação da EC nº 29/2000.

³³ Lei nº 10.266, de 2001 (LDO para 2002): Art. 46. A proposta orçamentária incluirá os recursos necessários ao atendimento: II - da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento ao



CÂMARA DOS DEPUTADOS

adotado, as ações e serviços públicos de saúde compreendiam “a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza”, orientação que perdurou até 2011³⁴.

27.1 Percebe-se que a definição não obedecia à lógica da classificação funcional ou programática da despesa, mas tão-somente à institucional; ou seja, não levava em conta o objeto ou a natureza do gasto, mas apenas o órgão executor da ação. Dessa forma, bastava que a despesa integrasse a programação do Ministério da Saúde para que, em tese, fosse computada no piso de aplicação.

27.2 Ao longo dos anos, essa precariedade na definição de ações e serviços públicos de saúde ensejou questionamentos acerca das despesas que estavam sendo computadas no piso, sem que representassem efetivamente gastos com saúde³⁵.

disposto na Emenda Constitucional no 29, de 13 de setembro de 2000. § 2º Para efeito do inciso II do caput, considera-se como ações e serviços públicos de saúde a totalidade da dotação do Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida e a parcela das despesas do Ministério financiada com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

³⁴ Lei nº 12.465, de 2011 (LDO para 2012): Art. 48. O Projeto e a Lei Orçamentária de 2012 incluirão os recursos necessários ao atendimento: II - da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, em cumprimento ao disposto na Emenda Constitucional no 29, de 2000. § 1º Para os efeitos do inciso II deste artigo, consideram-se exclusivamente como ações e serviços públicos de saúde a totalidade das dotações do órgão Ministério da Saúde, deduzidos os encargos previdenciários da União, os serviços da dívida, as transferências de renda a famílias e as despesas financiadas com recursos do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, e ressalvada disposição em contrário que vier a ser estabelecida pela lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, da Constituição

³⁵ Bolsa-Família: embora constitua ação de transferência de renda às famílias em situação de extrema pobreza – portanto, de caráter tipicamente assistencial –, parte dos recursos a ela destinados foram alocados no orçamento do Ministério da Saúde e computados no piso de aplicação em saúde. Com isso, cerca de R\$ 3,3 bilhões reservados à saúde acabaram, no período de 2003 a 2005, financiando ação de assistência social. Essa situação foi sanada com a decisão da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização - CMO, no processo orçamentário de 2006, de centralizar no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS toda a dotação destinada à Bolsa-Família; Saneamento em municípios com mais de 30 mil habitantes: a partir de 2004, diversas ações que estavam a cargo da extinta Secretaria de Desenvolvimento Urbano – SEDU, atual Ministério das Cidades, foram transferidas para o Ministério da Saúde. Nessa situação encontram-se todas aquelas do programa Serviços Urbanos de Água e Esgoto, com exceção das voltadas a melhorias sanitárias, abastecimento d’água e coleta e tratamento de esgoto em municípios com população de até 30 mil habitantes, que tradicionalmente já faziam parte da programação da Saúde. Os gastos com essas ações, no período de 2004 a 2006, foram de R\$ 602,1 milhões, podendo o montante ser ainda maior, haja



CÂMARA DOS DEPUTADOS

28. A segunda polêmica foi a questão sobre a base de cálculo do valor mínimo de aplicação. Explica-se: das regras estabelecidas no inciso I do art. 77 do ADCT, a contida na alínea "b", referente ao período de 2001 a 2004, gerou polêmica logo no início da vigência da EC nº 29, de 2000, em função das variadas interpretações para apuração da base de cálculo do valor mínimo a ser aplicado pela União.

28.1 As divergências giraram, fundamentalmente, em torno das expressões "valor apurado" e "variação nominal do Produto interno Bruto (PIB)". No caso, entendia-se:

- ✓ Valor apurado no ano anterior – à época, o governo interpretava a expressão como equivalente a "valor mínimo calculado" para o ano anterior corrigido pela variação do PIB. Partia-se, nessa interpretação, do orçamento empenhado em 1999 acrescido de 5% por cento (mínimo calculado para 2000), aplicando-se, a partir daí, tão-somente a variação nominal do PIB ocorrida ano a ano. Era a chamada interpretação da base fixa. A outra interpretação, defendida pelo Ministério da Saúde e por diversos parlamentares, considerava a referida expressão como tendo o mesmo significado de "valor empenhado no ano anterior". Assim, para o cálculo do valor mínimo a ser aplicado em cada ano considerar-se-ia como base de cálculo o efetivamente gasto (empenhado) no ano anterior e, sobre esse valor, seria acrescida a variação nominal do PIB. Essa interpretação ficou conhecida como base móvel.
- ✓ Variação nominal do Produto interno Bruto - a controvérsia residia sobre a definição do PIB a ser considerado na apuração do valor mínimo: o PIB do ano de execução do orçamento ou o do ano anterior. A polêmica derivava do fato de o PIB de determinado ano somente vir a ser conhecido em meados do ano subsequente. Esse fato levou a Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO) a

vista que na ação genérica saneamento básico para controle de agravos, que atende qualquer município – acima ou abaixo de 30 mil habitantes – foram investidos no mesmo período recursos da ordem de R\$ 403,7 milhões; Farmácia Popular: tendo em vista os medicamentos desse programa serem colocados à disposição da população mediante venda a preços subsidiados, havia entendimento de que não devia integrar o piso da saúde, por ferir os princípios da universalidade e da equidade insculpidos na Constituição. Ademais, seria excludente, na medida em que não atenderia a parcela mais carente da população, a qual, por não dispor de recursos, não teria condições de comprar medicamentos, mesmo a preços baixos. O gasto do Ministério da Saúde com esse programa, no período de 2004 a 2006, foi de R\$ 227,1 milhões; Saúde Suplementar: por não atenderem também aos princípios constitucionais da universalidade e equidade que devem nortear o Sistema Único de Saúde (SUS), os gastos afetos à saúde suplementar computados no piso da saúde tem sido também questionados, visto estarem voltados precipuamente para a regulação das operadoras de planos privados de saúde e suas relações com prestadores e consumidores. O total gasto com essas ações, no período de 2000 a 2006, foi de aproximadamente R\$ 499,8 milhões.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

aprovar, no processo orçamentário de 2001, a tese defendida no Relatório Setorial da Saúde segundo a qual, na apuração do valor mínimo, se deveria aplicar a variação nominal do PIB do ano anterior ao do orçamento, sob o argumento de que, embora se tratando ainda de variação estimada por ocasião da sanção da lei orçamentária, teria a vantagem não apenas de ser mais preciso como também de ter o seu valor final divulgado no decorrer do exercício da execução do orçamento; portanto, em tempo hábil, para as correções que se mostrassem necessárias para cumprimento da determinação constitucional. Porém, para o governo à época, a variação nominal a ser aplicada deveria ser a do PIB do ano de execução do orçamento, por entender que a aplicação mínima deveria acompanhar o crescimento da economia durante o próprio exercício.

28.2 Como se percebe, durante algum tempo foi possível se estabelecer ao menos quatro combinações possíveis para a apuração do mínimo constitucional no âmbito da União:

- (a) base fixa + variação nominal do PIB do ano do orçamento;
- (b) base fixa + variação nominal do PIB do ano anterior ao orçamento;
- (c) base móvel + variação nominal do PIB do ano do orçamento;
- e
- (d) base móvel + variação nominal do PIB do ano anterior ao orçamento.

28.3 Instado a se pronunciar sobre o assunto pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, o Tribunal de Contas da União prolatou a Decisão nº 143, de 2002. Na referida decisão, o TCU entendeu que o valor despendido em um ano incorpora-se à base de cálculo do piso de aplicação do ano subsequente - portanto adotou a base móvel - e, sobre esse valor deveria ser aplicado um multiplicador correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) referente ao mesmo período (variação nominal do PIB do ano anterior), in verbis:

O Tribunal Pleno, diante das razões expostas pelo Relator, DECIDE:

8.1. conhecer da presente consulta por preencher os requisitos de admissibilidade previstos no art. 216 do Regimento Interno;



CÂMARA DOS DEPUTADOS

8.2. responder à Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados que na interpretação da alínea "b" do inciso I do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, com a redação dada pelo art. 7º da Emenda Constitucional nº. 29/2000, deve ser adotado o conceito de "base móvel", ou seja, a expressão "valor apurado no ano anterior" deve ser compreendida como o valor efetivamente empenhado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde, sobre o qual deverá ser adicionada a variação nominal do PIB, para efeito de definição do valor mínimo a ser despendido no exercício subsequente, até o ano de 2004; (grifei)

28.4 A partir do Orçamento de 2004, o Poder Executivo assumiu o compromisso de aplicar a EC nº 29, 2000, à luz da Decisão nº 143, de 2002 – TCU - Plenário, pela qual a base de cálculo deveria ser o "valor efetivamente empenhado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde". Ao mesmo tempo, definiu que o fator de correção seria a "variação nominal do PIB do ano anterior ao da execução do orçamento". Tal compromisso ficou expresso na Mensagem do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva que encaminhou o Projeto de Lei Orçamentária 2004, no tópico referente aos "Gastos Mínimos com Saúde", conforme transcrito a seguir:

"...para a obtenção do valor mínimo contido na PLOA 2004, foi utilizada como base da projeção a estimativa do montante a ser empenhado e liquidado em 2003, equivalente a R\$ 27,2 bilhões, conforme o critério definido pelo Tribunal de Contas da União. Sobre esse valor foi aplicado o fator correspondente à previsão da taxa de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB) Nominal do exercício de 2003 em relação a 2002 (igual a 1,1924). Tal cálculo resulta no valor de R\$ 32,5 bilhões como o mínimo a ser despendido pelo Governo Federal no setor saúde no exercício de 2004, sendo que R\$ 3,4 bilhões referem-se a pagamento de Pessoal e Encargos Sociais dos servidores ativos e R\$ 29,1 bilhões às demais despesas do Ministério, conforme ilustra o quadro abaixo:"(grifei)

28.5 É importante mencionar que a adoção da "base móvel" significou uma vitória para o setor e ensejou a imediata ampliação do cálculo do mínimo constitucional da saúde. Entretanto, a regra de que



CÂMARA DOS DEPUTADOS

toda despesa eventualmente realizada acima do piso mínimo agregava-se permanentemente ao mínimo constitucional e passava a ser corrigida pela variação do PIB levou a administração federal a evitar qualquer despesa nessa situação. Na prática, a regra constitucional que fixou um mínimo de aplicação transformava-se em um teto de gasto.

3.1.6 O Debate da EC nº 29, de 2000, no CNS.

29. Após ampla discussão sobre a operacionalização da EC nº 29, de 2000, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) editou resolução com o intuito de uniformizar em todo o território nacional a aplicação da referida Emenda.

30. Assim, o Plenário do CNS, em sua centésima trigésima Reunião ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 2003, no uso de competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 1990, e pela Lei nº 8.142, de 1990, e conforme estabelecido no art. 77, §3º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT, resolveu aprovar a Resolução nº 322/2003, com diretrizes para aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000.

31. Nesse sentido, a primeira diretriz da Resolução buscou fixar base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde, estabelecendo que a apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o art. 77 do ADCT, dar-se-ia a partir das seguintes bases de cálculo:

“I – Para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

II – Para os Estados:

- Total das receitas de impostos de natureza estadual:



CÂMARA DOS DEPUTADOS

ICMS, IPVA, ITCMD

- (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do FPE

Cota-Parte do IPI – Exportação

Transferências da Lei Complementar nº 87/96 (Lei Kandir)

- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF-

- (+) Outras receitas correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

- (-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:

ICMS (25%),

IPVA (50%),

IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Para os Municípios:

- Total das receitas de impostos municipais:

ISS, IPTU, ITBI

- (+) Receitas de transferências da União:

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar n ° 87/96 (Lei Kandir)

- (+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF

- (+) Receitas de transferências do Estado:

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Quota-Parte do IPI – Exportação

- (+) Outras Receitas Correntes:

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

IV – Para o Distrito Federal:

<i>Base de Cálculo Estadual</i>	<i>Base de Cálculo Municipal</i>
<i>ICMS (75%)</i>	<i>ICMS (25%)</i>
<i>IPVA (50%)</i>	<i>IPVA (50%)</i>
<i>ITCD</i>	<i> IPTU</i>
<i> Simples</i>	<i> ISS</i>
<i> Imposto de Renda Retido na Fonte</i>	<i> ITBI</i>
<i> Quota-parte FPE</i>	<i> Quota-parte FPM</i>
<i> Quota-parte IPI - exportação (75%)</i>	<i> Quota-parte IPI - exportação (25%)</i>
<i> Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)</i>	<i> Quota-parte ITR</i>
<i> Dívida Ativa Tributária de Impostos</i>	<i> Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)</i>
<i> Multas, juros de mora e correção monetária</i>	<i> Dívida Ativa Tributária de Impostos</i>
	<i> Multas, juros de mora e correção monetária”</i>

31.1 Como segunda e terceira diretrizes, a Resolução definiu regras para apuração dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde. Para a União, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, b, do ADCT, deveria ser observado o seguinte: a) a expressão “o valor apurado no ano anterior”, previsto no art. 77, II, b, do ADCT, seria o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior; e b) em cada ano, até 2004, o valor apurado seria corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

31.2 No caso de Estados e Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deveria ser observada a evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação prevista no art. 77, do ADCT. Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 não fosse superior a sete por cento deveriam aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subsequentes.

31.3 Da quinta à sétima diretrizes, o Conselho buscou definir o que seria considerado como "ações e serviços públicos de saúde".

"Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei nº 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I - sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III - sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único - Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

I - vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II - vigilância sanitária;

III - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV - educação para a saúde;

V - saúde do trabalhador;

VI - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- VII - assistência farmacêutica;
- VIII - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX - capacitação de recursos humanos do SUS;
- X - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- XIII - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
- XIV - atenção especial aos portadores de deficiência.
- XV - ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

(...)

Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

- I - pagamento de aposentadorias e pensões;
 - II - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
 - III - merenda escolar;
 - IV - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
 - V - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
 - VI - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
 - VII - ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;
 - VIII - ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.
- (...)."

32. Deve-se mencionar que a Resolução foi objeto de ação direta de inconstitucionalidade (ADI nº 2.999-RJ). Porém, o Pleno do



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Supremo Tribunal Federal, em 13.8.2008, não conheceu da referida ação sob o argumento de que a resolução havia sido expedida com fundamento em regras de competência previstas em complexo normativo infraconstitucional (Leis nº 8.080, de 1990, e nº 8.142, de 1990).

33. De toda sorte, o país ainda carecia da lei complementar prevista na Constituição para conferir o disciplinamento e a uniformidade que a matéria exigia, uma vez que a harmonia de entendimentos pretendida pela citada resolução, embora de grande valia, não teve plena eficácia, em face da falta de consenso entre os entes federados com relação às orientações contidas no citado documento³⁶.

3.1.7 A Lei Complementar nº 141, de 2012: Regulamentação da EC nº 29/2000

34. Após doze anos da promulgação da EC nº 29, de 2000, o país passou finalmente a contar com a regulamentação da Emenda Constitucional da Saúde. A norma manteve, em grande parte, o entendimento constante da Resolução CNS nº 322, de 2003, mas definiu explicitamente o que deve ser considerado como "ações e serviços públicos de saúde".

35. Essa definição legal é fundamental para a aplicação do piso constitucional. Somente a partir dela será possível conferir plena eficácia à EC nº 29, de 2000, e garantir um mínimo de financiamento permanente para o setor. Afinal, o mero estabelecimento de percentuais de aplicação mínima - sem a delimitação do núcleo básico do sistema (o

³⁶ Por conta dessas divergências, havia Estados, por exemplo, que incluíam no orçamento da saúde despesas com pagamento de planos médicos privados para servidores públicos, saneamento, alimentação e assistência social, dentre outras não consideradas como gastos de saúde pela citada Resolução.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

conjunto de ações e serviços públicos de responsabilidade exclusiva do setor saúde) -, não garante a aplicação da EC nº 29, de 2000, uma vez que cada ente federado continuaria podendo realizar despesas naquilo que considerasse saúde.

36. Nesse sentido, pode-se dizer que a LC nº 141, de 2012, introduziu um componente qualitativo na análise do gasto de saúde, com a fixação de regras, diretrizes e condições para identificação de despesas passíveis de serem consideradas como "ações e serviços públicos de saúde", conforme se verifica na Nota Técnica nº 014, de 2012 – CONOF/CD³⁷. Na prática, reduziu a subjetividade que durante anos permeou a definição e, com isso, contribuiu para aproximar as despesas do setor à intenção original do constituinte da EC nº 29, de 2000.

37. Apesar disso, durante a apreciação pelo Congresso Nacional do primeiro orçamento elaborado sob a vigência da citada norma, surgiram as primeiras divergências quanto à interpretação da LC nº 141, de 2012. A Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização (CMO), apontou divergências de interpretação da citada norma em relação às despesas previstas na proposta orçamentária enviada pelo Executivo.

38. Em função dessas divergências, a Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CAS/SF) e a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF/CD) vieram a manifestar formalmente o entendimento de que as despesas divergentes mencionadas no Parecer Preliminar não deveriam ser computadas no piso constitucional da saúde.

39. O entendimento das comissões temáticas das duas Casas do

³⁷ <http://www2.camara.gov.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Legislativo já foi acolhido e ratificado, praticamente em sua totalidade, pelo Plenário da CMO e do Congresso Nacional, durante a apreciação da peça orçamentária para 2013. Resta, entretanto, o posicionamento do Tribunal de Contas da União sobre a matéria, que se encontra submetida aquele órgão sob a forma de consulta realizada pela CSSF/CD³⁸.

40. Por fim, a Lei Complementar também se mostrou presente no que tange à regulamentação do não cumprimento do mínimo em saúde. Definiu que os entes que descumprirem o valor mínimo previsto para gasto em ações e serviços públicos de saúde de um exercício deverão compensar esta diferença no ano seguinte, sem que a diferença entre na contabilidade do valor gasto no ano (art. 25 da Lc nº 141, De 2012)³⁹.

41. Não obstante o avanço implementado, a norma deixou de atender aos apelos advindos da sociedade no sentido de aumentar a participação da União no financiamento da saúde. De fato, manteve a previsão de que o valor a ser aplicado em um exercício tomasse por base o "montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior" (base móvel), acrescida da "variação nominal do Produto Interno Bruto do ano anterior" (cf. art. 5º da citada LC) e ainda determinou que o "valor empenhado no exercício financeiro anterior" fosse "apurado nos termos da Lei Complementar" (cf. art. 5º da LC nº 141, de 2012).

42. Portanto, a LC nº 141, de 2012 incorporou a regra provisória estabelecida pelo constituinte (art. 77 do ADCT) e frustrou as expectativas que se criaram em torno de maiores recursos para o setor.

³⁸ Consulta numerada junto ao TCU sob o código: TC nº 046.061/2012-6.

³⁹ Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.



3.2 Subvenção Estatal e Subfinanciamento da Saúde.

1. Entende-se por financiamento as diferentes modalidades de provimento dos recursos para o setor de saúde. Podem-se identificar duas modalidades básicas de financiamento⁴⁰: aporte de recursos públicos ou privados. Existem, porém, inúmeras combinações entre os provimentos de recursos financeiros e a segmentação de serviços, viabilizadas a partir dessas duas modalidades básicas de financiamento.
2. Consideram-se, em geral, duas as principais formas de arrecadar os recursos públicos para o financiamento das atividades de saúde: (a) através da implantação de seguro obrigatório ou de contribuição compulsória a ser administrada ou regulada pelo Estado; (b) através dos recursos resultantes das atividades arrecadatórias realizadas pelo Estado. Vale dizer que nesse último caso, o resultado da arrecadação de determinado recurso fiscal poderá ser vinculado especificadamente, por mecanismos legais, a determinada área ou serviço.
3. A modalidade privada desdobra-se em duas formas principais: (a) os seguros voluntários, geralmente contratados juntos às empresas que atuam no mercado de assistência médica à saúde, seja como seguradoras propriamente ditas⁴¹, seja oferecendo variados tipos de planos de pré-pagamento⁴²; (b) desembolso direto, ou seja, o pagamento direto pelo usuário para a instituição e/ou profissional pelos serviços prestados.
4. Sob a forma de transferência direta ou indireta de recursos

⁴⁰ Extraído de ELIAS, Paulo Eduardo. Estrutura e Organização da Atenção à Saúde no Brasil. In.: **Saúde no Brasil: serviços e organização de serviços**. Org. COHN, Amélia. São Paulo: Editora Cortez, 1996, p.57.

⁴¹ Basicamente reembolsando os gastos efetuados segundo as previsões contratuais.

⁴² O pagamento de certa quantia, geralmente mensal, dá acesso a determinada oferta de serviços estipulada através de contrato entre as partes.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

públicos para o setor privado, existem no Brasil as mais diversas modalidades. Tratam-se das **subvenções** de diversos tipos oferecidas **pelo Estado ao setor privado**, abrangendo desde a transferência pura e simples de recursos financeiros até a utilização de mecanismos mais sutis, tais como a renúncia fiscal, seja por meio da isenção do pagamento, do todo ou de parte, de impostos, contribuições etc., seja ainda por meio do abatimento dos gastos com saúde no cálculo do Imposto de Renda das Pessoas Físicas.

5. Vale mencionar que os dois tipos de subvenções são bastante disseminados, o primeiro não se limitando apenas ao setor privado não lucrativo, mas alcançando também grandes empresas de medicina de grupo.

6. A CESaúde não conseguiu avançar, satisfatoriamente, no item sobre as subvenções estatais e subfinanciamento, por isso deve **recomendar** o aprofundamento da questão. Todavia, ela contou com a presença de especialistas sobre o tema, que trouxeram alguns dados, tais como:

6.1 Prof. Áquilas Mendes - audiência pública do dia 15 de maio de 2013:

- ✓ Estimou a renúncia fiscal na saúde (benefícios tributários para despesas médicas de pessoas físicas e de empresas, para entidades de assistência social e para a indústria farmacêutica) para 2013, em R\$ 24 bilhões. Em 2011 foi de R\$ 13,4 bilhões.
- ✓ Destacou que os planos e seguros de saúde movimentaram mais de R\$ 84 bilhões em 2011, orçamento maior que o Ministério da Saúde destina ao SUS. Mas os planos atendem apenas 25% da população.
- ✓ Arrematou: "O cidadão brasileiro, quando usa o serviço privado, pega o recibo e, na hora de declarar o imposto de renda, desconta do seu imposto. Então, há uma perversidade. Na realidade, o Estado deixa de arrecadar e está ajudando o cidadão a usar o privado."



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- ✓ Apresentou várias propostas de sustentabilidade econômica, dentre as quais, (a) defender a ruptura da lógica da política econômica restritiva (1990/2000), buscando a defesa de mecanismos para garantir uma proteção social (direitos sociais) mais forte; (b) perseguir a meta de aplicar, no mínimo, 8,3% do PIB em saúde pública, garantindo a universalidade; (c) fim das isenções de IRPJ das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários; (d) extinção, no curto prazo, da dedução no IRPF com despesas médicas; (e) estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejudicar a capacidade do gasto do Estado; (f) regulamentar o Imposto sobre as Grandes Fortunas como fonte para a Seguridade Social; (g) defender que a União aplique em ações e serviços de saúde, no mínimo, 10% da Receita Corrente Bruta. (SAÚDE +10!); (h) para a Seguridade Social, continuar a defesa de rejeição da DRU; (i) ampliar a alíquota da CSLL para instituições financeiras (atual 9% para 18%); (j) aprofundar mecanismos de tributação para a esfera financeira (com o fim da CPMF e o alargamento da esfera financeira) – criar um IGMF – movimentação superior a R\$ 2 milhões; (k) tributar lucros remetidos ao exterior por parte de multinacionais (bancos e empresas) – legislação atual isentos.

6.2 Por sua vez, em atendimento ao Requerimento nº 14, de 2013, da CESaúde endereçado ao Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), este endereçou alguns textos, entre os quais, o Documento nº 4b desta Comissão, sob o título “Financiamento do sistema de saúde do Brasil”, da Coordenação de Estudos e Políticas de Saúde⁴³, que assinala em resumo:

6.3 A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2013 uma renúncia de arrecadação federal de quase R\$ 21 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde. Contudo, esse número pode estar subestimado. Em 2010, por exemplo, a renúncia de arrecadação foi de R\$ 16,1 bilhões e o valor estimado era de aproximadamente R\$ 12,3 bilhões.

⁴³ Elaborado por Luciana Mendes Santos Servo e Edvaldo Batista Sá, servidores do IPEA.



Renúncia Fiscal - Saúde

Ano	Estimativa PLOA	Efetivo
2013	R\$20.916.644.873	
2012	R\$19.851.607.880	
2011	R\$13.500.748.169	R\$18.019.033.259*
2010	R\$12.332.431.782	R\$16.097.579.389
2009	R\$12.559.602.512	R\$14.377.586.168
2008	R\$8.903.632.069	R\$14.557.799.811
2007	R\$7.739.903.308	R\$12.943.300.247

Fonte: SRF. * Projeção

6.4 Como pode ser visto na figura abaixo, uma grande parcela da renúncia fiscal do governo federal deve-se a **benefícios concedidos por meio do Imposto de Renda (IR)**⁴⁴. As pessoas jurídicas e as despesas físicas podem **deduzir as despesas com saúde da base de cálculo desse imposto**. O gasto tributário nessas duas modalidades para o ano de 2010 foi algo em torno de R\$ 2,6 e R\$ 7,8 bilhões respectivamente, totalizando R\$ 10,4 bilhões. Um montante significativo de recursos quando comparado ao gasto direto com ações e serviços públicos de saúde, isto é, o gasto SUS, que foi de aproximadamente R\$ 139 bilhões para esse ano. Vale lembrar que enquanto o gasto SUS beneficia toda a população brasileira, aproximadamente 191 milhões de pessoas em 2010, estes recursos beneficiaram apenas os declarantes e seus dependentes.

⁴⁴ Esclarece os autores do texto: a renúncia fiscal relacionada a pagamentos feitos diretamente pelos indivíduos aos prestadores de serviços de saúde ou para pagamento de planos e seguros de saúde não tem a mesma natureza das isenções concedidas para medicamentos e para entidades sem fins lucrativos (filantrópicas). A princípio pode-se pensar que os hospitais filantrópicos, por sua obrigatoriedade de atender o SUS, têm um perfil de oferta de serviços e de cobertura populacional mais equitativo. Contudo, seria necessário fazer um estudo sobre os benefícios sociais líquidos dessas isenções (volume de benefícios tributários, perfil da população beneficiada e estimativa dos impactos sociais).



Renúncia x Gasto

Renúncia 2010 (R\$ mi)

Modalidade	Tributo	Valor
Desp. Saúde PF	IRPF	7.806
Desp. Saúde PJ	IRPJ	2.580
Subtotal		10.386
ESFL	IRPJ CSLL COFINS	2.098
Medicamentos	PIS COFINS	2.844
Prod. Químicos e Farmacêuticos	PIS COFINS	770
Total		16.098

Gasto Público 2010

- PAB-Var: R\$5,9 bi
- PAB-Fixo: R\$3,7 bi
- AB: R\$9,6 bi

- Gasto SUS: R\$139 bi

6.5 A comparação é mais expressiva quando são considerados alguns programas específicos. O gasto tributário via IRPF foi superior em quase R\$ 1,9 bilhão ao gasto em 2010 com o Piso da Atenção Básica Variável (PAB-V), que financia a estratégia Saúde da Família e foi de aproximadamente R\$ 5,9 bilhões, e em mais de R\$ 4 bilhões ao gasto com o Piso de Atenção Básica Fixo (PAB-F), que foi de R\$ 3,7 bilhões.

6.6 Os dados apresentados referem-se apenas a tributos arrecadados pelo governo federal e não incluem diversas isenções tributárias importantes como a **isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) que atinge todos os medicamentos** e as **isenções previdenciárias concedidas às entidades sem fins lucrativos (ESFL)**.

6.7 A SRF estima que a renúncia previdenciária com todas as ESFL seja de R\$ 8,9 bilhões em 2013.

6.8 A saúde suplementar também se beneficia quando o SUS atende a pacientes que são usuários de planos e seguros de saúde de dois modos: (a) quando não há ressarcimento; e (b) quando há



CÂMARA DOS DEPUTADOS

ressarcimento usando Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP)⁴⁵. Explica-se: de acordo com o último Caderno de Informação de Ressarcimento e Integração com o SUS⁴⁶, entre setembro de 1999 e junho de 2006 foram identificados 992.110 atendimentos hospitalares do SUS prestados aos beneficiários de planos e seguros de saúde. O valor desses atendimentos superou R\$ 1,4 bilhão. Contudo, quase 73% dos atendimentos identificados tiveram o pedido de ressarcimento impugnado pelas operadoras. Assim, quando da elaboração do Caderno, apenas 473.540 atendimentos, no valor de aproximadamente R\$ 652 milhões, eram passíveis de ressarcimento e apenas 76.675, no valor de R\$ 97,3 milhões, tinham sido efetivamente ressarcidos. Os demais estavam pendentes de decisões administrativas ou judiciais.

7. Todos os dados colhidos pela CESaúde e, especialmente, a extração de significados deles não são suficientes para legitimar uma ação de maior tensionamento sobre o assunto, uma vez que tais aspectos parecem ser ainda fluídos para os representantes da sociedade. Ilustre-se o exemplo da audiência pública do dia 23 de abril de 2013, na fala da Presidente do Conselho Nacional de Saúde (CNS), Sra. Maria do Socorro Souza, a saber:

“A nossa discussão vai também no sentido da revisão e da redução da renúncia fiscal. Temos que fazer um debate sobre os gargalos cada vez mais enfrentados pelo financiamento para a saúde; senão, a sociedade não fica muito convencida. Então, o Conselho Nacional de Saúde está colocando a necessidade de revisão e redução da renúncia fiscal vinculada a toda a área da saúde. Nós sabemos que isso também compromete o orçamento em mais de 20 bilhões de reais.

Também nesse sentido, há uma discussão que sempre polariza e

⁴⁵ Esclarece, novamente, os autores: como os valores estabelecidos na TUNEP não podem ser superiores à média dos valores praticados na Saúde Suplementar, pode ser vantajoso financeiramente para as operadoras usarem os serviços SUS.

⁴⁶ Caderno de Informação da DIDES/GGSUS/Agência Nacional de Saúde Suplementar. [N] 1 (julho de 2009). Rio de Janeiro: ANS, 2009.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

tenciona investir mais recursos na atenção básica, na média ou na alta complexidade. O que nós estamos colocando também — nós temos consciência — é que todas as necessidades, em todos os níveis de atenção, precisam de mais investimentos. É óbvio que nós estabelecemos prioridades do ponto de vista da atenção básica, mas não dá para tirar mais recursos da atenção básica e deslocar para outros níveis de atenção. Todos eles necessitam de maiores investimentos. Está aí toda uma dívida acumulada das Santas Casas que nós sabemos que têm um papel importante e que, nesse sentido, boa parte do déficit está na média e na alta complexidades". (grifos inovados).

7.1 Assim é que o Presidente da Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul, Júlio Dornelles de Matos, naquela mesma ocasião, referiu que as Santas Casas e os hospitais filantrópicos:

- ✓ Operam com mais de 2 mil hospitais no Brasil, com um total de 170 mil leitos, dos quais 126 mil (74%) acessíveis ao SUS;
- ✓ São responsáveis por 480 mil empregos diretos, por 160 milhões de consultas ambulatoriais para o SUS e 7,5 milhões de internações hospitalares, das quais 4,9 milhões (66%) para o SUS.
- ✓ Destacou que 56% dos hospitais filantrópicos estão localizados em cidades com até 30 mil habitantes onde, normalmente, as alternativas de assistência são reduzidas. Em mais de 1.000 municípios são os únicos a oferecerem leitos ao SUS.
- ✓ Reivindicou 100% de reajuste nas tabelas do SUS, informando que para cada R\$ 100 de custos, o SUS remunera apenas R\$ 65, representando um déficit médio de 53,8% entre custo e receita. Os maiores problemas estariam localizados na assistência de média complexidade, onde as diferenças entre o pago e o efetivamente gasto, em alguns casos, superam os 200%.
- ✓ Em 2011, o custo dos serviços prestados ao SUS foi de R\$ 14,7 bilhões, enquanto as receitas provenientes do SUS foram de R\$ 9,6 bilhões, conduzindo a um déficit de R\$ 5,1 bilhões. Deste total estão descontados cerca de R\$ 2,1 bilhões que as instituições usufruíram em isenções, sem os quais o déficit atingiria R\$ 7,2 bilhões.
- ✓ Estimou que a dívida total do setor filantrópico em 2013 alcançará cerca de R\$ 15 bilhões.

7.2 Portanto, na esfera dos trabalhos da CESAúde, o tema sobre



CÂMARA DOS DEPUTADOS

a subvenção estatal no setor privado de saúde **não restou apaziguado**. Reflexo da multiplicidade ideológica e do pluralismo político partidário da Comissão, enquanto microespaço da democracia da Câmara dos Deputados.

7.3 Se por um lado, os elementos que buscam impedir a transferência, ora direta ora indireta, de recursos de todos e do gasto social para o setor privado de saúde caminham para direção uma mudança constitucional, visando à integração dos sistemas públicos e privado de saúde – alterando o art. 199 da Constituição e art. 21 da Lei nº 8.080, de 1990. Pelo outro lado, a atual conjuntura indica que as filantrópicas, beneficentes e entidades sem fins lucrativos **desempenham um papel público** diante da lacuna do SUS.

7.4 Ademais, apesar da previsão no roteiro inicial, a CESAúde não conseguiu realizar uma audiência sobre as Organizações Sociais (OS), que hoje são partes do SUS. Mesmo no tema das filantrópicas e entidades sem fins lucrativos não conseguiu abordar a ação das entidades as quais se credenciam como “OSs”, que cobram taxa de gestão sobre verbas SUS e implantaram a “segunda porta”, por meio da cessão de determinada porcentagem de leitos e serviços a pacientes de planos privados.

8. De qualquer modo, ainda que o tema das subvenções estatais no setor saúde careça de aprofundamento, alguns pontos restaram caracterizados como **pontos consensuais**:

- ✓ Observa-se que predominam nas propostas ofertadas de fontes para o SUS a incidência sobre a renda e o patrimônio, como por exemplo, a tributação sobre grandes fortunas e grandes movimentações financeiras, ou ainda sobre a remessa de lucros ao exterior. E naquelas hipóteses de incidência da tributação sobre o consumo, se devem criar mecanismos de exoneração tributária para os contribuintes da classe média e baixa.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- ✓ Imperativo aperfeiçoamento na sistemática do ressarcimento presumido e do ressarcimento por procedimento, ambos devidos pelas seguradoras e operadoras privadas de plano de saúde ao SUS.
- ✓ Considerar que a extinção ou minoração do abatimento do IR das despesas médicas devem vir acompanhadas, necessariamente, de melhoria de qualidade e do atendimento do serviço público de saúde.

9. Este relatório propugna pela **continuidade dos trabalhos no tocante a esse tema**, em face do encerramento dos trabalhos desta Comissão. Sugere-se a construção de outra Comissão Especial que teria como diretriz tratar do tema específico da relação público e privado no âmbito do SUS, de modo a aprofundar o debate sobre a extinção e, em alguns casos a redução, da subvenção ao setor privado lucrativo, uma vez que essas subvenções governamentais são **regressivas**. Os casos de redução ocorreriam naquelas situações de predomínio da produção privada, em que haja uma ampla cobertura de serviços à população. Nesta hipótese, a redução se faz acompanhar, necessariamente, da presença de aparelhos públicos e estatais de atendimento à saúde. À proporção que o SUS assume o seu lugar, a subvenção é reduzida.

9.1 O **tema abrange também**, evidentemente, a questão dos **mecanismos de ressarcimento do SUS**. Estes não são casos de exoneração tributária, mas podem ser argumentados como custos para as empresas de plano e seguro de saúde. Todavia, exsurge um problema nesse argumento. O ressarcimento ao SUS por procedimento já é previsto em lei e aplicado, de modo que a arguição do argumento apenas demonstrará que a ineficiência, retardos e pouca produção de efeitos jurídico do art. 32 da Lei dos Planos de Saúde é mecanismo de obtenção de indevida lucratividade, via abuso do direito.

10. Igualmente, ainda que não seja matéria específica de tributação, a compensação financeira (**royalties**) como fonte para o



CÂMARA DOS DEPUTADOS

setor social, notadamente vinculadas ao tema saúde e educação, é premente e constante nos debates.

10.1 Sabe-se que a Câmara dos Deputados aprovou o parecer do relator, deputado André Figueiredo (PDT-CE), ao Projeto de Lei nº 323, de 2007, e manteve o texto da Casa em detrimento daquele aprovado pelos senadores. Hoje, **trata-se da Lei nº 12.858, de 2013.**

10.2 De acordo com a redação da lei, 75% do dinheiro conseguido pela União, estados e municípios com o petróleo serão investidos na educação; **e 25% irão para a saúde.** No caso da União, serão usados os recursos obtidos por meio de qualquer tipo de contrato (concessão, partilha ou cessão onerosa) **já existente e referente a poços que entrem em operação comercial após 3 de dezembro de 2012.**

10.3 Isso abrangeria vários contratos atuais de blocos de exploração que ainda não chegaram a essa fase, quando o poço começa a produção em escala comercial.

10.4 Quanto aos **estados e municípios**, os recursos para esses setores serão os conseguidos com os contratos assinados a partir daquela data (3 de dezembro de 2012).

10.5 A polêmica maior que amplia ou reduz a base de financiamento da saúde relacionada aos royalties diz respeito ao Fundo Social. No caso, o governo defendia a aplicação obrigatória de 50% dos **rendimentos** do fundo em saúde e educação. Entretanto, vários Parlamentares, de diversos partidos, votaram no sentido de que a metade das **verbas totais do fundo** seja investida em educação, até que se cumpra a meta do Plano Nacional de Educação (PNE), e em saúde. Neste último caso, como determinar o regulamento.



3.3 Um Novo Financiamento da União Para o SUS, por quê?

1. Para que se possa compreender a proposta de novo financiamento da União para o sistema de saúde pública, ofertada por este relatório, torna-se importante tecer algumas considerações iniciais, a saber: (a) como foi a evolução dos gastos em saúde a partir da EC nº 29, de 2000? (b) qual a participação do gasto federal per capita no SUS? (c) qual a participação federal em percentuais da receita e do PIB? E finalmente (d) uma breve comparação entre a razão gasto com Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) e Produto Interno Bruto (PIB) com Estados estrangeiros.

3.3.1 Evolução dos Gastos no SUS

2. Restringe-se a presente análise da evolução dos gastos com ASPS entre os anos de 2000 a 2011. Explica-se: com o advento da Lei Complementar nº 141, de 2012, que disciplinou as despesas a serem consideradas como “ações e serviços públicos de saúde - ASPS”, a base de gastos federais de 2012 precisará ser alterada para atender as novas regras. Dessa forma, a fim de manter compatibilidade entre os dados federais, estaduais e municipais, já declarados, a análise deverá abarcar o referido período.

3. A Emenda Constitucional da Saúde entrou em vigência em 2000, momento em que **a União ainda respondia por quase 60% dos recursos totais do setor**. Desde então, a participação federal viria **decrecendo**⁴⁷, até **alcançar cerca de 45% em 2011**.

4. Conforme demonstra a Nota Técnica nº 12, de 2013 –

⁴⁷ Piola, Sérgio Francisco. Artigo “Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde”, que serviu de base para a publicação “A Saúde no Brasil em 2013 Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro para 2030”, Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012. Corresponde a trecho do documento 4d recebido por esta Comissão do IPEA.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

CONOF/CD⁴⁸, em que pese o crescimento nominal das despesas federais verificado entre 2000 e 2011, percebe-se a redução da participação relativa da União ao longo do período, consoante tabela abaixo. No ano de 2000, a União respondia por aproximadamente **58,6% do gasto público**; contudo, essa participação foi reduzida, chegando a **43,4%, em 2008**, e **45,4%, em 2011**. Por sua vez, a participação dos demais entes federados aumentou, de 20,2% para 25,7%, no caso de Estados, e de 21,2% para 28,8%, no caso de Municípios, entre 2000 e 2011⁴⁹.

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

Em R\$ bilhão correntes

Entes Federados	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010		2011	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%	R\$	%
União	20,4	58,6	22,5	54,6	24,7	52,1	27,2	50,1	32,7	49,3	36,5	47,7	40,7	46,7	44,3	45,8	48,7	43,4	58,3	46,6	62,0	44,7	72,3	45,4
Estados	7,0	20,2	9,4	22,9	10,8	22,6	13,3	24,5	17,3	26,0	19,7	25,7	23,0	26,3	26,0	26,9	31,0	27,6	32,3	25,8	37,3	26,9	40,9	25,7
Municípios	7,4	21,2	9,3	22,6	12,0	25,3	13,8	25,4	16,4	24,7	20,3	26,5	23,6	27,0	26,4	27,3	32,6	29,0	34,5	27,6	39,3	28,4	45,9	28,8
Gasto Público Total	34,7	100	41,2	100	47,5	100	54,3	100	66,4	100	76,4	100	87,3	100	96,7	100	112,2	100	125,1	100	138,5	100	159,2	100

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. OBS: (1) Dados de Estados e Municípios: foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços efetuada pela equipe do Siops; (2) Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Dados preliminares, ainda sujeitos a revisão com análise de balanço; (3) Dados da União: foram extraídos do SIAFI, Esfera Seguridade Social, Órgão Ministério da Saúde, segundo interpretação anterior à Lei Complementar nº 141, de 2012.

5. Em se considerando os valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA⁵⁰, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a participação dos entes federados em ASPS seria a constante da Tabela abaixo.

48 Publicada pela Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados e intitulada "Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com cobertura universal". Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasilOutrosPasesV.Prel..pdf>. Acesso em 30/07/2013.

49 Segundo estudo referido na nota nº 47, entre o ano 2000 a 2011 a participação dos estados passou de 18,5% para 25,7%, enquanto a dos municípios foi de 21,7% para 29,6%.

50 O IPCA/IBGE verifica as variações dos custos com os gastos das pessoas que ganham de um a quarenta salários mínimos nas regiões metropolitanas de Belém, Belo Horizonte, Brasília, Curitiba, Fortaleza, Porto Alegre, Recife, Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo e município de Goiânia. O Sistema Nacional de Preços ao Consumidor - SNIPC efetua a produção contínua e sistemática de índices de preços ao consumidor, tendo como unidade de coleta estabelecimentos comerciais e de prestação de serviços, concessionária de serviços públicos e domicílios (para levantamento de aluguel e condomínio).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde

(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Em R\$ bilhões

Entes Federados	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
União	41,3	42,7	43,3	41,5	46,9	48,9	52,4	55,0	57,2	65,3	66,1	72,3
Estados	14,2	17,9	18,8	20,3	24,7	26,4	29,6	32,2	36,4	36,1	39,7	40,9
Municípios	15,0	17,7	21,1	21,0	23,5	27,2	30,3	32,8	38,3	38,7	41,9	45,9
Gasto Público Total	70,5	78,2	83,3	82,9	95,1	102,5	112,3	120,1	131,8	140,1	147,7	159,2

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. **Elaboração:** Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados

6. Portanto, verifica-se que, não obstante a despesa federal com saúde haver aumentado em termos reais entre 2000 e 2011 (preços constantes de 2011), **somente a partir de 2004 passou a haver efetivamente um incremento significativo**. Conforme mencionado anteriormente, esse aumento pode ser parcialmente explicado pela adoção da chamada metodologia da “base móvel” para cálculo do mínimo constitucional, a partir do orçamento federal de 2004.

7. É ainda importante mencionar que a EC nº 29, de 2000, fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, de forma que aqueles que estivessem aplicando percentuais inferiores aos previstos na emenda constitucional (12% para Estados e 15% para Municípios)⁵¹ pudessem elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004. Porém, mesmo tendo por base os gastos de 2004, verifica-se que os entes subnacionais financiaram 60,2% desse acréscimo, com aportes adicionais, sobretudo, dos municípios, cujo montante aplicado em 2011 praticamente dobrou em relação a 2004, saindo de R\$ 23,5 bilhões para 45,9 bilhões, conforme Tabela a seguir.

⁵¹ Conforme art. 77, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Participação dos Entes Federados em ASPS entre 2004 e 2011

(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Em R\$ bilhões

Entes Federados	2004		2011		Acréscimo de 2011 em relação a 2004	
	R\$	%	R\$	%	R\$	%
União	46,9	49,3%	72,3	45,4%	25,5	39,9%
Estados	24,7	26,0%	40,9	25,7%	16,2	25,3%
Municípios	23,5	24,7%	45,9	28,8%	22,4	35,0%
Gasto Público Total	48,3	50,7%	86,9	54,6%	38,6	60,2%
	95,1	100%	159,2	100%	64,1	100%

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais (http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Set/28/Despesa_total_saude.pdf), acessado em março de 2013, e União: SIAFI 2000-2011. **Elaboração:** Núcleo da Saúde da Conof/Câmara dos Deputados.

8. Percebe-se, portanto, que **houve ampliação real de gastos federais em saúde ao longo dos anos**. Entretanto, **proporcionalmente** à participação dos entes subnacionais, a participação federal no financiamento do Sistema Único de Saúde **foi relativamente reduzida**.

8.1 Se for considerado o período 2000 a 2011⁵², os estados e municípios mais que triplicaram o volume de recursos destinados para a saúde, passando de R\$ 28 bilhões para R\$ 89 bilhões, o que correspondeu a um incremento de R\$ 61 bilhões (sendo R\$ 28 bilhões referentes ao incremento estadual e R\$ 32 bilhões, ao municipal).

8.2 Nesse mesmo período, a União aumentou o gasto em ações e serviços públicos de saúde em R\$ 31 bilhões, que correspondeu a um aumento de 75% em relação a 2000. **Esse valor incremental é muito próximo ao observado em cada uma das outras duas esferas de governo**, totalizando um aumento da ordem de R\$ 92,7 bilhões.

8.3 Assim, **dois terços do aumento dos recursos** para ASPS após a promulgação da EC nº 29 foram **provenientes das receitas**

⁵² A partir daqui segue transcrição do já mencionado documento 4d desta CESaúde, sob o título “Financiamento Público da Saúde – uma história a procura de rumo”, Texto para Discussão 1846 – IPEA.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

próprias de estados e municípios, enquanto um terço foi proveniente dos recursos injetados pela União.

Extraído de IPEA texto para discussão nº 1846

Gasto com ações e serviços públicos em saúde (ASPS): total e por esfera de governo (2000-2011)

(Em R\$ bilhões de 2011 deflacionados pela média anual do IPCA¹)

Ano	Federal	(%)	Estadual	(%)	Municipal	(%)	Total	(%)
2000	41,31	59,8	12,82	18,5	14,96	21,7	69,09	100,0
2001	42,70	56,1	15,71	20,7	17,65	23,2	76,07	100,0
2002	43,34	52,8	17,66	21,5	21,08	25,7	82,07	100,0
2003	41,51	51,1	18,67	23,0	21,02	25,9	81,20	100,0
2004	46,85	50,2	22,96	24,6	23,51	25,2	93,33	100,0
2005	49,80	49,7	23,11	23,1	27,19	27,2	100,10	100,0
2006	52,44	48,4	25,48	23,5	30,37	28,0	108,28	100,0
2007	55,01	47,5	28,02	24,2	32,81	28,3	115,84	100,0
2008	57,18	44,2	32,81	25,4	39,24	30,4	129,23	100,0
2009	65,27	45,8	36,13	25,4	40,98	28,8	142,38	100,0
2010	66,08	44,1	39,74	26,5	44,08	29,4	149,90	100,0
2011	72,33	44,7	41,50	25,7	47,94	29,6	161,77	100,0

Fontes: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento (SPO)/MS (esfera federal) e SIOPS (esferas estadual e municipal, extraídos em 27 de novembro de 2012).

Nota: ¹ Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA).

Obs.: 1. O gasto federal ASPS está de acordo com a definição das LDOs, que considera os gastos totais do MS, excetuando-se as despesas com inativos e pensionistas, juros e amortizações de dívida, bem como as despesas financiadas pelo Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza.

2. Vale lembrar que a SPO, para o cálculo do gasto federal ASPS, considera os valores executados na Unidade Orçamentária (UO) 74202 – recursos sob supervisão da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) até 2007. A partir de 2008, a SPO começou a excluir esta UO do cômputo de gasto em ASPS.

3. O gasto estadual ASPS foi extraído de *Notas técnicas* produzidas pelo SIOPS com a análise dos balanços estaduais. Foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços estaduais efetuada pela equipe do SIOPS, em conformidade com as diretrizes da Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 322/2003 e EC nº 29/2000. Em 2009 e 2010, foram utilizados os dados dos 27 estados que transmitiram ao SIOPS (posição 27 de novembro de 2012). Em 2011, foram utilizadas as 26 Unidades da Federação (UFs) que transmitiram até dia 27 de novembro de 2012. Em relação a Alagoas, que ainda não havia transmitido até esta data, atualizou-se a informação de 2010 com base no crescimento anual médio observado nos últimos dois anos. Aguardou-se a análise de balanço pela equipe do SIOPS dos respectivos anos para a atualização final deste gasto.

4. O gasto municipal ASPS foi extraído da base do SIOPS em 27 de novembro 2012. Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, cujo percentual corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2011. Em 2000, 96% transmitiram os dados ao SIOPS e em 2011 este percentual foi de 98%.

8.4 Pode-se adotar a mesma conclusão exposta no documento “4d” desta Comissão, acima transcrito:” (...) afirma-se que a aprovação da EC nº 29 teve impactos diferenciados em cada ente da federação e foi bem-sucedida na busca do objetivo de atender ao princípio constitucional da descentralização, ampliando a participação de estados e municípios no financiamento das ações e serviços de saúde”.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

3.3.2 Participação Federal Per Capita no Financiamento da Saúde.

9. A forma de a União participar do financiamento da saúde fica mais evidente na análise dos valores per capita das despesas públicas do setor. Elucida a tabela abaixo:

Despesa Per Capita com Ações e Serviços Públicos de Saúde.

(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Entes Federados	Per capita do Exercício											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Federal	248,70	247,70	248,16	234,70	258,02	265,60	280,72	298,88	301,56	340,81	346,44	375,99
Estados	85,57	103,81	107,92	115,00	136,29	143,13	158,31	175,22	191,93	188,68	208,34	212,85
Municípios	90,07	102,40	120,68	118,86	129,47	147,66	162,35	178,33	201,79	202,03	219,58	238,72
Total	424,33	453,91	476,77	468,56	523,78	556,40	601,38	652,43	695,28	731,52	774,36	827,56

9.1 Na Tabela seguinte são apresentadas os valores per capita despendidos pelos entes federados, deflacionados pela média anual do IPCA para 2011. Conforme se verifica, **a União passa de R\$ 248,70, em 2000, para R\$ 375,99, em 2011, o que representa aumento de 51,2%**. No mesmo período, os Estados passam de R\$ 85,57 para R\$ 212,85, com aumento de 148,8%; e os Municípios, de R\$ 90,07 para R\$ 238,72, com acréscimo de 165,0%. Portanto, em valores constantes, o gasto per capita em saúde dos entes subnacionais subiu no período, em termos percentuais, o triplo do acréscimo experimentado pela esfera federal.

Varição da Participação Per Capita dos Entes Federados em ASPS .

(Valores deflacionados pela média anual do IPCA para 2011)

Ente Federado	Per capita do Exercício de 2000	Per capita do Exercício de 2004		Per capita do Exercício de 2011	
	R\$ ⁽¹⁾	R\$ ⁽¹⁾	Varição em Relação ao Exercício de 2000	R\$ ⁽²⁾	Varição em relação ao Exercício de 2000
União	248,70	258,02	3,7%	375,99	51,2%
Estados	85,57	136,29	59,3%	212,85	148,8%
Municípios	90,07	129,47	43,8%	238,72	165,0%
Total	424,33	523,78	23,4%	827,56	95,0%

Fonte: Siops/MS, consulta em abril/2013 (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html>)
 Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados. OBS: (1) valores deflacionados pela média anual do Índice Nacional de Preços ao Consumidor para 2011 e divididos pela população. (2) Valores divididos pela população.



9.2 Observa-se que, **entre 2000 e 2003, a União não ampliou os gastos per capita**. Durante esse período, conforme já mencionado, a EC nº 29/2000 fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, tendo como prazo limite o exercício financeiro de 2004. Dessa forma, **até 2003, o aumento dos gastos públicos em saúde se deu fundamentalmente pela participação dos entes subnacionais**, que precisaram atender ao mandamento constitucional.

3.3.3 A Participação Federal em Percentual da Receita e do PIB

10. A participação federal no setor saúde é percebida ainda em termos de comprometimento das Receitas Correntes e do Produto Interno Bruto (PIB).

11. **Em 2000, o gasto da União com saúde equivalia a 14% da Receita Corrente Líquida (RCL) – ou a 8% da Receita Corrente Bruta (RCB)**. Esses percentuais de comprometimento, porém, jamais foram alcançados nos anos subsequentes. Conforme dados constantes da Tabela abaixo, a União chegou a aplicar menos de 12% da RCL nos exercícios de 2006 a 2008, e menos de 7% da RCB nos exercícios de 2005 a 2008.

12. No que tange à aplicação em saúde em termos de percentuais do PIB, verifica-se que, com exceção dos exercícios financeiros de 2009 e 2011, que atingiram, respectivamente, 1,80% e 1,75%, os demais exercícios ficaram aquém dos 1,73% alcançados em 2000 e 2001.



Participação Federal em Percentual da RCB, RCL e do PIB do Exercício

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% da RCB	8,06%	7,77%	7,21%	7,07%	7,26%	6,92%	6,98%	6,72%	6,45%	7,51%	6,96%	7,03%
% da RCL	14,02%	13,40%	12,25%	12,08%	12,37%	12,04%	11,82%	11,46%	11,36%	13,33%	12,40%	12,95%
% do PIB (ano corrente)	1,73%	1,73%	1,67%	1,60%	1,68%	1,70%	1,72%	1,66%	1,61%	1,80%	1,64%	1,75%

Fonte: RCB e RCL: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/component/content/article/49-contabilidade-publica/603-relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria>; PIB: <http://www.bcb.gov.br/?INDECO>. Dados acessados em 15/05/2013. Despesas com ações e serviços públicos de saúde: Siops/MS, (<http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/texto/7059/909/Indicadores.html>). Dados acessados em abril/2013. **Legenda:** RCB - Receita Corrente Bruta; RCL - Receita Corrente Líquida. **Elaboração:** Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

3.3.4. Breve Comparativo entre a Relação Gasto Saúde/PIB com Outros Países

13. A tradicional comparação entre a porcentagem do Produto Interno Bruto (PIB) com gasto no setor saúde entre países por si só não demonstra que o Brasil esteja equidistante da média de gastos mundiais em saúde.

Segundo dados do Banco Mundial, em 2011, o dispêndio global em saúde (público e privado), em termos percentuais do PIB, foi de 9,3% na Inglaterra, 9,4% na Espanha, 11,2% no Canadá e 9,0% na Austrália. No Brasil, que adota cobertura universal, à semelhança dos países citados, esse percentual foi de 8,9%⁵³.

14. Veja-se que os dados apresentados no Relatório "Estatísticas Sanitárias Mundiais 2013", da OMS, são relevantes para o Brasil⁵⁴:

- ✓ O gasto total em saúde como porcentagem do PIB no ano 2000 (ano da publicação da EC 29) era de 7,2%. Passados **10 (dez) anos, o gasto com saúde, em 2010, alcançou 9% do PIB.**

⁵³ Financiamento da Saúde: Comparação do Brasil com Países de Cobertura Universal. Nota Técnica nº 012, de 2013 – CONOF/CD.

⁵⁴ Selecionou-se uma amostra de países da planilha fornecida no capítulo 7 do mencionado relatório. Vide Anexo V. Disponível na integralidade em http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2013_Full.pdf



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- ✓ Igualmente o **gasto privado em saúde** como porcentagem do gasto total com saúde **foi reduzido** em 1 (uma) década de 59,7% no ano 2000 para 53% em 2010. Nada obstante, ainda é um custo elevado ao considerar o princípio da cobertura universal e integral do SUS insculpido no Texto constitucional.
- ✓ Nessa esteira, o **gasto público em saúde** como porcentagem do gasto total com saúde **subiu** de 40,3% (ano 2000) para 47% (ano 2010). Por isso que o **gasto público em saúde como % do gasto total dos governos** também **aumentou**, pois partiu do patamar de 4,1% (ano 2000) para alcançar 10,7% (ano 2010).

14.1 Verifica-se que considerando o ano 2010, em média, o Brasil acompanha a proporção gasto com saúde versus PIB junto a países como Austrália (9%), Espanha (9,6%), Itália (9,5%), Japão (9,2%), Noruega (9,3%), Reino Unido (9,6%), Suécia (9,6%).

14.2 Aliás, nessa proporção gasto com saúde versus PIB o Brasil aplica um pouco mais do que Argentina (8,3%), Chile (7,4%), México (6,3%), Coreia (7,1%) e Uruguai (8,1%)⁵⁵.

14.3 A rigor, considerando os países e o período selecionados, o Brasil ficou atrás (de modo mais significativo) da Alemanha (11,5%), Canadá (11,4%), Cuba (10,2%), EUA (17,6%), Portugal (10,7%) e Suíça (10,9%).

Estado	Gasto total em Saúde como % do PIB.		Gasto Público em Saúde como % do Gasto em Saúde.		Gasto Privado em Saúde como % do Gasto em Saúde.		Gasto Público em Saúde como % do Gasto Total dos Governos.	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
<i>Brasil</i>	7,2	9,0	40,3	47,0	59,7	53,0	4,1	10,7
Alemanha	10,4	11,5	79,5	76,8	20,5	23,2	18,3	18,5
Argentina	9,2	8,3	53,9	64,4	46,1	35,6	14,7	17,7
Austrália	8,1	9,0	66,8	68,5	33,2	31,5	15,1	16,8

⁵⁵ Considerando igual período (ano 2010).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Canadá	8,8	11,4	70,4	71,1	29,6	28,9	15,1	18,3
Chile	7,7	7,4	43,7	47,2	56,3	52,8	14,1	15,8
Cuba	6,1	10,2	90,8	95,2	9,2	4,8	10,8	13,9
Espanha	7,2	9,6	71,6	74,2	28,4	25,8	13,2	15,4
EUA	13,4	17,6	43,2	48,2	56,8	51,8	17,1	19,9
Itália	8,0	9,5	72,5	77,6	27,5	22,4	12,7	14,7
Japão	7,6	9,2	80,8	80,3	19,2	19,7	16,2	18,2
México	5,1	6,3	46,6	49,0	53,4	51,0	16,6	12,1
Noruega	8,4	9,3	82,5	85,5	17,4	14,5	16,4	17,7
Paraguai	9,4	9,6	39,9	34,4	60,1	65,6	17,7	17,3
Portugal	9,3	10,7	66,6	65,8	33,4	34,2	14,9	13,8
Reino Unido e Irlanda do Norte	7,0	9,6	78,8	83,2	21,2	16,8	15,1	15,9
República da Coreia	4,5	7,1	48,6	58,2	51,4	41,8	9,7	13,7
Suécia	8,2	9,6	84,9	81,0	15,1	19,0	12,6	14,8
Suíça	9,9	10,9	55,4	65,2	44,6	34,8	15,4	21,0
Uruguai	11,2	8,1	54,6	65,3	45,4	34,7	22,8	18,8

Estatísticas Sanitárias Mundiais – 2013 OMS

15. Ao comparar a estimativa do Ministério da Saúde com a apresentada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), percebe-se uma grande diferença entre o Brasil e os outros países que têm sistema de saúde universal. A diferença não está no volume total de recursos aplicados em saúde, **mas na participação dos recursos públicos neste total.**

15.1 O mesmo recorte do Relatório OMS – Estatísticas Mundiais 2013 que produziu a tabela anterior fornece a informação de que a



CÂMARA DOS DEPUTADOS

maioria dos países que o Brasil acompanha a média da porcentagem “gasto com saúde versus PIB” aplicou mais do que 70% (setenta por cento) como parcela de gasto público, a saber: Alemanha (76,8%), Argentina (64,4%), Austrália (68,5%), Canadá (71,1%), Cuba (95,2%), Espanha (74,2%), Itália (77,6%), Japão (80,3%), Noruega (85,5%), Portugal (66,6%), Reino Unido e Irlanda do Norte (83,2%), Suécia (81,0%)⁵⁶.

15.2 Ou, como nos diz a aludida Nota Técnica nº 12 – CONOF/CD “Em 2011 (...) a participação do setor público nos gastos totais foi de 45,7%, o que significa dizer que 54,3% dos gastos foram financiados pela instância privada. (...) Portanto, o gasto público no país é baixo para se considerar que o sistema efetivamente ofereça cobertura universal e atendimento integral”.

15.3 De fato, ao se observar a Tabela anterior vê-se que o gasto privado em saúde no Brasil é aproximado ao de países como Chile (52,8%), EUA (51,8%), México (51%) e Paraguai (65,6%).

16. De qualquer modo, tendo em vista a estreita correlação positiva entre PIB e os gastos de saúde, a abordagem só faz algum sentido quando **o nível de renda também é semelhante**. Caso contrário, o financiamento da saúde não resta de todo claro que seja suficiente ou insuficiente.

16.1 A título ilustrativo, capture-se o Paraguai da listagem de países da tabela, pois ele é o que apresenta o menor percentual de renda per capita⁵⁷. Nota-se que no ano 2010 a relação “gasto com saúde PIB” do Paraguai (9,6%) **foi igual** ao da Espanha, Suécia e Reino Unido. Além disso, tal percentual **foi superior** ao do Brasil (9%),

⁵⁶ Considerando o ano 2010.

⁵⁷ PIB/2012 \$25,50 milhões e PIB/per capita 2012 \$3.290. Dados Banco Mundial. Vide: http://datos.bancomundial.org/pais/paraguay#cp_wdi



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Argentina (8,3%), Austrália (9%), Chile (7,4%), Itália (9,5%), Japão (9,2%), México (6,3%), Noruega (9,3%), República da Coreia (7,1%) e Uruguai (8,1%).

16.2 Portanto, resulta imprescindível recordar que é importante **não cair no engano da comparação das cifras agregadas**, uma vez que nem os modelos de sistemas de saúde dos países são plenamente comparáveis nem a cobertura das ações e serviços de saúde corresponde ao mesmo custo e grau de eficiência do gasto⁵⁸.

3.4 Um Novo Financiamento da União para o SUS, quanto e qual a qualidade do gasto?

17. Determinar o montante necessário para o devido financiamento do SUS é um desafio que requer conhecer a demanda por saúde que não é atendida – e, assim, reprimida – por falta de recursos. No entanto, para alcançar esse objetivo é necessário estimar com relativa precisão as necessidades em saúde de cada brasileiro ou, alternativamente, por exemplo, dos habitantes de um município.

18. Essa é uma tarefa de árdua consecução, pois as informações a serem incorporadas a qualquer modelo econométrico, independentemente de sua escolha, são insuficientes ou escassas. Há também **algumas particularidades** na área da Economia da Saúde, por exemplo, o fato de a própria oferta induzir demanda, a imprevisibilidade temporal das necessidades em saúde, a assimetria de informação entre pacientes e profissionais de saúde e a fragilidade emocional que acomete pacientes e os impede de tomar decisões racionais. Além disso, pode-se supor, em última análise, que as

⁵⁸ De alguma forma, não se deve apenas considerar o que se gasta de modo abstrato em cifras, mas o que se compra e o que se obtém com esse gasto.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

demandas em saúde são praticamente ilimitadas.

19. Por causa dessa dificuldade, estudiosos e sanitaristas elaboram projeções da demanda por recursos financeiros que utilizam parâmetros e padrões já conhecidos de consumo das ações e serviços de saúde. As estimativas mais conhecidas e utilizadas são elaboradas pelo médico sanitarista Gilson Carvalho, que é doutor em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e tem ampla experiência em todas as esferas de gestão do SUS. Ele já foi, exaustivamente, citado neste relatório e esteve presente na CESaúde.

20. Suas estimativas do déficit de financiamento do SUS referentes a 2010, ano em que o SUS custou nominalmente quase R\$ 139 bilhões, variam de acordo com os padrões desejados para a saúde pública brasileira, conforme mostra a Tabela abaixo.

Estimativas do Déficit de Financiamento do SUS em 2010

Parâmetro	Em R\$ bilhões	
		Déficit estimado
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos planos de saúde		160
Aplicando-se a média mundial de investimento de 5,5% do PIB na saúde pública		60
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos países de maior renda		604
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos países da Europa		297
Aplicando-se o valor <i>per capita</i> praticado pelos países das Américas		287
Elaboração: Dr. Gilson Carvalho, adaptado de http://www.idisa.org.br/site/documento_7462_0_2012---27---616---domingueira---financiamento-206.htm		

21. O Ministério da Saúde tem realizado estudos experimentais que utilizam o **Índice de Desempenho do Sistema Único de Saúde (IDSUS)** – índice que varia de zero a dez e estima a qualidade do SUS nos entes federativos – como parâmetro para a determinação do déficit de financiamento do SUS⁵⁹.

21.1 A ideia do método é analisar a relação entre os gastos

⁵⁹ Vide detalhamento mais adiante.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

municipais per capita em saúde e os respectivos valores calculados para o IDSUS municipal e para os componentes desse índice – notas para a eficiência no gasto, o acesso à atenção básica etc.

21.2 Dessa forma, **são estimados valores médios de gasto municipal per capita em saúde para grupos de municípios que têm similaridades entre si e que têm valores do IDSUS próximos**. Esses valores de gastos municipais per capita calculados são extrapolados para a população brasileira, de forma que é possível obter uma estimativa do déficit do SUS para alguns valores do IDSUS.

22. Atualmente, **o valor médio do IDSUS para o Brasil é igual a 5,44**. Se o objetivo da sociedade brasileira fosse que o SUS melhorasse seus serviços ao ponto de **obter um valor de IDSUS igual a 7**, com a eficiência do gasto público considerada mediana, **a estimativa do déficit do financiamento do SUS em 2012 estaria em torno de R\$ 56 bilhões**. Quando se desejam hipoteticamente valores maiores do IDSUS para a saúde pública, o déficit estimado é ainda maior.

23. As estimativas per capita constantes da anteriormente formulada Tabela e as que usam o IDSUS mostram, portanto, que quanto maior a exigência de qualidade para o SUS, maior é o déficit do financiamento. Tal merece uma explicação mais a detalhado.

3.4.1 O IDSUS e o Financiamento Necessário para o SUS: Metodologia e Cenários⁶⁰

24. Como já explicitado, o IDSUS **avalia o SUS que atende o residente em cada município brasileiro**, buscando medir se o SUS

⁶⁰ Teses articuladas com o trabalho elaborado pelo servidor do Ministério da Saúde e especialista na área de saúde, Afonso Teixeira dos Reis, gentilmente cedido pelo órgão para auxiliar os trabalhos desta CESaúde.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

cumpra seus objetivos de universalidade do acesso, integralidade da atenção, regionalização e hierarquização – nos municípios, regiões, estados e no Brasil.

24.1 O IDSUS avalia tanto a atenção básica e especializada existentes no município, quanto os atendimentos especializados encaminhados para outros municípios. Mede as dificuldades do acesso e os resultados da atenção à saúde, segundo as melhores respostas esperadas (efetividade).

24.2 O IDSUS é composto por 24 indicadores, que avaliam acesso e efetividade nos níveis de atenção básica, especializada ambulatorial e hospitalar e de urgência e emergência.

24.3 A nota de 0 a 10 dá a distância aproximada entre o SUS que temos e um SUS melhor e viável.

25. Como o IDSUS mede a atenção aos residentes em cada município, realizada tanto no próprio município quanto em qualquer outro município do país, o cálculo do gasto SUS, para essa atenção aos residentes em cada município, deve incluir todo o gasto com força de trabalho, insumos e manutenção para a produção de procedimentos (atendimentos, consultas, exames, tratamentos, internações, medicamentos, etc.)

1. Na atenção básica
2. Na atenção ambulatorial e hospitalar especializada realizada no próprio município
3. Na atenção ambulatorial e hospitalar especializada, aos residentes de um município, realizada em outros municípios do país.

25.1 Partindo desse pressuposto foram calculados os gastos totais do SUS com os residentes de cada município, envolvendo os gastos dos municípios, estados e União, somando-se os seguintes itens:

1. Transferências do FNS:



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- a) Transferências para a atenção básica: PAB Fixo, Assistência Farmacêutica Básica, Farmácia Popular (pública), Saúde não tem preço (farmácia comercial), Fitoterapia
 - b) Vigilância à Saúde – Teto Fixo
 - c) Recursos para Gestão, Investimentos para a atenção básica recebidos pelo município
 - d) Recursos para Gestão, Investimentos e Vigilância em Saúde para a atenção MAC distribuídos proporcionalmente a produção SIA e SIH, realizada no município e depois distribuídos proporcionalmente ao valor recebido por residente do SIA e SIH (do próprio município ou de referência).
2. Gasto Total (calculado a partir das horas trabalhadas registradas no CNES) com Força de Trabalho - FT na Atenção Básica descontado todas as transferências variáveis do FNS para atenção básica
 3. Gastos Totais (calculado a partir das horas trabalhadas registradas no CNES) SUS com a Força de Trabalho pública e especializada (ambulatorial e hospitalar), para os residentes de cada município, englobando todos os municípios onde foi realizada a atenção (no município de residência e nos municípios para os quais foram encaminhados para a atenção especializada)
 4. Valores recebidos pela produção do SIA e SIH, realizada para os residentes de cada município, em: Média complexidade ambulatorial total (BPA) e hospitalar (SIH), Alta complexidade ambulatorial (APAC) e hospitalar (SIH);
 5. Acréscimo de gastos para cada município (manutenção, insumos e outras despesas) dado pela proporção do Subtotal de gastos em cada município em relação ao Subtotal de gastos Brasil (item 1 a 4 acima) multiplicado pela diferença entre o Subtotal Brasil e o Total da Despesa Brasil (calculado com dados SIOPS e Orçamento do MS, em 2012).
- 25.2 A partir desses passos, chegou-se ao total estimado que o SUS gasta com os residentes de cada município, considerando toda a atenção básica realizada no próprio município, assim como a atenção especializada realizada no próprio município ou em outros municípios brasileiros.

Cenários de financiamento necessário para um SUS melhor

26. **Cenário 1:** Regra de 3 - Gastos SUS: IDSUS Brasil = 5,44
X IDSUS Brasil = 10
- 26.1 Se para os gastos das 3 esferas de gestão com o SUS, em



CÂMARA DOS DEPUTADOS

2012, o IDSUS Brasil (média do IDSUS em cada município ponderada pela respectiva população) foi de 5,44; quanto seria o gasto para que o IDSUS Brasil fosse 10.

Tabela 1

Ano 2012	IDSUS 5, 44	IDSUS 10
PIB (bilhões R\$)	4.402,54	
Despesa total das três esferas de governo (bilhões R\$)	168,74	310,19
% PIB	3,8%	7,0%
	Acréscimo (bilhões R\$)	141,45
	% Acréscimo	83,8%

26.2 Estimativa de 310,19 bilhões de reais toma por base o desempenho médio do SUS em cada município brasileiro, considerando tanto o gasto do SUS mais eficiente (menor gasto e maior nota do IDSUS) quanto o SUS menos eficiente (maior gasto e menor nota do IDSUS).

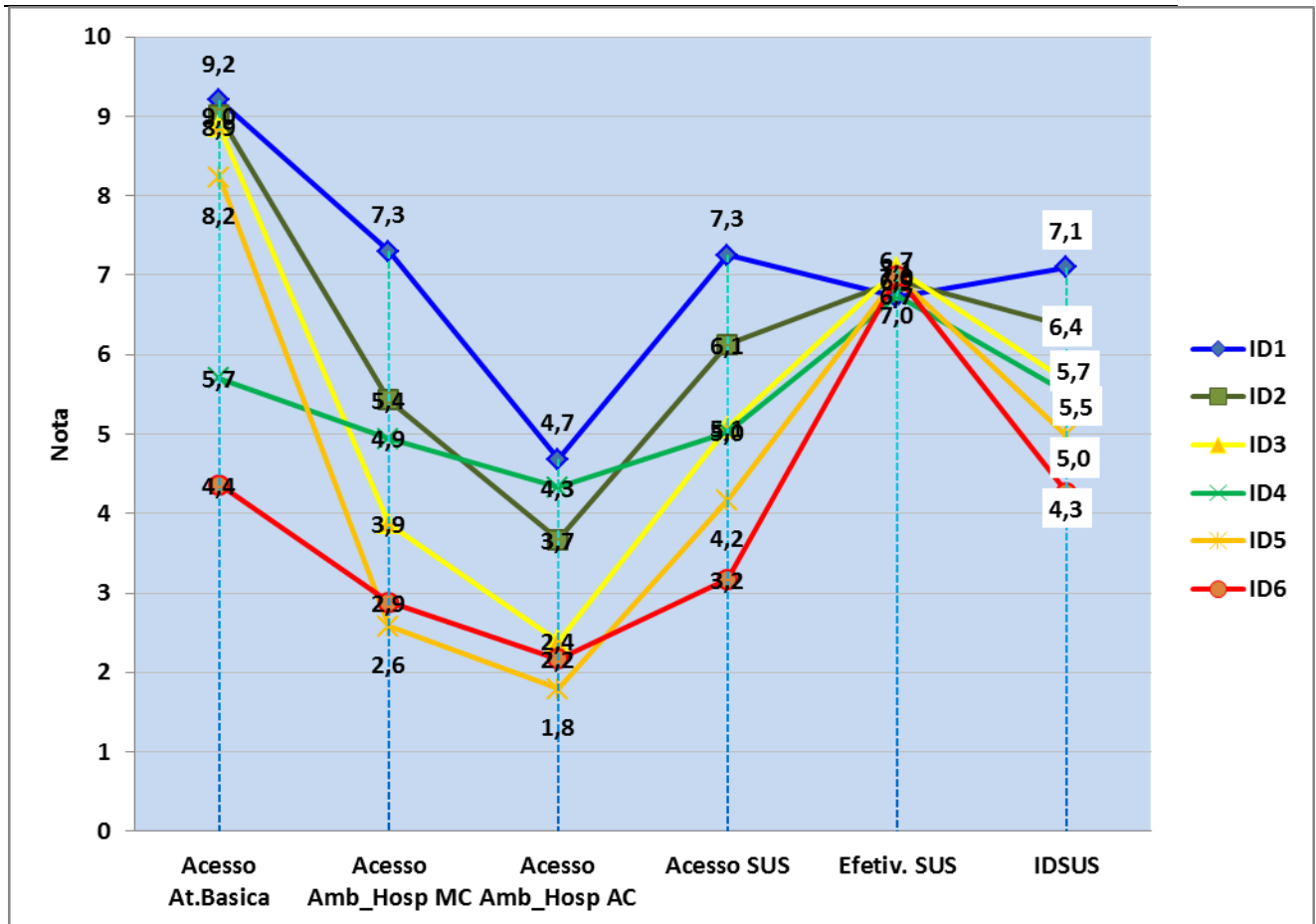
26.3 Mas há que considerar que 310 bilhões não é um valor longe da realidade. Em 2012 o SUS gastou (as três esferas de governo) algo em torno de 170 bilhões de reais, que daria para atender bem, aproximadamente 55% da população brasileira (O IDSUS de 5,5 dá essa medida aproximada). O gasto na Saúde Suplementar (planos privados de saúde) foi algo em torno de 100 bilhões de reais, para atender por volta de 25% da população brasileira. Estes dois gastos somaram 270 bilhões. Sobraria 20% da população sem atenção que, na proporção dos gastos e do IDSUS de 5,4, necessitaria algo em torno de 34 bilhões de reais. A soma desses três (3) gastos daria 304 bilhões de reais, muito próximo dos 310 bilhões projetados.

27. **Cenário 2:** Regra de 3 - Gastos SUS: IDSUS semelhantes de grupos de municípios $X \text{ IDSUS Brasil} = 10 \text{ ou } =9, \text{ ou } =8, \text{ ou } =7$

Gráfico 1 - Cluster de municípios por resultados IDSUS e seus Índices



CÂMARA DOS DEPUTADOS



27.1 O gráfico 1 acima apresenta a análise por cluster dos 5.565 municípios brasileiros quanto aos indicadores compostos que resultam no IDSUS. No eixo Y está a escala de 0 a 10 das notas desses índices. No eixo X, da esquerda para direita, estão índices de acesso por nível de atenção, os índices de acesso e efetividade total e o IDSUS.

27.2 As linhas ID1 a ID6 caracterizaram os clusters de municípios quanto ao desempenho em cada um dos indicadores compostos (notas médias do cluster em negrito) e do IDSUS (notas médias nos retângulos brancos).

27.3 A linha azul (ID1) representa o cluster de municípios na melhor posição e a vermelha (ID6) o cluster na pior situação. As demais representam as situações intermediárias, em ordem decrescente (ID2 a



ID5).

27.4 Ao observar o gráfico 1, pode-se ver que os grupos 1,2,3 e 5 têm bom acesso na atenção básica, o ID4 acesso médio e ID6 com baixo acesso. Já no acesso na média complexidade ambulatorial e hospitalar, em melhor situação está apenas o ID1, ficando em posição média ID2 e ID4 e com baixo acesso ID3, ID5 e ID6.

27.5 Quanto ao acesso na alta complexidade ambulatorial e hospitalar, todos estão abaixo de 5, ficando em torno da média 4,2 os grupos 1,2 e 4 e em torno da média 2,1 os grupos 4,5 e 6.

27.6 Quanto à efetividade total, a média dos clusters se mostrou muito homogênea, em torno da nota 7.

27.7 Cada um dos grupos pode ser analisado segundo seus pontos positivos e negativos, em suas semelhanças e diferenças e o que deve ser priorizado.

27.8 Uma visão complementar a esse gráfico é dada pela tabela 2 que mostra que a maioria dos municípios das regiões Norte e Nordeste está nos grupos ID5 e ID6, com as menores médias de IDSUS. Nesses grupos vivem 31,7% da população brasileira. Notável está o ID3 que embora tenha média do IDSUS ligeiramente maior que o ID4, tem maior percentual de população exclusivamente SUS.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Tabela 2- Distribuição dos municípios, população total e exclusivamente SUS, por região brasileira e por clusters de municípios segundo IDSUS 2011

Região Br	ID1	ID2	ID3	ID4	ID5	ID6	Brasil
N	2	13	115	5	161	153	449
NE	14	112	779	50	716	123	1.794
CO		21	203	11	195	36	466
SE	282	499	360	346	77	104	1.668
S	330	473	105	230	10	40	1.188
Brasil	628	1.118	1.562	642	1.159	456	5.565
Pop 2012	7.946.681	19.017.221	24.473.282	80.967.318	21.922.027	39.650.001	193.976.530
% pop Br	4,1%	9,8%	12,6%	41,7%	11,3%	20,4%	100,0%
% pop Excl. SUS	83,0%	85,0%	92,8%	65,6%	95,0%	76,0%	77,1%
IDSUS médio	7,1	6,36	5,66	5,52	4,98	4,27	5,44

27.9 Partindo desse agrupamento do "SUS que atende os residentes de cada município" e pareando com o Gasto estimado do SUS com os residentes de cada município, foi possível separar o SUS mais eficiente do menos eficiente. É o que mostra a tabela 3.

Tabela 3 - Gasto per capita, em 2012 e projeções de gastos para IDSUS de 10, 9, 8 e 7, por grupos homogêneos segundo os resultados do IDSUS

Grupo Homogêneo p/ resultado do IDSUS	ID6	ID5	ID4	ID3	ID2	ID1
IDSUS médio obtido	4,27	4,98	5,52	5,66	6,36	7,1
População 2012 (milhões)	39,65	21,92	80,97	24,47	19,02	7,95
Gasto Total (bilhões R\$) do SUS p/ Res. Munic em 2012	33,53	15,25	74,62	20,21	17,21	7,93
Per capita gasto 2012 (R\$)	845,73	695,83	921,58	825,68	904,77	997,37
Per capita para IDSUS 10 (R\$)	1.980,63	1.397,24	1.669,53	1.458,80	1.422,59	1.404,74
Total estimado (bilhões R\$) p/ IDSUS 10	384,20	271,03	323,85	282,97	275,95	272,49
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 10	8,7%	6,1%	7,3%	6,4%	6,3%	6,2%
Per capita para IDSUS 9 (R\$)	1.782,57	1.257,52	1.502,58	1.312,92	1.280,33	1.264,27
Total estimado (bilhões R\$) p/ IDSUS 9	345,78	243,93	291,46	254,67	248,35	245,24
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 9	7,8%	5,5%	6,6%	5,8%	5,6%	5,6%
Per capita para IDSUS 8 (R\$)	1.584,50	1.117,79	1.335,62	1.167,04	1.138,07	1.123,80
Total estimado (bilhões R\$) p/ IDSUS 8	307,36	216,83	259,08	226,38	220,76	217,99
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 8	7,0%	4,9%	5,9%	5,1%	5,0%	4,9%
Per capita para IDSUS 8 (R\$)	1.386,44	978,07	1.168,67	1.021,16	995,81	983,32
Total estimado (bilhões R\$) p/ IDSUS 7	268,94	189,72	226,69	198,08	193,16	190,74
Percentual do PIB 2012 p/ IDSUS 7	6,1%	4,3%	5,1%	4,5%	4,4%	4,3%

27.10 A tabela 3 mostra que o grupo ID1 que teve as melhores



CÂMARA DOS DEPUTADOS

notas, também foi o mais eficiente, gastando em torno de 997 reais per capita para um IDSUS de 7,1. A projeção dos gastos segundo este grupo para o IDSUS Brasil igual 10 seria algo em torno de 272 bilhões de reais. Para um IDSUS Brasil de 9 seria de 245 bilhões de reais, para um IDSUS Brasil 8 Seria de 217 Bilhões e para um IDSUS Brasil de 7 seria de 190 bilhões de reais.

27.10 A análise de cluster dos resultados do IDSUS mostra que o SUS nos municípios tem notas desiguais de acesso na atenção básica, de média e alta complexidade, o que pode distorcer as projeções dos gastos realizados a partir do IDSUS, que é resultante desses índices de acesso ponderados diferentemente. Uma forma de contornar esse viés seria considerar um grupo de SUS nos municípios que tem notas médias nos índices que compõem o IDSUS. E o grupo 4, é exatamente assim, tem notas em torno de 5 em todos os índices do IDSUS. Portanto, a projeção de seus gastos pode dar uma aproximação de um desempenho médio e também de uma eficiência média nos gastos. A projeção dos gastos segundo este grupo para o IDSUS Brasil igual 10 seria algo em torno de 320 bilhões de reais, valor próximo da projeção do cenário 1 de 310 bilhões, reforçando a tese que essa seria uma projeção para uma eficiência média, onde se mistura o SUS mais eficiente com o menos eficiente.

28. Algumas considerações ressaltam importantes:

- ✓ Parece não haver dúvidas que há necessidade de aumentar o financiamento para um SUS melhor.
- ✓ Numa medida da correlação entre os resultados do IDSUS no SUS em cada município e os gastos estimados do SUS com os residentes de cada município brasileiro, verificou-se uma associação positiva de 46%, significando que para cerca da metade dos casos, na medida em que se aumentam os gastos melhora a nota do IDSUS. Pode-se explicar que essa associação não é maior exatamente pela grande variação da eficiência dos gastos, pois existem aqueles que gastam muito e não tem boa nota. Por outro lado o tamanho dos municípios também influencia, pois



CÂMARA DOS DEPUTADOS

o SUS que atende os municípios pequenos, em geral, gastam menos, pois um boa atenção básica (que gasta menos) resolve a maioria dos problemas e a demanda por atenção especializada(mais cara), par uma pequena população, também é menor.

- ✓ Se em 2012, o SUS gastou em torno de 170 bilhões, não seria razoável dobrar esse gasto de um ano para o outro, pois entre outras coisas, não haveria estrutura suficiente para produção de serviços de saúde custeados por tal quantia.
- ✓ Assim, parece mais razoável planejar um aumento gradativo do financiamento, que se adeque ao crescimento da economia brasileira.
- ✓ Portanto, seria um bom começo planejarmos um acréscimo de algo em torno de 40 bilhões visando um desempenho e eficiência média, a saber, um IDSUS Brasil 7 ou IDSUS Brasil de 8, na hipótese de um melhor desempenho e eficiência.

3.5 Um Novo Financiamento da União para o SUS: Mudança no Método de Definição do Piso Federal em ASPS.

3.5.1 O Problema da Atual Metodologia: A Catraca e o Piso que virou Teto

29. Entre outras alterações, a EC nº 29, de 2000, acresceu um § 3º ao art. 198 da Lei Magna que estabeleceu que lei complementar, a ser reavaliada pelo menos a cada cinco anos, **dispusesse sobre os valores mínimos a serem aplicados em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) pelos entes federados.**

30. A Lei Complementar nº 141, de 2012, foi **aprovada com esse objetivo** e trouxe inegáveis avanços ao financiamento do SUS, afastando a subjetividade em torno da definição das despesas a serem consideradas como “ações e serviços públicos de saúde” para fins de cômputo do mínimo constitucional, conforme tratado anteriormente.

31. Contudo, é necessário avançar ainda mais na questão do financiamento do SUS pelo governo federal. Cabe lembrar que a saúde integra a seguridade social, cujo orçamento é financiado em sua quase totalidade por recursos de contribuições sociais, as quais são



CÂMARA DOS DEPUTADOS

arrecadadas pelo governo federal. A descentralização desses recursos é feita mediante o repasse aos Fundos de Saúde Municipais, Estaduais e do Distrito Federal e, por assim ser, o aumento da aplicação de verbas federais em saúde amplia a redistribuição de riquezas em nosso país⁶¹.

32. Entretanto, como se verifica na Tabela abaixo, que exhibe a despesa da União por função de governo, a saúde tem crescido em ritmo bastante inferior aos de outras políticas públicas, inclusive como assinalado nos capítulos antecedentes.

Despesas Sociais da União por Função de Governo – 2000 a 2012

Em R\$ bilhões

Ano	Saúde	Previdência Social	Educação	Trabalho	Assistência Social	Saneamento Básico Urbano
2000	20,3	93,4	11,2	8	4,4	0,16
2001	23,6	107,5	11,6	7,4	5,3	0,23
2002	25,4	123,2	13,2	8,5	6,5	0,1
2003	27,2	145,5	14,2	9,5	8,4	0,06
2004	33	165,5	14,5	10,7	13,9	0,08
2005	36,5	188,5	16,2	12,7	15,8	0,09
2006	40,6	213	19,7	16,6	21,6	0,06
2007	45,7	234,4	24,4	19,8	24,7	1,6
2008	50,1	258,6	28,3	22,7	28,9	1,8
2009	58,2	291,1	36,7	29,3	33,3	3
2010	61,9	326,6	48,5	31,5	39,1	1,8
2011	72,2	360	58,5	36,5	45,6	1,7
2012	78,6	399,3	65,4	42,3	56,6	2,6
Variação % 2000-2012	209	224	395	398	771	2500

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária da Secretaria do Tesouro Nacional

33. Os dados evidenciam que, do gasto social do governo federal na última década, a área de saúde foi a que recebeu a menor atenção, enquanto a área de Educação teve uma variação nominal de 395% entre 2002 e 2012; a área de assistência social, impulsionada pelo Programa Bolsa Família, teve uma variação de 771% no mesmo período. Vale enfatizar que os valores do gasto por função saúde de governo incluem despesas que não constam na definição de ASPS da LC nº 141, de 2012, e, por isso, o valor da área de saúde expresso na

⁶¹ Vide capítulo anterior que tratou da questão desses recursos serem considerados, sugestivamente, de transferências obrigatórias, uma vez que somente a União arrecada para a seguridade social.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Tabela acima referente a 2012 é maior que o montante considerado como valor mínimo para aplicação de recursos em saúde.

34. Isso se deve ao fato de a regra transitória prevista na EC nº 29, de 2000, e mantida pela LC nº 141, de 2012, **não haver estabelecido um elo entre a arrecadação federal e as despesas de saúde**, fórmula que trouxe crescimento ao investimento em saúde nos Estados, Municípios e no Distrito Federal.

35. Além disso, o **atual método de apuração do piso de aplicação federal em saúde** (valor empenhado no ano anterior corrigido pelo percentual da variação nominal do PIB ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária) é uma regra que garante estabilidade ao financiamento, mas que **engessa a administração fazendária**, pois **o valor empenhado em um ano vincula os valores dos anos seguintes**.

35.1 De modo simplista, o questionamento da atual metodologia que disciplina o financiamento da União para o SUS é o chamado "**engessamento**" ou "**catraca**". Explica-se: trata-se da conexão obrigatória do financiamento da saúde baseado em um piso vinculado ao ano pretérito. Este será sempre "o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior". Argumenta-se que tal regra desestimula o gestor federal a empenhar recursos para não se ver obrigado (futuramente) a ter um novo piso que poderá não ser factível em dada conjuntura. Isso pode ser ampliado para a criação de novos programas ou ainda investimentos em áreas que estão com específicas demandas sociais, entre outras hipóteses.

35.2 O questionamento se dá porque gestores entendem que isso representa um gasto sempre ascendente. A cada ano o setor saúde gastará mais, porque está vinculado ao que gastou no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. A solução encontrada, então, foi



CÂMARA DOS DEPUTADOS

não gastar ou gastar ao redor de determinados valores, buscando certa estabilidade dos gastos.

36. Portanto, **o atual método** do piso vinculado da saúde para a União **não considera a real capacidade financeira da União** e a **necessidade de gasto em dada conjuntura**, uma vez que a despesa “parte do valor empenhado no exercício anterior corrigida diretamente pela variação do PIB nominal”.

37. Em face disso, por prudência, os órgãos federais de planejamento e gestão financeira receiam aumentar os recursos destinados ao financiamento público da saúde, tendo em vista o cenário econômico moderno ser muito dinâmico e, mesmo as melhores previsões de comportamento da economia, poderem não se realizar. O resultado dessa conjuntura é que o piso estabelecido pela LC nº 141, de 2012, na prática, **se tornou um teto** para realização de despesas federais em saúde.

38. A Proposta da CESaúde visa reparar essa situação, **vinculando o cálculo do piso constitucional da saúde à arrecadação federal**, pois

- ✓ **Finda com o efeito “catraca” ou “engessamento”;**
- ✓ **Aproxima o parâmetro federal ao adotado para Estados e Municípios;**
- ✓ **Aproxima o método de aplicação de recursos no setor saúde à fixada aos outros setores sociais, p. exp., educação.**

38.1 É o que se verá a seguir. Todavia, antes é preciso dialogar com a Proposta Popular dos 10% (dez por cento) da receita corrente bruta da União para o setor saúde.



3.5.2 A Proposta dos 10% da RCB: Aperfeiçoando e Avançando

39. É do conhecimento público que Projeto de Iniciativa Popular busca transferir dez por cento (10%) da receita corrente bruta (RCB) da União para o setor Saúde. Trata-se da **Sugestão nº 89, de 2013**, que tramitou na Comissão de Participação Legislativa (CLP), recebendo admissibilidade e sob a identificação **PLP nº 321, de 2013**⁶².

39.1 A proposta é apoiada pelo chamado "Movimento Saúde+10", que reúne o Conselho Nacional de Saúde, a Ordem dos Advogados do Brasil, a Conferência Nacional dos Bispos do Brasil e várias outras entidades e associações, consoante Anexo VI deste relatório da CESaúde.

39.2 Apura-se da Proposta em tela que ela visa "alterar a determinação do montante mínimo de recursos a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde. O financiamento do setor saúde é uma questão preocupante para todos os países do mundo. As transições demográfica, epidemiológica, nutricional e tecnológica resultaram em aumento acentuado das necessidades de recursos financeiros para prover a atenção à saúde"⁶³. Assim, o projeto dispõe que:

Art. 5º da LC 141/2012. A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, montante igual ou superior 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. (grifou-se).

39.3 Para fornecer dados que demonstrem ganho para o setor

⁶² Nada obstante, também tramitam na Câmara dos Deputados Projetos de Lei similares, tais como os PLPs nºs 132/2012; 226/2012 e 309/2013. É inquestionável a legitimidade de todas as propostas, de modo que a distinção se dá entre a qualificação da participação democrática direta e representativa.

⁶³ Texto extraído da justificativa do Projeto de Iniciativa Popular.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

saúde, diversos sites do “Movimento Saúde + 10” disponibilizam a seguinte Tabela e comentários⁶⁴, a saber:

“(…) A proposta de vinculação de 10% da receita corrente bruta da União, comparada aos gastos do MS com ações e serviços públicos de saúde em 2011 revela diferença de R\$ 27 bilhões em 2010 e R\$30 bilhões em 2011, somente para mencionar anos recentes em que o potencial de gasto de saúde do governo federal continuou subdimensionado (tabela II, abaixo).

A proposta ora apresentada ao Congresso, que reitera tal vinculação à receita corrente bruta, representaria, para o orçamento de R\$ 1,2 trilhão em 2013, um gasto de saúde de R\$ 120 bilhões. Ou seja, cerca de R\$ 40 bilhões adicionais, relativamente ao piso mínimo da Saúde de R\$ 82 bilhões em 2013, se calculado pela variação nominal do PIB. Os mesmos R\$ 40 bilhões perdidos da CPMF ou desonerados da COFINS (dados do MS e da STN).

Assim, pleitear para a Saúde recursos equivalentes a 10% da receita corrente bruta da União abriria para o SUS a possibilidade concreta de recomposição de suas fontes de financiamento, de modo a atender às necessidades de ocupação dos vazios sanitários e de recomposição de valores, pactuadas com os entes federativos e atores sociais. (...)”.

Tabela II GASTOS FEDERAIS (MS) EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS EM SAÚDE: IMPACTOS DE DIFERENTES PROPOSTAS

Proposta aplicação gastos em ASPS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
10% RCB	28.941	34.307	38.445	45.059	52.732	58.407	65.888	75.474	77.541	89.014	102.961
18% RCL	30.193	36.347	40.486	47.584	54.543	62.052	69.603	77.141	78.696	89.976	100.567
10% RCL	16.774	20.193	22.492	26.435	30.302	34.473	38.668	42.856	43.720	49.987	55.871
Diferença entre propostas e gasto efetivo em ASPS	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Diferença 10% RCB - Despesa ASPS (EFETIVO)	6.467	9.571	11.264	12.356	15.587	17.657	21.585	26.803	19.270	27.049	30.629
Diferença 18% RCL - Despesa ASPS (EFETIVO)	7.719	11.610	13.304	14.880	17.397	21.302	25.299	28.471	20.426	28.011	28.235
Diferença 10% RCL - Despesa ASPS (EFETIVO)	(5.700)	(4.544)	(4.689)	(6.268)	(6.844)	(6.277)	(5.635)	(5.814)	(14.550)	(11.979)	(16.461)

Fonte: STN/CCONT/GEINF; IBGE; SPO/MS, Elaboração IPEA.

⁶⁴ DAIN, Sulamis. **O Financiamento do SUS e a vinculação de 10% da receita corrente bruta da União para a saúde.** Vide Blog do CEBES. Disponível em <http://www.cebex.org.br/verBlog.asp?idConteudo=4678&idSubCategoria=56>.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

40. Contudo, s.m.j., tal argumento demonstra a necessidade de modificar o método de definição do mínimo de recursos da União em ASPS. Ou seja, **há unanimidade quanto à imprescindibilidade de alteração do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012**, que trata da **metodologia de aplicação dos recursos federais no setor saúde**.

41. Muito embora os movimentos sociais em defesa da saúde pública defendam a destinação de 10% da RCB da União para ASPS, este relatório entende **não ser esta a opção mais adequada**, bem como, que **é possível ir além**.

42. Para alcançar os montantes defendidos pelos movimentos sociais, a nova definição **precisaria considerar valores transferidos a Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal**, isto é, precisaria considerar **recursos afetos a repartições de receitas e contribuições previdenciárias sobre os quais a União não tem livre disponibilidade**. Veja-se que a Proposta de Iniciativa Popular dispõe:

Art. 5º da LC 141/2012. (...)

§ 1º Para os efeitos desta Lei, são consideradas receitas correntes brutas a totalidade das receitas:

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

§ 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.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

43. Trata-se de uma definição legal de RCB a ser inserida no Ordenamento Jurídico brasileiro pelo texto do Projeto de Iniciativa Popular (PLP 321, de 2013). E, ao que parecer, trata-se de definir RCB como sendo a RCL sem as deduções. Essa interpretação leva à conclusão de que a RCB da União é o somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes arrecadadas pela União.

43.1 Ocorre que dada a amplitude da definição, esta se choca com a realidade do que pode integrar receita da União, uma vez que sempre se poderá questionar que **não integram** "os cofres" da União⁶⁵:

- ✓ Os recursos a serem transferidos aos Estados e aos Municípios em função do mandamento constitucional;
- ✓ As contribuições sociais do empregador, da empresa e da entidade a ela equiparada, do trabalhador e dos demais segurados da previdência social, bem como;
- ✓ A contribuição para o Programa de Integração Social e para o Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público.

43.2 Portanto, considera-se que a vinculação do piso da União ao conceito de RCB traria **insegurança ao financiamento do SUS**.

43.3 Nada obstante, extraí-se da Proposta Popular, entre outras medidas, que a CESAúde deve ofertar projeto **vinculando o cálculo do piso constitucional da saúde à arrecadação federal**. E isso porque os dados consolidados de 2010 a 2012 demonstram que **o dispêndio da União com saúde soma cerca de 7% da RCB e 12,7% da RCL**.

⁶⁵ Item posterior irá tratar com maior profundidade da matéria.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Evolução das Receitas Correntes do Governo Federal Gastos com Saúde do Governo Federal

Ano	Receita Corrente Bruta	Receita Corrente Líquida	Gastos com saúde da União ⁶⁶	Percentual da RCB gasto com saúde	Percentual da RCL gasto com saúde
2010	890,1	499,9	62,0	7,0%	12,4%
2011	1.029,6	558,7	72,3	7,0%	12,9%
2012	1.134,7	616,9	78,3*	6,9%	12,7%

44. Os quadros anteriores são indicativos de que o atual método de financiamento da União em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) precisa ser modificada, tanto para que **a saúde possa ser equiparada aos outros gastos sociais**, como para que **tal gasto tenha proporcionalidade à receita arrecadada**.

3.5.2 O Novo Método e o Conceito de Receita Corrente Líquida

45. Entende-se que **o método de cálculo do mínimo da União em ASPS deva se basear em percentual da receita corrente líquida (RCL)**, por duas ordens de fatores, a saber:

- **Primeiro**, porque historicamente a RCL cresceu mais do que o PIB;
- **Segundo**, porque a RCL é conceito sólido na esfera das finanças públicas, incapaz de gerar insegurança jurídica;

46. A Tabela abaixo compara os valores da RCL e do PIB brasileiro, desde o ano 2000 até 2012. E, ao mesmo tempo, elabora projeção visando, apenas, permitir uma ideia de cálculo, sem que isso represente valores definitivos. Assim é que se vê que entre o ano 2000 até 2012 **os valores da RCL cresceram mais que os do PIB nominal (atual método)**.

⁶⁶ Valores empenhados.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Projeções RCL e PIB nominal ^{1/} (R\$ milhões)			
	RCL ^{2/}	RCL ^{3/}	PIB nominal ^{4/}
2000	145.111	145.111	1.179.480
2001	167.739	167.739	1.302.135
2002	201.927	201.927	1.477.821
2003	224.920	224.920	1.699.949
2004	264.353	264.353	1.941.499
2005	303.016	303.016	2.147.239
2006	344.731	344.731	2.369.481
2007	386.682	386.682	2.661.344
2008	428.563	428.563	3.032.206
2009	437.200	437.200	3.239.405
2010	499.867	499.867	3.770.089
2011	558.706	558.706	4.143.016
2012	616.933	616.933	4.402.538
2013	699.979	684.308	4.883.337
2014	790.593	778.365	5.554.543
2015	892.938	872.356	6.225.277
2016	1.008.532	984.042	7.022.283
2017	1.139.090	1.102.954	7.870.858
2018	1.286.549	1.225.431	8.744.877
2019	1.453.097	1.359.073	9.698.566
2020	1.641.206	1.512.370	10.792.525
2021	1.853.665	1.677.745	11.972.667
2022	2.093.628	1.861.357	13.282.949
2023	2.364.655	2.063.685	14.726.799

1/ Até 2012, os dados são ocorridos.

2/ Para 2013, utiliza-se projeção elaborada pela STN. Já para os demais anos, utiliza-se uma estimativa de crescimento igual à média dos últimos 13 anos.

3/ Estima-se uma RCL constante em 14% do PIB, mesma proporção de 2012.

4/ Utiliza-se estimativa elaborada pela LCA Consultores.

47. Além disso, a definição de RCL constante na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF – Lei Complementar nº 101, de 2000) já é **utilizada há bastante tempo** e se encontra **madura o suficiente** para servir de parâmetro para fixação de despesas, a saber:

Art. 2º Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como:
(...)

IV - receita corrente líquida: somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidos:

a) na União, os valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, e as contribuições mencionadas na alínea a do inciso I e no inciso II do art. 195, e no art. 239 da Constituição;

b) nos Estados, as parcelas entregues aos Municípios por determinação constitucional;



CÂMARA DOS DEPUTADOS

c) na União, nos Estados e nos Municípios, a contribuição dos servidores para o custeio do seu sistema de previdência e assistência social e as receitas provenientes da compensação financeira citada no § 9º do art. 201 da Constituição.

§ 1º Serão computados no cálculo da receita corrente líquida os valores pagos e recebidos em decorrência da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, e do fundo previsto pelo art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

§ 2º Não serão considerados na receita corrente líquida do Distrito Federal e dos Estados do Amapá e de Roraima os recursos recebidos da União para atendimento das despesas de que trata o inciso V do § 1º do art. 19.

§ 3º A receita corrente líquida será apurada somando-se as receitas arrecadadas no mês em referência e nos onze anteriores, excluídas as duplicidades.

47.1 A composição da RCL alcança todas as fontes que se perfilam na corrente da receita pública: tributárias, contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, serviços, transferências correntes.

47.2 Todavia, conforme norma transcrita, são as seguintes **as deduções legais** que reduzem a RCL:

- ✓ Valores que, apesar de arrecadados pela União ou pelo Estado, são entregues, por força constitucional, às outras esferas de governo;
- ✓ Contribuição dos servidores ao regime próprio de previdência e a compensação entre o INSS e os sistemas locais de aposentadorias e pensão;
- ✓ Recursos recebidos da União para custeio de despesa de pessoal⁶⁷.

48. Deve-se recordar a audiência pública desta CESAúde, realizada no dia 18 de agosto de 2013 convocada pelo Sr. Presidente. Nela, os consultores de orçamento e consultores legislativos da Câmara dos Deputados chamaram atenção para o seguinte aspecto, **a ideia de usar como parâmetro a RCB é legislar sobre percentual acima da disponibilidade federal**, porque:

⁶⁷ Somente para o Distrito Federal e os Estados do Amapá e de Roraima.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- ✓ Quando a LRF usa a RCL como índice que fixa percentual para despesa de pessoal e outros, o faz porque não existe racionalidade sócio-política, econômica, orçamentária e administrativa para a União fixar teto com base em recursos que não lhe pertence;
- ✓ Na composição da RCB da União existe presente a contribuição previdenciária, que deverá ser deduzida quando utilizada para outros fins. Será uma dedução de aproximadamente 25,4%. Trata-se de um percentual bastante elevado de redução que, posteriormente, causará impacto significativo nas contas do setor saúde e desconforto social;
- ✓ Igualmente, a repartição das receitas de Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) não devem passar pelas contas da União, uma vez que partes desses tributos pertencem aos outros entes da Federação;
- ✓ As receitas do chamado "Sistema S" não tramitam pelo orçamento federal, de modo que nada impede que no futuro o mesmo ocorra em relação ao FPM e FPE.

48.1 Como dedução legal, pode-se ainda exemplificar o caso das **receitas dos royalties**. O Texto Constitucional assegura aos Estados, Distrito Federal e Municípios a compensação e participação financeira sobre a lavra e sobre o aproveitamento econômico dos recursos naturais que especifica (art. 20, § 1º). No caso, deve-se saber que o Supremo Tribunal Federal já teve oportunidade de se pronunciar sobre a natureza jurídica dos royalties, de modo que assentou:

"Embora os recursos naturais da plataforma continental e os recursos minerais sejam bens da União (CF, art. 20, V e IX), a participação ou compensação aos Estados, Distrito Federal e Municípios no resultado da exploração de petróleo, xisto, betuminoso e gás natural são receitas originárias destes últimos entes federativos (CF, art. 20, §1º)" (MS 24312, Rel.: Min. Ellen Gracie, Tribunal Pleno, Julgado em 19/02/2003, DJ 19-12-2009), grifos inovados.

48.2 No mesmo sentido, tem-se o RE 228.800, da relatoria do Min. Sepúlveda Pertence e o AI-AgR 453.025-1, da relatoria do Min. Gilmar Mendes. Por conseguinte, sendo **os royalties receitas originárias dos Estados e Municípios**, o recurso pertence a tais



entes e impõe o seu pagamento diretamente⁶⁸.

49. Ademais, tem-se que a fixação do percentual da União sobre RCB para o piso da saúde acarretaria **dupla contagem para fins de apuração do mínimo do setor**. Explica-se: parte significativa da receita bruta arrecadada pela União pertence aos Estados e Municípios, beneficiários da repartição de receita a exemplo dos Fundos de Participação dos Estados (FPE) e Municípios (FPM), que integram a base de cálculo do mínimo destes entes da Federação.

50. Ou seja, em função da **ausência de definição legal sedimentado sobre o que é (o que compõe a RCB)**, a própria lei complementar da saúde precisaria inserir no Ordenamento jurídico o mencionado conceito⁶⁹, que trata de matéria típica de leis de finanças públicas. E não é só, o texto proposto deveria **se sujeitar a posterior interpretação administrativa e judicial** por regular receita afeita a

⁶⁸ Vale dizer que apesar de tal entendimento, no bojo da ADI-MC 4.917, que questiona a Lei nº 12.734, de 2012 (rateio dos royalties) a liminar da Min. Carmen Lúcia divisou plausibilidade nos seguintes argumentos do Governador do Estado do Rio de Janeiro: a) segundo a disciplina do artigo 20, §1º da CF, os royalties possuem natureza jurídica indenizatória, razão por que o ente federado que não corre risco de sofrer danos da atividade petrolífera não faz jus a qualquer valor e, portanto, b) apenas os Estados e Municípios ditos produtores são titulares do direito subjetivo público de participar do resultado da exploração petrolífera ou de perceber compensação financeira por essa exploração, conforme a literalidade do artigo 20, §1º da CF; c) a lei combatida promove desequilíbrio financeiro estabelecido pelo constituinte que garantiu aos Estados e Municípios ditos produtores participação no resultado da exploração do petróleo ou compensação financeira, em contrapartida à vedação constitucional (imunidade) de cobrança de ICMS em seus territórios, privando-os de vultosa fonte de receita (al. 'b', do inc. X, do § 2º, do art. 155 da CF); d) ao permitir a retroação dos efeitos do diploma questionado aos royalties referentes aos contratos de concessão anteriores à sua edição, o legislador haveria afrontado o direito adquirido, o ato jurídico perfeito e a segurança jurídica (inc. XXXVI do art. 5º, da CF); e) a nova lei investiria contra a segurança jurídica, por desequilibrar as finanças dos Estados produtores, afetando a higidez das leis orçamentárias já aprovadas e o equilíbrio de suas contas à luz da lei de responsabilidade fiscal.

⁶⁹ Apesar do Projeto de Iniciativa Popular mencionar o art. 11, § 1º da Lei nº 4.320, de 1964, este dispositivo não define RCB, mas receita corrente e de capital. Dispõe o artigo: “Art. 11 - A receita classificar-se-á nas seguintes categorias econômicas: Receitas Correntes e Receitas de Capital. § 1º - São Receitas Correntes as receitas tributária, de contribuições, patrimonial, agropecuária, industrial, de serviços e outras e, ainda, as provenientes de recursos financeiros recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, quando destinadas a atender despesas classificáveis em Despesas Correntes. § 2º - São Receitas de Capital as provenientes da realização de recursos financeiros oriundos de constituição de dívidas; da conversão, em espécie, de bens e direitos; os recursos recebidos de outras pessoas de direito público ou privado, destinados a atender despesas classificáveis em Despesas de Capital e, ainda, o *superávit* do Orçamento Corrente.



transferência constitucional.

50.1 Considere-se que **a definição de RCL prevista na LRF foi constitucionalizada**, haja vista a sua positivação no §3º do art. 97 dos ADCT (Atos das Disposições Constitucionais Transitórias). Isso reforça o entendimento de que o conceito de RCL é pacífico e seguro para o seu uso como parâmetro de ações do Poder Público⁷⁰. Considere, ainda, que a atual proposta a ser levada ao STF para pagamento dos precatórios dispõe sobre o limite de 3% (três por cento) da RCL dos Estados e Municípios⁷¹. Em outros termos, **o debate judicial não se dá sobre o uso da RCL como parâmetro**, mas sobre a possibilidade (ou não) de modificação do regime jurídico dos precatórios (art. 100 da Constituição Federal de 1988).

50.2 Como sabença geral, a RCL é o somatório de doze meses de arrecadação: a do mês de apuração e a dos onze anteriores (art. 2º, § 3º da LRF). Essa amplitude de tempo serve para neutralizar a oscilação que se dá na execução da receita governamental. De fato, os ingressos de caixa são intensos em início e fim de ano, de modo que a arrecadação não é linear ao longo do exercício financeiro e, sob a abrangência de 12 meses, não se pode alegar a queda de receita no mês de apuração motivou a falta de cumprimento de certo limite fiscal, como por exemplo, o da despesa de pessoal.

50.3 Logo, esse intervalo de 12 meses enseja uma média, uma vez que ela integra altos e baixos da receita governamental,

⁷⁰ Atualmente todo o art. 97 do ADCT está declarado inconstitucional porque o STF entendeu que o regime especial de pagamento de precatório afronta cláusulas pétreas, como a de garantia de acesso à Justiça, a independência entre os Poderes e a proteção à coisa julgada (ADI 4357 e 4425). Todavia, sob o presente prisma, nenhum questionamento foi ventilado acerca do uso de RCL como parâmetro para relação pagamento de precatórios, ao contrário, tal conceito foi utilizado como ponto pacífico de entendimento de como os recursos destinados para quitação de dívidas são apurados.

⁷¹ Vide: <http://www.valor.com.br/brasil/3227526/proposta-preve-quitacao-de-precatorios-em-6-anos> Ou ainda, <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2013/08/prefeitura-de-sp-e-agu-estudam-levar-ao-stf-proposta-sobre-precatorios.html>



neutralizando os efeitos da vinculação arrecadatória.

50.4 Como já afirmado, **a RCL é utilizada como parâmetro para diversas restrições financeiras**. Ou “a contrário sensu”, quanto maior o seu volume, maior a possibilidade de gastos com pessoal, de assunção de dívidas e garantias, entre outros parâmetros. Isso significa que **vários atores estão envolvidos e se interessam pela correta apuração e definição da RCL**, pois, repita-se, **a RCL serve para diversas definições no cotidiano da administração**.

50.5 Explica-se. Sob a LRF, a RCL referencia o nível de reserva para o atendimento de riscos fiscais, a chamada reserva de contingência. Igualmente, ela serve de parâmetro para frear a despesa de pessoal⁷².

51. Importa mencionar que o referido conceito já foi inclusive objeto de acórdão do **Tribunal de Contas da União que firmou entendimento sobre o alcance da receita corrente líquida**⁷³.

52. Portanto, se for realizada a pergunta: **“por que a receita corrente líquida no método de aplicação do mínimo da União em ASPS?”** Responde-se:

- **Em primeiro lugar**, tal indicador traduz a efetiva capacidade de arrecadação do ente governamental União, conquanto a outra espécie de receita, a de capital, tem comportamento irregular na Fazenda Pública;
- **Em segundo lugar**, apresenta-se todo ano de modo frequente, habitual e regular;
- **Em terceiro lugar**, a RCL foi acolhida porque afasta a

⁷² O qual se desdobra em 5 vertentes: limite global (teto): União 50% da RCL, Estados e Municípios: 60% da RCL. Limite por Poder estatal (subteto): art. 20 da LRF. Limite prudencial: salvo exceção, impede a contratação de pessoal, alterações de PCS, equivale a 95% dos subtetos de cada Poder. Limite de alerta: incumbe às Cortes de Contas notificar o Poder de desvio fiscal: equivale a 90% dos subtetos. Limite do último ano de mandato: art. 21 da LRF.

⁷³ Vide Acórdão nº 476/2003-TCU – Plenário, no TC 014.646/2002-0, Ata nº 16/2003 – Plenário, Data da Sessão: 7/5/2003 – Ordinária



CÂMARA DOS DEPUTADOS

dupla contagem que gera as transações entre unidades públicas do mesmo governo;

- **Em quarto lugar**, afasta o risco da judicialização ao não incorporar determinadas receitas arrecadadas pela União e que não lhe pertencem integralmente, pois devem ser transferidas a Estados, Distrito Federal e Municípios, p. exp.: Fundos de Participação e receitas patrimoniais arrecadadas pela União e consideradas pela jurisprudência do STF como receitas originárias dos Estados e Municípios.

53. Por fim, mas não menos importante, merece ser salientado:

- ✓ No ano de 2012, a RCB foi de R\$ 1,134 trilhão e a RCL foi de R\$ 616,9 bilhões, segundo dados da Secretária do Tesouro Nacional (STN). Nesse caso, considerando que o gasto com ASPS foi R\$78,2 bilhões, a proposta de 10% RCB corresponderia a R\$ 113,4 bilhões. Isto equivale a 18,4% da RCL e 2,6% do PIB, que naquele ano foi de R\$ 4,4 trilhões.
- ✓ Neste ano de 2013, caso a RCL projetada pela Secretaria do Tesouro Nacional (STN) se confirme, o valor será de R\$ 699,9 bilhões. E, se for executado apenas o mínimo obrigatório exigido pela LC 141/2012 (R\$ 83,184 bilhões), os gastos da União com saúde representarão 11,88% da RCL.
- ✓ Ressalte-se que o Ofício nº 92/SEAFI/SOF encaminhada à Câmara dos Deputados em julho de 2013 fez a projeção da RCL para o ano de 2014, estipulando-a em R\$ 675 bilhões. Igualmente, no atual método (aplicado ano anterior + variação nominal do PIB), estima-se que as ASPS no ano de 2014 seriam na ordem de R\$ 92.268 bilhões. Ou seja, tais valores correspondem a 13,67% da RCL.
- ✓ Apesar de não haver sido aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias para 2014 (PLDO 2014) ainda neste mês de outubro/2014, o Poder Executivo encaminhou as informações complementares previstas no PLOA (orçamento anual). Assim, segundo o Anexo II, item IX (Anexo II – Relação das Informações Complementares ao projeto de Lei Orçamentária de 2014; IX – demonstrativo da receita corrente líquida prevista na Proposta Orçamentária Anual de 2014, explicitando a metodologia utilizada, o **TOTAL DE RECEITAS CORRENTES é R\$ 1.362.442.164.684 e o TOTAL DE RECEITA CORRENTE LÍQUIDA é R\$ 726.962.522.181.**
- ✓ A **projeção de recursos federais para ASPS é de R\$ 90.105 bilhões.**



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- ✓ Considerar os acréscimos oriundos do resultado ou compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural (royalties).

53.1 Esses dados devem ser melhor cotejados. Assim, a projeção para **2013 da RCB pela STN é de R\$ 1.296 trilhão**. Os **10% da RCB corresponderia R\$ 129,6 bilhões ou 18,6% da RCL**. Logo, no ano de 2013 e mantidas as projeções, **o equivalente dos 10% RCB é 18,6% da RCL**.

53.2 Por seu turno, a projeção para **2014 da RCB pela União é de R\$ 1.362 trilhão**. Os **10% da RCB corresponderia R\$ R\$ 136,2 bilhões ou aproximadamente 18,72% da RCL**. Logo, no ano de 2014 e mantidas as projeções, **o equivalente aos 10% RCB é aproximadamente 18,72% da RCL**.

53.3 Os acréscimos do orçamento impositivo e rendas dos royalties do petróleo somam: R\$ 3,8bi (2014), R\$ 4,3bi (2015), R\$ 5,2bi (2016) e R\$ 6,3bi (2017).

ANO	PARÂMETROS		
	Receita Corrente Bruta – RCB	Receita Corrente Líquida - RCL	10% da RCB equivalente em %RCL
2013 (*)	1.296.468,2	699.978,9	18,6%
2014(**)	1.362.442,2	726.962,5	Aprox. 18,74%

(*) RCL – Projeção STN
(**) RCL obtida pela Informação Complementar do PLOA 2014 (Anexo II, item IX).

54. Ou seja, o que se dispõe de informação oficial sobre estimativa de RCL para 2014 por parte da União, **na data de hoje**, sobre estimativa de RCL é o constante nas informações complementares ao PLOA 2014. Por conseguinte: 10% da RCB é R\$ 136 bilhões. Seu equivalente em RCL é 18,74%. As ASPS são R\$ 90.1 bilhões (estimativa PIB p/ 2014), que equivale a 1,7% do PIB; 12,39% RCL e 6,61% da RCB.



TOTAL DAS RECEITAS CORRENTES R\$ 1.362.442.164.684
TOTAL RECEITA CORRENTE LÍQUIDA R\$ 726.962.522.181

ASPS - Regra de hoje	Equivalência Percentual de ASPS em relação a:		Simulação			
	RCB	RCL	10%	Equivalência de 10% de RCB em termos de RCL		
				% da RCL	R\$ de Acréscimo	
90.105,7	6,61%	12,39%	136.244,2	18,74%	46.138,5	

54.1 **Portanto, a CESaúde propõe ganho real, acima do pleito de 10% da RCB, mas com sustentabilidade e equilíbrio fiscal, mediante uma nova fonte de financiamento e considerando os recursos oriundos dos royalties do petróleo e gás natural, a saber:**

- **A vinculação de 15% (quinze por cento) da RCL da União para ser aplicada em ASPS até 2015, em escala progressiva, o que corresponde ao valor aproximado de R\$ 108bi;**
- **Agregar exclusiva contribuição social para a saúde no percentual de 0,20% (dois décimos por cento), o que corresponde ao valor de R\$ 38bi.**
- **Logo o setor Saúde teria orçamento estimado (com dados de 2014) no valor de R\$ 146bi, que com os recursos dos royalties (apenas de 2014) geraria o total de R\$ 149bi.**
- **Deve-se levar em conta que o valor de 10% da RCB para o ano de 2014 seria de R\$ 136 bilhões, cujo equivalente é 18,5% da RCL. Sugere-se R\$ 149bi, sendo**



CÂMARA DOS DEPUTADOS

15% da RCL (R\$108bi), contribuição social para a saúde de 0,2% (R\$38bi) e royalties (R\$ 3,8 em 2014).

54.2 Esse caminho parece mais prudente, pois evita interpretações jurídicas que poderiam protelar ou impedir a eficácia imediata das novas regras aprovadas e afasta a possibilidade de **questionamentos** a respeito da **constitucionalidade do uso da RCB**.

54.3 Vale dizer que **alguns palestrantes** em nossas audiências públicas **reconheceram que 10% da RCB para ASPS é uma luta política**. Alguns exemplos:

Prof. Elias Jorge, em 07 de maio de 2013:

(...) E quando discutimos saúde, nós estamos discutindo um item das condições de vida da população. Quando discutimos reforma tributária estamos discutindo projeto civilizatório do País. Então, é por isso que eu acho que nós devemos discutir o financiamento da saúde, mas não devemos perder de vista, Deputado Perondi, a visão estrutural, por exemplo: 10% do orçamento, do orçamento não, das receitas correntes brutas é bom para a saúde? É bom. É necessário para a saúde? É necessário. Eu coordenei a Comissão que elaborou a proposta, que acabou ganhando foro na Conferência Nacional de Saúde, depois, integrou o relatório do projeto do Deputado Guilherme Menezes aprovado aqui nesta Comissão.

Agora, preciso dizer para vocês, com todas as letras, 10% das receitas correntes brutas não resolvem o financiamento da saúde.

(...) Portanto, é importante a campanha dos 10%? É, nós vamos continuar, mas não podemos deixar de alertar que só 10% das receitas correntes brutas não vão resolver o problema de financiamento do SUS. Está bem claro isso? (...)

Então, a ideia de se ter uma vinculação com receita era para buscar uma lógica de você, quando for Secretário e gestor de Município estar vinculado à receita de impostos. O dia em que você for Ministro da Saúde — e espero que seja um grande Ministro da Saúde —, não vai estar vinculado à receita. E aí o Deputado Rogério Carvalho tem razão, você desonerando ou não desonerando, da forma como está, se a receita subir ou descer, o montante de dinheiro que está previsto para a saúde é pouco, mas está assegurado, que era outra vantagem dessa forma de financiamento.

Neste momento, é óbvio porque se tiver frustração de receita, gente... No Estado, você foi Secretário também, não é? Frustrou



CÂMARA DOS DEPUTADOS

a receita, você vai aplicar menos. No caso da União, não, se frustrar a receita, ela tem que continuar aplicando, porque é um montante sobre o que foi empenhado e corrigido.

Então, acho que é até mais saudável para a União ter a vinculação para a receita. Tecnicamente é mais saudável e é mais isonômico com o Estado e Município.

Ana Maria, representante do TCU, em 07 de maio de 2013:

(...) O que fala a Lei 141? O que foi empenhado no exercício anterior mais a variação nominal do PIB. Atendeu. Só que o Ministério ainda tinha dinheiro, poderia ter aplicado mais. Poderia ter uma implicação negativa — não sei se é isso, é uma inferência — se ele aplicasse mais. Isso vincularia, no ano seguinte, aplicar mais ainda. Então, se ele pode ser conservador, vai ser conservador. Eu vou aplicar menos para não me obrigar no ano seguinte a aplicar mais ainda.

Então, não foi uma regra muito inteligente a da Lei 141, que já foi muito criticada. Então, eu diria que esse é o primeiro ponto para um possível financiamento, uma busca do limite mínimo da União.

Prof. Aquilas Mendes, em 15 de maio de 2013:

(...) O que nós estamos discutindo aqui são algumas ideias propostas. Hoje estamos sendo tragados por todo o movimento, que já chegou ao Congresso, está aqui, dos 10% da Receita Corrente Bruta, que é uma das ideias. Mas não vamos iludir-nos, porque isso não vai resolver o problema. Ainda estamos longe de um sistema universal, por isso a discussão de outras propostas. (...)

Gilson Carvalho, em 15 de maio de 2013:

(...) O Conselho Nacional de Saúde, por intermédio de um mineiro, o conselheiro Abrahão, fez a proposta: "Por que nós não fazemos uma emenda de iniciativa popular?" Estávamos na época da discussão da Ficha Limpa. Então, fomos atrás disso. E em todos os três projetos fizeram uma linha de raciocínio. Qual é a linha de raciocínio? A linha de raciocínio é a seguinte: "Vamos fazer uma lei que não tenha mais nada senão os 10%", porque, quando começamos a botar um punhado de firula, eles dão a firula e não dão o essencial de que precisamos.

(...) Isso aqui são os R\$ 43 bilhões. É o esperado, mas não vai resolver. Áquilas disse que não vai resolver. Vai ser um refresco para nós. Esse é o dinheiro esperado, baseado na Receita Corrente Bruta de R\$ 1,3 trilhão. Essa é a estimativa. E aqui é para provocar mesmo. É o que eu disse no começo (...)



CÂMARA DOS DEPUTADOS

54.4 E não é só. A utilização da metodologia com RCL avança para um patamar superior de financiamento em ASPS, pois considerando a estimativa de 10% da RCB, buscam R\$ 136 bi para o setor da saúde, enquanto que **a presente proposta alcança R\$ 146 bi** (desconsiderando o valor dos royalties). **Este valor representa 20% da RCB** – considerando, agora, a estimativa obtida com base na PLOA 2014 (informação complementar).

54.8 Logo, a fixação dos gastos mínimos em ações e serviços de saúde em um percentual da RCL e acrescido com a contribuição social para a saúde e royalties assegura uma fonte estável de financiamento do setor.

55. Entretanto, **eleva de 11,88% (considerando o ano de 2013) para 15% da RCL (ou 15% + 0,2% de CSS = 20%RCB) representa** um brutal impacto fiscal, impossível de ser assimilado imediatamente, especialmente na conjuntura atual de crise financeira internacional e políticas de desoneração que visam salvaguardar a economia brasileira.

55.1 Assim, de modo a diluir seu impacto fiscal, o Projeto de Lei prevê:

➤ **Cumprimento progressivo até 2017.** Com efeito, **garantindo-se no mínimo 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida já no primeiro ano subsequente** ao da publicação da proposta da CESaúde.

➤ Diga-se que 13,2% da RCL na projeção ofertada para 2014 corresponde ao valor aproximado de R\$ 95,8 bilhões.

55.2 Ou seja, **já em 2014 os dispêndios mínimos elevar-se-ão dos atuais 11,88% (ano 2013) para 13,2%**, o que representa



CÂMARA DOS DEPUTADOS

um incremento aos gastos com saúde de R\$ 8 bilhões (1,62% da RCL), em valores projetados de 2014.

55.2 No total geral, ao fixar o dispêndio mínimo com ASPS em 15% da RCL do respectivo exercício financeiro, poderá elevar os recursos da saúde em R\$ 49,2 bilhões, em quatro anos⁷⁴, conforme a tabela abaixo:

Tabela III - Gastos com saúde com base na RCL do ano corrente

ANO	Regra Atual	RCL do ano corrente (P2)		P2-G	Emendas impositivas + rendas do petróleo (E)	Diferença
	Valores (G)	Valores (P2)	%			
2013	83,2	-	-	-	-	-
2014	90,1	96,0	13,2%	5,9	3,8	2,1
2015	97,7	106,0	13,8%	8,3	4,3	4,0
2016	105,9	120,0	14,4%	14,1	5,2	8,9
2017	115,0	135,9	15,0%	20,9	6,3	14,6
Em bilhões.			Total:	49,2		

56. Entende-se que essa iniciativa vai ao encontro dos pleitos do povo brasileiro e da política do governo federal que, nos últimos dez anos, tem aumentado o gasto com o objetivo de reduzir desigualdades sociais históricas e proporcionar o desenvolvimento de nosso país.

57. A saúde é indicada frequentemente como uma das principais preocupações do povo brasileiro e a população tem exigido melhorias no atendimento público à saúde de forma veemente. O primeiro passo para atender ao clamor popular se dará por meio da **melhoria do financiamento do SUS**.

58. O Governo Federal definiu a saúde como área de prioridade ao lançar, recentemente, o Programa Mais Médicos, estratégia que concederá muitas bolsas já no curto prazo e incrementará bastante os custos do SUS. Adicionalmente, o planejamento estratégico de 2011 a

⁷⁴ Desconsiderando aqui a contribuição social para a saúde e os recursos dos royalties.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

2015 do Ministério da Saúde prevê a abertura de muitas vagas de Residência Médica em especialidades de interesse do SUS já em 2014.

59. Chegou, portanto, o tempo de fazermos um esforço pelo financiamento do SUS.

3.5.3. A Contribuição Social para a Saúde: Financiamento com Sustentabilidade

60. É importante considerar que a Proposta sob comento define que a União aplicará anualmente pelo menos 15% das receitas correntes líquidas para área de saúde até 2017, sendo que, no mínimo, 13,2% da referida receita, deve ser gasta já no exercício de 2014. Entretanto, ao final da proposta o relatório almeja agregar R\$ 146 bilhões ao setor saúde (desconsiderando royalties). Essa proposta **cria despesa continuada de caráter obrigatório**, caracterizada como uma despesa permanente que **pressiona os orçamentos públicos por mais de um exercício**. Nesse sentido, contraria a legislação fiscal, sobretudo a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (Lei de Responsabilidade - LRF). No seu art. 17, a LRF dispõe que os atos que criarem despesa obrigatória de caráter continuado, além da estimativa do seu impacto orçamentário-financeiro, deverão demonstrar a origem dos recursos para o seu custeio e devem, ainda, ser acompanhados pela comprovação de que a despesa criada não afetará as metas de resultados fiscais.

61. Deste modo, considerando a responsabilidade política desta CESaúde com a área da saúde, o Relatório opta por viabilizar a matéria, do ponto de vista orçamentário e financeiro.

61.1 Com a finalidade de harmonizar a regulamentação da



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Emenda nº 29, de 2000, Lei Complementar nº 141, de 2012, aos princípios norteadores da responsabilidade fiscal, a alteração proposta cria, com fundamento no § 4º do art. 195 e § 1º do art. 198 da Constituição Federal, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), visando ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde **exclusivamente**.

61.2 Nesse contexto, vislumbra-se, além da ampliação já prevista do gasto real da União com a saúde, um adicional que poderá representar, a partir do exercício de 2018, recursos adicionais da ordem de R\$ 38 bilhões. Esse patamar de gastos elevará a participação das despesas com saúde da esfera federal de governo.

61.3 Vale salientar que essa solução proposta para a regulamentação, dá sustentabilidade ao setor e preserva a continuidade da ampliação do nível de investimento do Governo Federal em outras políticas públicas e em infraestrutura, sem afetar a sua parcela de contribuição para o setor Saúde.

61.4 É necessário lembrar que a saúde da população depende tanto do acesso a ações e serviços públicos de saúde, nas dimensões curativa, preventiva ou reabilitadora, como de outras políticas públicas condicionantes da saúde. Os investimentos em saneamento básico e habitação, voltados prioritariamente para os segmentos de menor renda da população impactam positivamente os indicadores de saúde e também precisam de adequado financiamento. Os investimentos na infraestrutura logística e energética, por sua vez, são indispensáveis ao crescimento econômico, que amplia o acesso ao emprego e à renda, fatores determinantes na promoção da saúde.

65. A Contribuição Social para Saúde terá uma alíquota



CÂMARA DOS DEPUTADOS

de 0,2% (dois décimos por cento) , tendo as mesmas características de incidência tributária da extinta Contribuição Provisório sobre Movimentação Financeira - CPMF, com **a diferença que sua arrecadação está totalmente vinculada ao custeio das despesas na área da saúde.**

65.1 Não se deve esquecer que esta Proposta tramita paralelamente aos outros Projetos em curso, tais como o **Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 32, de 2011, de autoria do Deputado Amauri Teixeira, que "cria a Contribuição Social para a Saúde – CSS"**.

66. A Proposta em anexo têm como objetivo, entre outros, criar uma Contribuição Social para a Saúde, de caráter permanente, para financiar ações e serviços públicos de saúde, tendo em vista a carência crônica de recursos para a referida área. Assim, aproveitando, em parte, o texto da Lei nº 9.311, de 24 de outubro de 1996, que teve sua vigência prorrogada até 31 de dezembro de 2007, pela Emenda Constitucional nº 42, de 2003, optou-se por criar a Contribuição Social para Saúde - CSS, regulando, de logo, todos os aspectos inerentes à definição de seu fato gerador, base de cálculo, contribuintes, isenções, forma e instituições responsáveis por sua cobrança e arrecadação, atendidas as exigências do art. 146 e § 4º do art. 195, ambos da Constituição Federal.

67. As principais inovações ao texto foram as seguintes:

- a) Dando cumprimento ao disposto no art. 198, da Constituição Federal e, especialmente, em seus §§ 1º e 3º, foi criada a Contribuição Social para a Saúde - CSS, de caráter permanente, sobre movimentação ou transmissão de valores e de créditos e direitos de natureza financeira, como fonte complementar ao percentual, mantendo-se o critério atual anteriormente mencionado;



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- b) Define-se o fato gerador da contribuição social para a saúde;
- c) Relacionam-se os "casos" de não incidência e de "alíquota zero" da Contribuição;
- d) Definem-se os contribuintes e fixado a base de cálculo da Contribuição;
- e) Fixa-se a responsabilidade pela retenção e recolhimento da contribuição;

67.1 É importante frisar que, na prática, **estarão isentos do pagamento da CSS os valores dos proventos dos inativos, dos pensionistas e demais benefícios previdenciários, não excedentes ao valor do maior salário-de-contribuição.** Da mesma forma e em iguais limites estarão **isentos os trabalhadores ativos contribuintes do regime geral de previdência e do regime de previdência do servidor público.**

67.2 Por último, vale lembrar, que foi **mantido o caráter fiscalizatório da contribuição,** na medida em que se obrigam instituições responsáveis pela retenção e pelo recolhimento da CSS a prestarem as informações necessárias à identificação dos contribuintes e os valores globais das respectivas operações, nos termos, nas condições e nos prazos que vierem a ser estabelecidos pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.

4 MECANISMOS DE DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS

4.1 Abordagens Iniciais: O Estado da Arte.

1. O prof. Gilson Carvalho, presente em audiência pública nesta CESAúde no dia 15 de maio de 2013, historiou os mecanismos de distribuição de recursos para o SUS. Diz o sanitarista que desde que a



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Constituição determinou que saúde fosse obrigação das três esferas de Governo estabeleceu-se necessidade de várias outras definições. Algumas foram definidas de melhor forma e outras com lacunas extremamente prejudiciais à implantação do SUS. Uma delas, da maior importância foi sobre os critérios de rateio dos recursos federais e os mecanismos de transferências.

2. Com isso, ele formula uma indagação: Qual o montante de transferências federais e estaduais se a União e Estados têm que cooperar financeiramente com os municípios para fazer as ações de saúde? E responde: "em local algum, está determinado quanto de recurso arrecadado para as três esferas de governo, deve a União transferir a Estados e Municípios e nem Estados a Municípios". De fato, sabe-se que tais entes têm que cooperar financeiramente, mas nenhum quantitativo de recursos é definido.

3. É importante assinalar que a União é a única esfera de governo que pode arrecadar recursos diretamente para a área da seguridade social (saúde, previdência e assistência social). Estados e Municípios, segundo a Constituição Federal, devem usar um percentual de suas receitas próprias que servem a todas as ações e políticas. Tal enseja a razoável interpretação, de alguns juristas, a defenderem que as transferências de recursos federais a estados e municípios são uma transferência constitucional obrigatória – por ser a esfera federal a única que pode ter arrecadação própria para a saúde e não ter mais a competência de execução direta de ações e serviços de saúde.

4. De qualquer modo, utilizando a narrativa do Prof. Gilson Carvalho, este expressa que até 13 de janeiro de 2012 os critérios de transferência federal para a saúde eram aqueles expressos na Lei nº 8.080, de 1990, art. 35, completado pela Lei nº 8.142, de 1990, art.3º.

4.1 No caso, a Lei nº 8.080, de 1990, explicitava que 50% dos



CÂMARA DOS DEPUTADOS

recursos deveriam ser transferidos a Estados e Municípios pelo coeficiente populacional. Outros 50%, mediante a combinação de alguns critérios. Enquanto não se definissem esses critérios, os recursos deveriam ser transferidos 100% pelo coeficiente populacional, conforme aquela Lei nº 8.142, de 1990.

4.2 Em 1998 a Emenda Constitucional (EC) nº 20 determina que uma Lei defina os critérios de transferência de recursos da União aos Estados e aos Municípios e de Estados aos Municípios. Com esta introdução na Constituição tinha-se que pensar numa lei que assim definisse. Havia uma esperança que a EC nº 29 (à época PEC nº 169) trouxesse esta definição, o que não foi feito, pois ela mesma remeteu essa definição a uma lei complementar posterior.

4.3 Finalmente, depois de 13 anos da determinação da EC nº 20 e de 11 anos da EC nº 29 surge a Lei Complementar nº 141, em janeiro de 2012 Contudo, estava recepcionado o que já existia na Lei nº 8.080, art.35 e na Lei nº 8.142, art.3º. As inovações foram três preceitos essenciais:

- ✓ Definição anual e publicidade do montante a ser transferido do federal a estado por estado e município por município;
- ✓ A metodologia do cálculo será pactuada na CIT;
- ✓ A metodologia será aprovada no Conselho de Saúde.

4.4 Espera-se que esse novo ciclo que surge demonstre como será a ação do Ministério da Saúde sobre os critérios de rateio e o quantitativo, uma vez que a aprovação pelo Conselho de Saúde era regra já estava prescrita na aludida Lei nº 8.080 e que não era observada.

5. Sabe-se que havia um entendimento de que o recurso arrecadado pela União, responsável por financiar ações e serviços de saúde também de Estados e Municípios, devesse ser transferido de



CÂMARA DOS DEPUTADOS

forma automática como uma transferência constitucional a modo do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM).

5.1 A mencionada Lei nº 8.080, de 1990, teve artigos essenciais que foram vetados pelo Presidente Collor, entre eles, os relacionadas à área de financiamento e de transferência de recursos. Alguns dos temas do veto de Collor conseguiram ser recuperados na Lei nº 8142, mas outros não, como por exemplo, a quantidade de recursos a serem distribuídos aos Estados e aos Municípios e de Estados para Municípios⁷⁵.

5.2 Como mecanismo de transferência legal foi explicitada a idéia, **desde muito tempo posta em prática**, do que se denominou Transferência Fundo a Fundo, já que cada esfera de governo tem que ter seu Fundo de Saúde onde devem ser administrados todos seus recursos.

6. Nada obstante esses méritos da Lei Complementar nº 141, nela ainda reside um grande problema. Nas palavras do prof. Gilson Carvalho:

“como pode se dar uma transferência direta, regular e automática mediante tantos critérios arbitrários e aleatórios que o Ministério da Saúde utiliza? Ainda hoje as formas somam a mais que uma dezena... ainda ilegais a meu ver. Já foram mais de 100 as caixinhas de transferências. Poderão as transferências ser regulares? Direta de fundo a fundo é possível, mas não tem nem regularidade, nem automatismo”.

6.1 No mesmo passo, assevera o retromencionado Documento “4d” do IPEA⁷⁶ nesta CESaúde ao comentar os mecanismos e critérios de rateio de recursos previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012:

⁷⁵ A transferência, como já dito, aos moldes constitucionais obrigatórios não foi aceita pelo Poder Executivo e para isto foram usados alguns outros argumentos que não cabe aqui discutir, ainda que seja uma discussão não vencida.

⁷⁶ Trata-se do Texto para Discussão nº 1846, de julho de 2013, da lavra de Sérgio F. Piola, Andrea Barreto de Paiva, Edvaldo Batista de Sá e Luciana Mendes Santos Servo.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

“ (...) o dispositivo que se refere aos critérios de transferência até aumenta o grau de dificuldade para sua implementação por diversos motivos: *i*) ao acrescentar outros requisitos; *ii*) ao retornar, sem nenhuma modificação, ao Artigo 35; e *iii*) ao revogar o parágrafo 1º do referido artigo – 50% transferível pelo critério populacional simples – único dispositivo que poderia ter aplicabilidade imediata. Também deixou de ter validade o parágrafo 2º, do inciso III, do Artigo 77 da ADCT que estabelecia que, dos recursos da União, 15%, no mínimo, seriam aplicados nos municípios, segundo o critério populacional, em serviços de atenção básica. Ou seja, é uma tarefa não trivial tentar incorporar em uma fórmula de distribuição de recursos quase uma dezena de dimensões e requisitos. A menos que, como tem sido feito, haja uma utilização parcial e isolada de diferentes dimensões e critérios. Pensando desta forma, todos os repasses vigentes atendem a, pelo menos, um dos critérios previstos. Mas o Artigo 35 da Lei no 8.080 fala no *caput* “Para o estabelecimento de valores a serem transferidos a Estados, Distrito Federal e Municípios, será utilizada a combinação dos seguintes critérios (...)”.

7. Em resumo, apuram-se os critérios de rateio e mecanismos de transferência de recursos federais aos Estados e aos Municípios somando-se os critérios da Lei nº 8.080, de 1990, art.35, e da Lei Complementar nº 141, de 2012, art. 17. Estão citados a seguir e de tão amplos (e até repetitivos) daqui para frente “cabe tudo em termos de critérios de transferências”, como se disse na audiência pública, ou melhor, **“diante da diversidade de critérios, perde-se em transparência e ganha-se pouco em precisão”** (Texto para Discussão IPEA nº 1846, de julho de 2013)

7.1 E eis os critérios em vigor com a somatória do prescrito na Lei nº 8.080 e na Lei Complementar nº 141:

- ✓ Necessidades de saúde da população
- ✓ Dimensão epidemiológica
- ✓ Dimensão demográfica
- ✓ Dimensão sócio-econômica
- ✓ Dimensão espacial
- ✓ Oferta de ações e serviços de saúde



CÂMARA DOS DEPUTADOS

- ✓ Perfil demográfico da região
- ✓ Perfil epidemiológico da população a ser coberta
- ✓ Características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área
- ✓ Desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior
- ✓ Níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais
- ✓ Previsão do plano quinquenal de investimentos da rede
- ✓ Ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

7.2 Nesses critérios podem ser enquadradas quaisquer das transferências hoje existentes e mais algumas outras dezenas delas. Logo, a preocupação da CESaúde com os recursos adicionais propostos para a saúde foi tanto visando **qualificar o gasto**, como assegurar **transparência**.

4.2 Rateio Federativo e Equidade

1. O documento nº “4d” desta Comissão, sob o título “Financiamento Público da Saúde – uma história a procura de rumo”, oriundo do Requerimento CESaúde nº 14, de 2013, que solicitou aporte do IPEA, pode ser aqui transcrito como base informativa das questões que ora se buscam colacionar.

“6. A LEI Nº 141/2012 E OS MECANISMOS E CRITÉRIOS DE RATEIO DE RECURSOS

Como visto, a EC nº 29 (Artigo 6º) acrescentou ao Artigo 198 da CF o parágrafo 3º, item II, estabelecendo que a LC que será reavaliada, pelo menos, a cada cinco anos determinará “os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao DF e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais”. Obedecendo à prescrição, a Lei nº 141 estabelece:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos



CÂMARA DOS DEPUTADOS

arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19/9/1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Além disso, aproveita para revogar o parágrafo 1º do Artigo 35 da Lei nº 8.080/1990 em seu Artigo 47. Adicionalmente, os Artigos 18 e 22 da Lei nº 141/2012 reforçam a modalidade de transferência regular e automática para os recursos repassados pela União para estados e municípios e dos estados para os municípios.

No tocante a esta questão de critérios para transferências a estados, Distrito Federal e municípios, nada que pudesse ser objeto de operacionalização mais imediata foi incluído na Lei Complementar. (...)

A Lei nº 141/2012 diz que o rateio deve observar as necessidades de saúde da população e as dimensões, demográficas, epidemiológicas e socioeconômicas, entre outras. Mas necessidades de saúde não têm, pelo menos nas fórmulas de alocação de recursos conhecidas, essas três dimensões como as mais importantes? Ademais, e isso é muito importante, como conciliar, em uma mesma fórmula, critérios que premiam a equidade e critérios que premiam a eficiência? Não seria melhor transferir uma parte maior dos recursos federais com base em critérios de equidade e uma parte menor por meio de metas qualitativas e quantitativas? (...)

O principal objetivo da alocação regional dos recursos públicos deve ser atender as necessidades de saúde da população. No caso da União, a distribuição de seus recursos deve servir também para reduzir desigualdades injustas. Desta forma, em um sistema de saúde com financiamento compartilhado como é o SUS, devem ser também consideradas as capacidades de autofinanciamento de estados e municípios e a distribuição das



CÂMARA DOS DEPUTADOS

ações e serviços de saúde no território. (...)" (grifos inovados)⁷⁷.

2. Durante a audiência pública da CESaúde do dia 07 de maio de 2013, o pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG, Francisco Carlos Cardoso Campos (Chico Poté), defendeu a mudança dos critérios de rateio dos recursos para a saúde.

2.1 No caso, ele apresentou críticas às metodologias de "alocação equitativa". E destacou os seguintes problemas:

- ✓ A metodologia é de difícil compreensão para a maioria das pessoas;
- ✓ Propõem-se alcançar a equidade apenas com recursos de custeio (as desigualdades seriam estruturais e deveriam ser enfrentadas com projetos de investimento);
- ✓ Não remunera os serviços realmente existentes;
- ✓ O sistema de incentivos é invertido: premia as situações com indicadores sanitários "piores";
- ✓ Considera indicadores estaduais e municipais médios (há grande contingente de cidadãos com elevadas necessidades sanitárias e sociais em estados e municípios com indicadores "bons", devido a elevadas desigualdades);
- ✓ Não contempla a complexidade dos fenômenos envolvidos na organização dos serviços de saúde.

2.2 Para Chico Poté, o ideal é adotar uma metodologia de distribuição baseada no **planejamento das necessidades do setor em todo o País**. E expressa:

"O rateio por programação permite a estimativa do total das necessidades dos serviços de saúde, e não apenas a distribuição dos recursos que temos hoje (...) não podemos retirar dos pobres para dar aos miseráveis, temos de arranjar outros recursos".

3. De fato, desde algum tempo se avalia a implementação de políticas públicas de saúde voltadas ao critério da equidade. Cite-se o exemplo de Amartya Sen, que identifica complexidade ao abordar dificuldades para uma compreensão adequadas das demandas por

⁷⁷ Como mencionado, trata-se do **Texto para Discussão IPEA nº 1846**, de julho de 2013, da lavra de Sérgio F. Piola, Andrea Barreto de Paiva, Edvaldo Batista de Sá e Luciana Mendes Santos Servo.



equidade em saúde. Respondendo à pergunta “why health equity?”, diz: The real work begins with the specification of what is to be equalized. The central step, then, is the specification of the space in which equality is to be sought, and the equitable accounting rules that may be following in arriving at aggregative concerns as well as distributive ones. The content of theories turns on the answers to questions as “equality of what?” and “equity in what form?”⁷⁸

4. Quando se pretende estabelecer a equidade como regra ou, no caso, como princípio na implementação de políticas públicas de saúde, é preciso, portanto, esclarecer **que igualdade está se buscando, e por que tal igualdade representa uma situação mais justa**. Tal clareza, que pode ser plasmada em indicadores, é imprescindível para os pactos necessários entre os três níveis de governo, e com a sociedade, para a garantia deste princípio na ação do SUS com base em mudanças qualitativas e sustentáveis.

4.1 O relatório da CEsáude propõe, então, que o rateio com base na equidade possa responder: (a) a desconcentração de recursos financeiros promovida e a discriminação positiva alcançada conduzem a uma maior igualdade de quê? (b) De que forma contribuem para uma igualdade mais justa no campo da saúde? (c) Asseguraram a maior qualidade do gasto em saúde, no sentido de melhorar a capacidade de resposta dos municípios aos problemas da população local? Têm potencial para elevar o padrão de saúde da população residente nos municípios com piores condições de vida?

4.2 No Brasil, as iniciativas governamentais de promoção da equidade em saúde por meio de políticas públicas, além de transitarem

⁷⁸ SEN, Amartya. 2002. **Why health equity?** Health Economics, v. 11, nº 8, p. 659-66. Em livre tradução: “O verdadeiro trabalho começa com a especificação do que deve ser equalizado. O passo central, então, é a especificação do espaço onde a igualdade deve ser buscada, e as regras econômicas (sentido lato) equitativas que podem ser seguidas para se alcançar interesses comuns, bem como regras distributivas. O conteúdo das teorias gira ao redor das respostas à perguntas como “igualdade de quê?” e “equidade de que forma?”.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

obrigatoriamente nesse campo de questões filosóficas, econômicas, sociais e científicas, têm de lidar com uma outra questão determinante de sua eficácia e êxito: **a questão federativa.**

4.3 Em um país federativo, em que a gestão pública de saúde (a) se faz no âmbito de um sistema nacional, regido pelos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços e de integralidade da atenção; (b) deve observar a diretriz constitucional de se estabelecer uma direção única em cada esfera de governo (União, DF, 27 estados, aprox. 5.600 municípios); e (c) tem de assegurar o direito à saúde como direito fundamental do ser humano no território nacional; a promoção da equidade pelos governos federal, estaduais e municipais exige medidas de competência exclusiva de cada nível de governo, tanto quanto a ação integrada e combinada (e o financiamento compartilhado) de todos os entes da federação.

4.4 Assim, a proposta da CESaúde dispõe que

- **Os recursos adicionais para a saúde sejam alocados tendo como diretrizes a responsabilidade sanitária, a transparência na aplicação dos recursos e o equilíbrio entre o gasto per capita e os sistemas de saúde nas regiões do Brasil, segundo regulamento.**

4.5 Os recursos previamente existentes serão distribuídos conforme os critérios previstos na legislação atual.

5. Dado que o planejamento sanitário, entre outras, busca estruturar um sistema de saúde resolutivo, adequado às reais necessidades do seu entorno e capaz de produzir qualidade de vida, com equidade, o caminho é traçar uma nova metodologia para **qualificar os gastos em saúde**, de modo a capacitar o sistema a captar e compreender melhor: (a) as especificidades locais dos



CÂMARA DOS DEPUTADOS

processos de adoecimento; (b) as desigualdades entre regiões na garantia de respostas efetivas aos problemas de saúde da população; e (c) as necessidades invisíveis que se expressam fora do sistema de saúde.

6. Como expressa o já mencionado Documento “4d” do IPEA, “Não se pode alegar falta de critérios para as transferências do Ministério da Saúde. Pode-se, contudo, questionar a sistemática desenvolvida e o seu afastamento do previsto na lei e regulamentos, conforme se constata a seguir. 1) Ausência de uma orientação estratégica mais precisa quanto ao resultado desejado com o uso dos critérios escolhidos. Maior equidade alocativa ou maior eficiência no uso dos recursos? Ou, apenas mais controle do ente doador dos recursos sobre as esferas recipientes? 2) Não seguimento, de forma mais concreta, dos dispositivos legais que definem os critérios a serem utilizados no rateio de recursos da União para estados e municípios, no âmbito do SUS. 3) O número excessivo de critérios ou formas de repasses consubstanciados em incontáveis portarias regulamentadoras transformou o acompanhamento das transferências em um estéril e difícil exercício de hermenêutica”.

7. Há certo número de desafios que se colocam em todo o território brasileiro em busca de equidade e que requer uma boa compreensão para aplicar respostas adaptadas e comuns, que respeitem a diversidade atual. A solução encontrada e viável é resignificar a equidade, de modo que o rateio se dê via o planejamento sanitário pactuado na Comissão Tripartite e Bipartite, que enseja a responsabilidade sanitária dos entes federados materializado no contrato organizativo de ações e serviços de saúde, assim como, que se considere gasto per capita e os sistemas de saúde regionais, ambos os critérios submetidos a transparência dos gastos.



8. A aproximação às necessidades e o conhecimento das realidades locais assim adquiridos e a criação de condições para o seu acompanhamento permanente no ambiente participativo da gestão governamental tripartite do SUS e de controle social, por meio da (a) **responsabilidade sanitária pactuada, (b) da alocação considerando o gasto per capita nacional com variações regionais e (c) da transparência do gasto permitem avançar mais rápido nessa delicada tarefa de ratear recursos financeiros para reduzir desigualdades em saúde da forma mais justa.**

4.2 Critérios de Rateio: Responsabilidade Sanitária e Gasto per capita com Variações Regionais

1. O rateio de recursos propostos neste relatório da CESaúde (da União para os Estados e Municípios), que deve ser realizado nos termos do disposto na Proposta em anexo, encontra sustentação na responsabilidade sanitária, na transparência do gasto⁷⁹ e na relação financiamento fundado em valores per capita nacional com variações nacionais.

2. Entende-se que esses critérios são os únicos capazes de (a) **qualificar o gasto dos recursos para saúde propostos nos capítulos anteriores deste relatório**, bem como de (b) **promover a transição das políticas e programas de saúde**, atualmente fundadas em Portarias do Ministério da Saúde, **para o modelo que se harmoniza com o definido pela Lei Complementar nº 141, de 2012.**

3. Financiamento da Saúde e responsabilidade sanitária estão essencialmente vinculados, pois eles viabilizam a efetivação do papel do

⁷⁹ O relatório dispõe de capítulo específico sobre o tema transparência, motivo que ele não será aqui colacionado.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Estado brasileiro na prestação das ações e serviço de saúde e gestão do SUS, assentado sobre os princípios da universalidade, descentralização e integralidade.

3.1 O vínculo entre responsabilidade sanitária e financiamento da saúde pública implica que o critério de distribuição do recurso levará em conta o que cada ente assumiu como obrigação para produzir, distribuir, financiar, garantir acesso, cumprir metas, atender a indicadores sanitários e demais regras estipuladas nos planos de ações e serviços de saúde, sem excluir as atuais obrigações estabelecidas na Lei 8.080 (art. 15).

3.2 A pedra basilar que sustenta a proposta é o aperfeiçoamento da cooperação e da coordenação intergovernamental, por meio do fortalecimento dos fóruns federativos de discussão e negociação entre os três níveis de governo e a criação de instrumentos e regras que facilitem e materializem os acordos intergovernamentais.

3.3 Portanto, a responsabilidade sanitária pactuada e o rateio de recursos são firmados em contrato organizativo de saúde (termo de compromisso de gestão), que corresponde ao compromisso público e à obrigação contratual que cada ente federado assume para executar ações e serviços individual e coletiva de saúde, o financiamento, o cumprimento de metas de produção, de indicadores sanitários, de capacitação de pessoal, de garantia de acesso, bem como as penalidades pelo descumprimento de compromisso público e obrigação contratual.

3.4 Um dos pontos principais do financiamento para o setor saúde é assegurar que os recursos serão geridos com efetividade e transparência, sob participação e controle social. Em decorrência do acúmulo de conhecimento produzido pelo setor saúde, a Lei



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Complementar nº 141, de 2012, trouxe alguns elementos que ligam, eclética e vulgarmente, o financiamento da saúde à responsabilidade sanitária. Citem-se os exemplos: (a) do planejamento ascendente (art. 30, §§ 1º a 3º da Lei Complementar 141/2012) e (b) dos recursos transferidos com base em planejamento e pacto (art. 17, §1º da Lei Complementar 141/2012).

3.5 Explica-se, segundo esses dispositivos da lei complementar “Quem define o montante de recursos?” é o Ministério da Saúde. Mas “como o Ministério da Saúde define esse montante?” Conforme a metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde. Usa-se como referência o Plano Nacional de Saúde e o Termo de Compromisso de Gestão **para financiar o custeio das ações e serviços públicos de saúde**⁸⁰.

3.6 Nada obstante, a legislação complementar não avançou nos aspectos essenciais que constituem e viabilizam a responsabilidade sanitária, inclusive, porque tal matéria não é objeto de lei complementar.

3.7 Por conseguinte, este relatório ao tratar da responsabilidade sanitária **remete o tema ao Projeto de Lei nº 21, de 2007, e ao Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011**, pois em ambos estão esclarecidas as atribuições de cada esfera de governo e instrumentalizadas os meios para concretude e funcionamento da responsabilidade sanitária, uma vez que a indefinição dessas atribuições e mecanismos tem gerado graves repercussões políticas, gerenciais e administrativas, assim como a ausência da complementaridade da União e dos Estados para com os Municípios⁸¹.

⁸⁰ Aqui será outra questão arguida, mais adiante.

⁸¹ Questões lacunosas no Decreto nº 7.508, de 2011, apesar de toda a boa vontade que se pode extrair desse texto infralegal. E neste ponto que adentra a União como agente redutor das desigualdades regionais.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

4. Considerando a clássica discriminação de recursos, sabe-se que no âmbito dos **recursos de investimentos**, as prioridades definidas pelo Governo Federal deverão, doravante, guardar consonância com os mapas das regiões de saúde do Estado, os quais devem demonstrar as necessidades de saúde e as metas prioritárias a serem alcançadas⁸².

4.1 Entende-se que a distinção prevista na legislação complementar nº 141, de 2012, entre repasses de custeio e repasse de investimento não gera dúvida de que este último é repassado por convênio mediante critérios previamente definidos, face a necessidade dele guardar consonância com os mapas das regiões de saúde dos Estados.

4.2 No âmbito do **custeio**, na estrutura de um sistema constitucional que adota como diretriz organizativa do sistema a hierarquia de complexidade de serviços, deve ser realizada uma divisão de baixa, média e alta complexidade, e no âmbito de cada uma, vigilâncias, medicamentos, gestão, investimento, recursos humanos etc. A partir dessas macroatividades (baixa, média e alta complexidade tecnológica de serviços), importa definir o montante de recursos que irá custeá-las de forma tripartite (União, Estado e Municípios), não se esquecendo de que a atenção básica, ordenadora do sistema cuja meta é ser resolutiva em 80% dos casos, merece recursos correspondentes às suas finalidades.

4.3 Definido o montante de recursos pelos macropilares, impõe-se encaixar as políticas e os programas de saúde dos entes federativos (considerados prioritários e em acordo com o processo do planejamento

⁸² O texto adiante foi extraído de diversos artigos e conversas com a Profa. Lenir Santos. Há passagens parafraseadas e outras integralmente copiadas e resignificadas. A não indicação das respectivas fontes decorre da ausência de organização, pois vários textos foram recebidos de modo informal. Todos os acertos a ela pertencem.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

local, regional, estadual e federal) nas metas a serem pactuadas. É pelo contrato que os compromissos e as responsabilidades de cada ente irão ser definidos na organização do SUS na região.

4.4 Nesse sentido, os recursos adicionais que serão transferidos pelo Ministério da Saúde aos demais entes da Federação, que hoje se faz mediante um conjunto de normas infralegais, deverão encontrar na responsabilidade sanitária seu espaço de negociação e definição de repasse financeiro.

4.5 A responsabilidade sanitária passa a ser uma nova forma de interação entre os entes federativos para organizar suas ações e serviços de saúde em uma região de saúde (funções comuns dos entes federativos), definindo ações mediante metas sanitárias decorrentes do planejamento.

5. Cabe dizer que a relação entre as três esferas de governo pautada em mecanismos como pagamento por serviços prestados e o instrumento convênio **estreita** ainda mais as possibilidades da descentralização contar com o aporte de recursos e responder minimamente às necessidades administrativas e gerenciais do nível municipal. Os recursos adicionais para o setor saúde requerem gastos qualificados.

5.1 A estrutura organizativa do SUS, complexa por ter descentralizado para todos os entes federativos a sua execução, que deve ser integrada e sistêmica, numa Federação que igualou entes desiguais (art. 18 da CF), impõe ao legislador ordinário o dever de encontrar a equidade sanitária, técnica, administrativa e orçamentária na execução das ações e serviços de saúde públicos.

5.2 E isso somente poderá ser feito mediante normas que respeitem essas diferenças federativas e tracem caminhos que



CÂMARA DOS DEPUTADOS

permitam ao seu final o encontro da equidade na organização e funcionamento do SUS regional, estadual e nacional. Logo, **o critério de distribuição dos recursos adicionais para o SUS deverá sê-lo por equidade regional, considerando o gasto per capita nacional.**

5.3 O argumento de Lenir Santos é clarividente:

“(...) O financiamento da saúde precisa ganhar corpo quanto à sua estruturação o qual deve ser suficiente, ainda que de forma escalonada, para garantir a integralidade da assistência à saúde. Esta última, por sua vez, precisa ter um rol definido, de maneira justa, para os usuários do SUS. Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES e Relação Nacional de Medicamentos – RENAME devem ter um justo padrão e financiamento suficiente.

É hora de refletir se o financiamento não deve fundar-se muito mais em valores per capita nacional, com suas variações regionais, sustentado pelos três entes da Federação do que em percentuais de receitas.

O financiamento tem que ser suficiente para garantir serviços em quantidade e qualidade na região de saúde, fazendo jus a um per capita regional, com lastro em per capita nacional, fundado em estudos, parâmetros e pesquisas nacionais e internacionais.

Um per capita nacional, com suas variações por região de saúde pode ser o caminho para se produzir equidade orçamentaria regional, uma vez que caberia o Estado e à União assumir as diferenças exigidas pela região, como o custeio de serviços de abrangência regional executado pelo ente municipal.

À União caberia o papel de agente redutor das desigualdades regionais em saúde, ao lado do Estado, além do seu relevante papel de planejador em longo prazo da saúde, com a participação da sociedade.

A União exerceria seu papel de agente promotor da saúde no sentido de definir diretrizes nacionais, lastreadas nas necessidades de saúde, reservando-se ao Estado o seu papel, em articulação com o Município, de definição das especificidades regionais. A União, em seu papel de agente redutor das desigualdades regionais em saúde, ao lado do Estado, lastreariam a manutenção de um per capita mínimo nacional, com abrangência regional. (...)”. grifos inovados (SANTOS, Lenir. Fonte não identificada).

5.4 É importante recordar que a discussão sobre a distribuição equitativa de recursos para ações e serviços públicos de saúde implica



necessariamente alguma noção de igualdade, colacionando a pergunta de Amartya Sen “o que deve ser igual?”.

5.5 Aquele mencionado princípio da justiça social debatido na introdução deste relatório se concentra, por um lado, na igualdade de oportunidade refletida no direito à saúde. Entretanto, esse mesmo princípio, pelo outro lado, justifica a desigualdade, ou equidade, aos mais vulneráveis, em situações de riscos, aos desfavorecidos. Ou como nos diz aquele mesmo autor:

“O interesse pela equidade na saúde, que centra especial atenção no grupo social mais vulnerável, é essencial para o entendimento contemporâneo de justiça porque a saúde é fundamental para o funcionamento do ser humano e para possibilitar o desfrute de outros bens primários, como a educação, além de fazer uso das oportunidades que a sociedade lhe oferece”. (SEN, Amartya. 2002. **Why health equity?** Health Economics, v. 11, nº 8, p. 659-66. Em livre tradução).

5.6 Nesse contexto, a proposta da CESaúde de distribuição equitativa dos recursos do SUS segundo a definição de um gasto per capita regional, com lastro em gasto per capita nacional, necessariamente deve ser amparado em estudos, parâmetros e pesquisas. Ou seja, é imperativo focar a discussão ao redor de algumas questões relacionadas com a distribuição equitativa dos recursos adicionais para ações e serviços públicos de saúde, que seguem sem resolução, a saber:

- ✓ Quais são as necessidades básicas de saúde que devem ser cobertas para toda a população? (compreensão de parte da integralidade a ser pactuada)
- ✓ Quais os serviços devem ser incluídos em um plano que garanta um nível adequado de atenção? Quais são os bens de saúde pública que permitem reduzir as necessidades de atenção? (definição de nível adequado e de bens de saúde, complementação da integralidade);
- ✓ Quanto de recurso público é exigido para cobrir as necessidades básicas de saúde de toda a população?
- ✓ Quais são os critérios para alocar os recursos limitados em



saúde com equidade?

- ✓ Que modelo gerencial de organização oferecerá lograr maior efetividade, eficiência e equidade?
- ✓ Como incorporar a participação popular e envolver a sociedade civil?

5.7 Evidentemente que essa lista identifica algumas perguntas vinculadas com a elaboração de um planejamento sanitário (sentido amplo). Os indicadores de saúde cruzados com os gastos em saúde por território podem refletir o quadro para a distribuição equitativa de recursos da saúde.

6. **Em síntese**, no que concerne ao rateio dos recursos da saúde da União para os outros entes federados, este relatório defende os seguintes critérios:

- **Distribuição segundo a responsabilidade sanitária assumida, com metas e objetivos pactuados;**
- **Distribuição segundo o per capita regional, com lastro em per capita nacional, fundado em estudos e pesquisas, de modo a promover a equidade de recursos entre as regiões de saúde, assegurando inicialmente investimento onde não houver capacidade instalada e depois para despesas de custeio.**

6.1 Nesse contexto, a CESaúde apresenta como pontos centrais para que **não ocorram os erros do passado**, que os recursos novos da saúde destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde, desde que previamente acertados na responsabilidade sanitária, segundo as definições do que são (e não são) ações e serviços de saúde (art. 3º e 4º da Lei Complementar nº 141, de 2012).

6.2 Novos **recursos qualificados para o setor saúde é o que**



possibilita a melhoria das ações e serviços públicos de saúde e da própria gestão do setor, uma vez que para melhorar a gestão deve-se fazer investimentos.

5 TRANSPARÊNCIA

5.1 Abordagens Iniciais: Resignificando o Controle para o Efetivo Combate à Corrupção

1. Os sistemas de saúde ao redor do mundo, particularmente aqueles que estão em processo de consolidação, como ainda é o caso brasileiro, enfrentam enormes desafios, não só na esfera econômica e social, mas também no campo da governabilidade democrática. Embora os gestores em diferentes níveis de governo sejam eleitos através de processos justos e legítimos, uma vez no poder, muitas vezes enfrentam desafios críticos para representar adequadamente os seus eleitores e responder às suas necessidades e demandas.

1.1 Isso muitas vezes aumenta a desilusão e apatia por parte dos cidadãos, e pode afetar adversamente o sistema de saúde, contribuindo para a sua injúria, o seu desmantelamento e sucateamento e até criando oportunidades para práticas corruptas e outros desgastes.

1.2 Em grande parte, essa falta de governança democrática no sistema de saúde não é apenas uma falta de capacidade institucional e técnica para resolver os problemas sanitários cada vez mais complexos. Mas também para a falta de adesão aos princípios democráticos básicos da governança, tais como, **a transparência e a prestação de contas**. Estas são, muitas vezes, meramente cartoriais, fruto de uma verificação de mera adequação da norma aos fatos e aos atos praticados pelos gestores, sem contextualização histórico-social e técnica-administrativa.

1.3 Observa-se que na audiência do dia 4 de junho de 2013, o



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Secretário Federal de Controle Interno da Controladoria Geral da União (CGU), Valdir Agapito Teixeira, forneceu os seguintes dados:

“Quanto à situação da apreciação do Relatório anual da gestão municipal pelos CMS em 2011, a maioria foi aprovado (71,4%); 14,8% estavam em apreciação pelo Conselho de Saúde; não havia informação em 8,3%; foram aprovados com ressalvas 4,3%, solicitado ajuste em 1,1% e não aprovado em apenas 0,1%”.

1.4 Veja que ele concluiu asseverando que “o controle social sozinho não dá conta. Necessita da atuação integrada dos órgãos de controle e do aprimoramento dos controles primários do gestor, **todos estes fortalecidos pela transparência**” (destacou-se). Ou seja, é sob a transparência que se deve focar, uma vez que em outra passagem do seu depoimento na CESaúde, ele defende, entre outras medidas:

“tornar os mecanismos de controle e transparência do SUS reconhecidos pela população como um instrumento efetivo de fiscalização e de garantia do direito à Saúde (ação - divulgar no portal saúde com mais transparência as prestações de contas e os relatórios de auditoria e de avaliação)”.

2. A CESaúde presenciou a forçosa relação entre financiamento da saúde e o “desvio” ou a “corrupção”, não só diante das audiências públicas por ela promovidas (que contou com a presença de alguns órgãos de controle interno e externo da Administração Pública), mas também por causa dos inúmeros requerimentos que não focavam as fontes, as receitas e o destino dos recursos para a saúde e sim a “corrupção”⁸³.

2.1 Esclareça-se que diante da impossibilidade de realização de todas as audiências requeridas e do risco do desvio de escopo da comissão, tais requerimentos de audiência pública foram convertidos em solicitação de informações aos órgãos de controle que não

⁸³ Os desvios e corrupção são graves problemas da Administração, incluída, o sistema de saúde. Apenas se quer chamar atenção para a falsa tese de que o problema do SUS e do seu financiamento é centrado na corrupção. Tal pressuposto, sem base empírica que o sustente, apenas reforça as forças contrárias ao movimento que defende a saúde pública, universal e integral.



estiveram presentes em audiências na CESaúde⁸⁴.

2.2 Essa digressão é para destacar como o olhar do “desvio” ou da “corrupção” é marcante dentro da CESaúde. Esta, por essência, é esfera política destinada a debater mais recursos para o setor saúde, uma vez que conta com a experiência de inúmeros parlamentares especialistas e ex-gestores da área da saúde. Ora, o mecanismo de responsabilização típico na esfera política e de gestores é a eleição. Instrumento pelo qual os cidadãos podem continuar a votar em quem representa e responde de forma adequada às suas necessidades e/ou penalizar aqueles que não o fazem, substituindo-os.

2.3 No entanto, o caminho buscado pela CESaúde para lidar com questões de responsabilidade têm se concentrado naquilo que os economistas expressam em melhorar e/ou reforçar o **“lado da oferta” (supply side) da governabilidade democrática**. Portanto, os diferentes ramos e níveis de governo, desempenham um papel importante para assegurar o controle e o equilíbrio de poderes políticos. Da mesma forma, os procedimentos administrativos e de controles internos e externos e a aplicação da lei (através de auditorias) têm sido usados como meios e abordagens de cima para baixo, sem que tal tenha refletido melhoras na gestão do setor saúde.

2.4 É importante dizer que o foco policlesco sobre os recursos públicos do SUS, que não é de pouca gravidade e sequer de menor importância, ainda assim não ampara a criação de estrutura paralela dentro do sistema de saúde que seja maior do que a atividade finalística deste sistema de saúde. Explica-se, não é minimamente inteligível sob o ponto de vista administrativo, social, político e econômico, que a estrutura de auditoria do SUS seja maior do que a estrutura fim.

⁸⁴ E até que estiveram presentes, repetindo-se procedimento, como no caso do TCU e CGU.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

2.5 Merecem destaques alguns dados trazidos pelos participantes da audiência pública sobre o tema controle e fiscalização, realizada em 4 de junho de 2013, já referida anteriormente, a saber:

- ✓ Adelina Melo Feijão, Diretora Substituta do Departamento de Auditoria do SUS (Denasus) afirmou que:
 - Em 2012 foram realizadas 903 auditorias, 354 fiscalizações e 82 verificações de TAS, num total de 1.339 ações.
 - O percentual de ressarcimento de irregularidades apontadas foi em torno de 3%, mas que seria muito maior se houvesse um sistema de auditoria mais eficiente e mais pessoal executando esse trabalho.
 - Em 2012, foram propostos ressarcimentos no montante de R\$ 163 milhões, enquanto que em 2010, foram propostos R\$ 419 milhões em ressarcimentos. Não há estudos sistematizados para indicar a razão da queda.
- ✓ Jovita José Rosa, Diretora de Relações Sociais Públicas e Comunicações da União Nacional de Auditores do SUS (Unasus) afirmou que:
 - Os governantes sempre demonstraram o “desmazelo” com a fiscalização e com o controle interno do SUS.
 - O Sistema Nacional de Auditoria ainda não saiu do papel. Os governos, desde FHC, passando por Lula e Dilma, nunca se preocuparam em criar uma carreira de auditor.
 - Cita dados de um estudo do Tribunal de Contas da União (TCU), em 1997 existiam 1200 auditores. Hoje, são 748 e a estimativa para 2015 é de que sejam apenas 70.
 - O número de visitas técnicas, que não são auditorias, aumentou de 118 em 2008 para 3.117 em 2011; enquanto que o número de auditorias reverteu uma tendência de crescimento e foi de 1562 em 2010, para 835 em 2011.
 - Há Projeto de Lei da Câmara, PLC 123/2012, que cria 1.200 cargos para auditoria do SUS e que necessita de apoio para aprovação.

2.6 Ou seja, sob o aspecto corporativo (na ótica de que o interesse privado do grupo esconde-se no manto do interesse público) ou sob o aspecto da ambiguidade (entre pressupor que o ressarcimento



CÂMARA DOS DEPUTADOS

ao SUS dos “desvios” teria sido maior se houvessem mais auditores, muito embora não existam estudos sistematizados sobre a matéria), restou apenas a afirmativa da falta de eficiência do sistema nacional de auditoria.

3. Este relatório entende que, sob essa abordagem, a ênfase dada é sobre as instituições do Estado e sua interação dentro e entre eles, restando insuficiente para enfrentar os dilemas da relação financiamento da saúde pública e “desvios” ou “corrupção”. Aliás, sob tal prisma, o espaço da participação popular, na forma como insculpida no art. 198, III, Constituição Federal, enquanto diretriz do SUS, permanecerá não autoaplicável ou compondo mero verniz de legalidade. A responsabilidade da CESAúde, enquanto microcosmo da Câmara dos Deputados deve ofertar resposta a altura do problema e na seara do que se entende ser “a Casa do Povo”, afinal a Câmara selecionou os Parlamentares mais afeitos ao tema da saúde, compromissados e experientes gestores.

3.1 Logo, democracia é definida não apenas de acordo com o fato de que o poder se origina na soberania do povo, mas a democracia é exercida através das instituições republicanas de governo, governada por um Estado Democrático de Direito, cuja finalidade é garantir e promover os direitos dos cidadãos em três áreas fundamentais de cidadania: política, civil e social.

3.2 Assim, sob a questão “desvio” e “corrupção” no SUS, o relatório defende que seja dada mais atenção no aperfeiçoamento do **“lado da demanda” (demand side) da governabilidade democrática**. Ou seja, seja reforçada a voz e a capacidade dos cidadãos para aplicar diretamente uma maior responsabilidade por parte dos agentes públicos e prestadores de serviços. Isto só se faz mediante a **transparência**.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

3.3 A ênfase dessa abordagem está nos atores fora do Estado, que exercem controle e monitoramento sob os atores governamentais nos três Poderes do Estado e níveis nacional, estadual e local. Isto inclui organizações não-governamentais e da sociedade civil, bem como meios independentes, organizações de fiscalização e pesquisa influente e/ou organizações de pesquisa, que **usam tecnologia da informação (TI) para capturar dados e elaborarem conhecimentos sobre a matéria.** Posteriormente divulgam o conhecimento e dados por meio das mídias modernas e redes sociais como mediadoras de comunicações e do fazer político.

3.4 Muitos cidadãos perceberam (e compete a CESaúde também fazê-lo) que as instituições não estão sendo alteradas e/ou reformadas, e as práticas corruptas, portanto, persistem. Ultimamente, a mídia social (Blogs, Instagram, Facebook, Twitter etc.) tem desempenhado um papel cada vez mais importante em iniciativas cidadãs, canalizadas para descobrir as práticas de corrupção e de má gestão, visando responsabilizar os governos por suas ações. Bloggers independentes, "leakers wiki" e grupos de cidadãos têm obrigado as instituições a melhorar a transparência e a prestação de contas.



Governabilidade Democrática

Supply Side

Consiste no exercício de contrapeso por diferentes poderes e instituições do Estado, controlando e buscando o equilíbrio no exercício da autoridade concedida. Isso pode ser exercido através de uma ampla gama de "órgãos de fiscalização" judicial, legislativo e executivo: tribunais, juízes, comitês legislativos, instituições superiores de auditoria, auditores internos e externos, ouvidores, agências anticorrupção, agências reguladoras independentes e outras instituições com autoridade de supervisão.

A accountability horizontal é baseada em instituições governamentais que são autorizadas, dispostas e capazes de tomar medidas significativas em resposta a violações por parte das instituições / pessoal do Estado. Tais ações podem incluir monitoramento, declaração pública, investigações e audiências, reprimendas, rebaixamentos, demissão, multas, processos e prisões.

Demand Side

Origina-se de atores fora do Estado, que inclui controle e equilíbrio dos poderes dos agentes do Estado dentro dos Três Poderes e dos níveis nacional, regional e local. As instituições representativas da accountability vertical incluem o eleitorado (atuando por meio de eleições livres e justas), os partidos políticos, a mídia, as ONGs/OSC (incluindo sindicatos, associações profissionais e empresariais e organizações religiosas), entre outros.

Instituições de accountability vertical também influenciam accountability horizontal: diretamente, exigindo uma verificação e equilíbrio de poderes dentro do Estado e, indiretamente, mediante o fortalecimento dessas instituições como meios de comunicação independentes, agências de fiscalização e centros pesquisas influentes.

Fonte: USAID. *Transparency, Accountability, Prevention, Enforcement, Education an Analytical Framework for Combating Corruption & Promoting Integrity in the Europe & Eurasia Region*. Washington DC: USAID Europe and Eurasia Bureau Anti-Corruption Working Group, 2005.



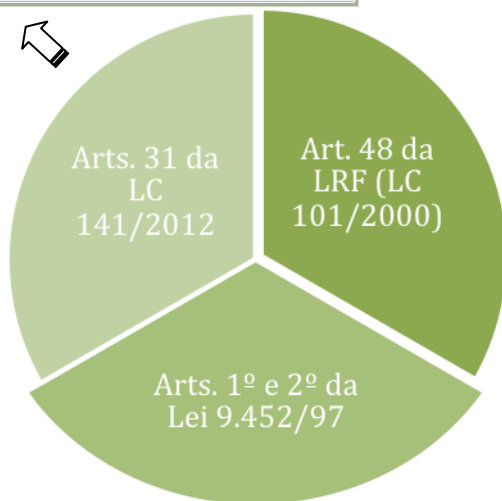
3.5 Neste contexto, os tomadores de decisão estão cada vez mais conscientes do instrumental de TI para captura de dados, gestão de informações, elaboração de conhecimento. Eles sabem das pressões de cidadãos comuns e estão começando a aceitar o controle e a participação social sob outro olhar, como uma forma de promover a participação dos cidadãos e, como um mecanismo de transparência.

3.6 Portanto, os esforços traçados são para melhorar a **capacidade da gestão e dos cidadãos e grupos de interesse para interagir estrategicamente com funcionários do governo e com os legisladores**, de uma forma mais informada, direta e construtiva, recebendo cada vez mais atenção e apoio. Isso reflete uma mudança crescente à governança democrática em relação às políticas públicas do SUS, capacitação e participação, os quais formam a base para a **participação e transparência**.



Dispositivos legais sobre transparência na gestão dos recursos públicos das ASPS

Dispõe sobre a transparência, visibilidade, fiscalização, avaliação e controle (vide arts. 34 e ss; 38 e 39 da LC 141/2012)



Instrumentos de transparência da gestão fiscal. Divulgação por meio eletrônico, incentivo à participação popular e realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes e orçamentos anuais.

Determina que as Câmaras Municipais sejam obrigatoriamente notificadas da liberação de recursos federais para os respectivos municípios.



5. **Transparência** é participação e controle social. E pode ser um mecanismo de **combate à corrupção** e **aumento da eficiência** da máquina administrativa. Baseia-se na premissa de que as pessoas querem e têm o direito de saber o que o governo faz, como ele faz, como ele os afeta e, especialmente, que o governo tem a obrigação de ser responsável e transparente para os cidadãos.

5. Logo, este tópico do relatório expõe os elementos necessários para a elaboração e implementação da transparência no SUS. E mais, explica o ambiente que faz com que esses exercícios sejam bem sucedidos.

6. No âmbito da competência do legislativo, destina-se também a servir como proposta de indicação como parte da estratégia e/ou programação do Ministério da Saúde. O objetivo final é fornecer uma ferramenta para avaliar e auditar estrategicamente mais o social do que aspectos normativos e de adequações.

5.2 Sistema de Informação em Saúde: Transparência Acima de Tudo.

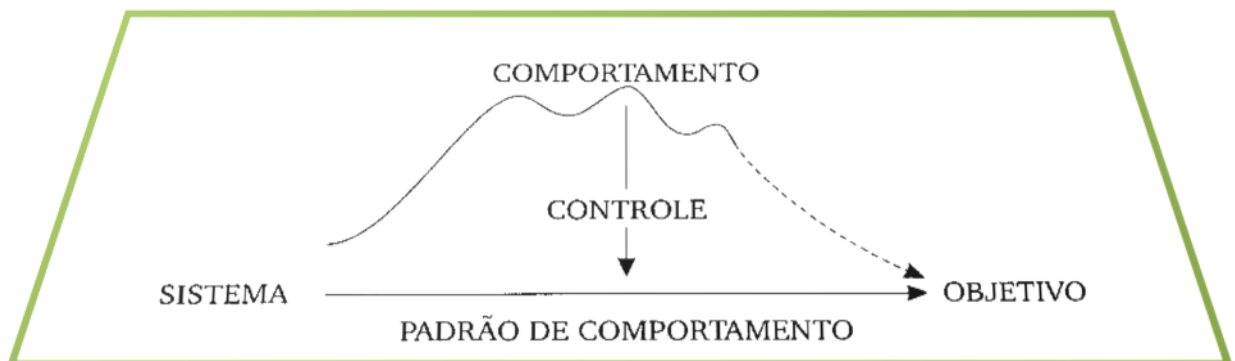
1. De uma maneira geral, o combate ao desperdício dos recursos empregados no sistema de saúde público se dá a partir de uma ação posterior dos órgãos de controle e fiscalização aos acontecimentos que porventura possam ter causado “desvio” ao erário ou configuram “ato de corrupção”. Aliás, a rigor, as auditorias são realizadas em registros administrativos existentes onde nem sempre existe a certeza de que eles correspondem a um evento real, que de fato aconteceu.

1.1 Por conseguinte, para que se possa reduzir tanto os



“desperdícios”, os “desvios” e a “corrupção”, como para que se possa ter um real controle da operacionalização ou concreto funcionamento dos diversos sistemas de saúde que perfazem o SUS, bem como para se saber se todos esses sistemas estão dentro de um padrão esperado de eficiência e eficácia, entende-se que **todos os eventos de interseção entre serviço, trabalhador e cidadão-usuário devem ser registrados em tempo real.**

1.2 Observa-se que essa concepção recupera a essência do liame entre transparência e controle, na medida em que esse elo **consiste em manter o sistema dentro de um padrão** de objetivos⁸⁵ e de comportamento⁸⁶, com base em informações contínuas sobre o próprio sistema e o padrão de objetivos e de comportamento – consubstanciados nos diversos protocolos clínicos e de vigilância à saúde. Estes representam o critério de avaliação do desempenho do sistema. A figura abaixo exemplifica a ideia.



O processo de transparência mantém o sistema orientado para o

1.3 Conquanto o processo moderno de controle dependa da informação sobre o comportamento do sistema e o padrão de controle⁸⁷, exigindo uma segunda etapa acerca da aquisição de

⁸⁵ Os objetivos representam os padrões dentro dos quais o sistema deve se manter, seja por modo qualitativo e metas quantitativas.

⁸⁶ Tratam-se, em suma, de definições de obrigações ou proibições (normas de conduta).

⁸⁷ E considerar que o sistema de controle no Brasil, esmagadoramente, ainda reflete uma atuação cartorial.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

informação, a **transparência** avança o suficiente para que se possa definir, desde logo, **qual a informação deve ser produzida** (todos os eventos de interseção entre serviço, trabalhador e cidadão-usuário), **em que momento deve ser produzida** (em tempo real) e **como deve ser produzida** (registros online, amparados em tecnologia da informação – TI).

2. O funcionamento cotidiano do SUS e suas múltiplas nuances ainda apresentam-se obscuras para os gestores, trabalhadores e cidadãos. Exemplifique-se, no instante da prestação do serviço de saúde, a rigor, nenhum gestor sabe quanto mais ou menos vai custar aquele serviço. O cidadão-usuário não consegue saber, com certa aproximação, o que esperar e enquanto tempo será realizado o atendimento médico.

2.1 Em linguagem coloquial, não se sabe exatamente o que se passa dentro do sistema de saúde. Este não é transparente. Que medicamentos estão sendo prescritos? Que testes são ordenados para diagnosticar problemas de tireóide? Eles são adequados? Quantos pacientes estão em dia com seus exames de triagem? Onde há leitos e máquinas de ultrassom disponíveis? Onde estão certos profissionais especializados? Para responder a cada uma dessas perguntas, que são essenciais para melhorar o funcionamento do sistema de saúde, devem ser realizados estudos complexos e dispendiosos. É a mesma coisa em outras indústrias? A resposta é negativa. Outros setores, como o varejo, têm sistemas instalados, permitindo-lhes conhecer as suas estatísticas em tempo real⁸⁸.

2.2 O SUS precisa urgentemente de sistema de informação que permita **conhecer o que acontece dentro do próprio sistema**. Essa informação é crucial para aperfeiçoá-lo. Nesse sentido, o sistema

⁸⁸ Via de TI, tais como, Data Warehouses e Business Intelligence.



público de saúde está um pouco atrasado, uma vez que as questões que envolvem a implantação de específica TI para um supermercado não tem identidade para um hospital ou clínica integrada em rede.

2.3 Entretanto, tal é uma prioridade que não se pode esperar. Não se pode continuar a “adivinhar” ou a utilizar instrumentos complexos, dispendiosos, pouco eficientes e eficazes para auxiliar na tomada de decisão do gestor e na operacionalização cotidiana do SUS. **É imperativo um sistema de saúde transparente. E o uso de TI em saúde é fundamental para alcançá-la.**

3. Por meio da transparência no SUS, inicia-se uma nova faceta de produção de dados. No caso, dados sobre:

1. Morbidade e mortalidade (que são a base para avaliação de um sistema de saúde).
2. Registros de atendimentos, isto é, quais os tipos de serviço de saúde foram executados.
3. Registro de tipos de procedimentos realizados. Ou seja, os procedimentos profissionais e as decisões profissionais adotadas, com relação àquele usuário.

3.1 Tais registros conformam a base de dados para a gestão clínica e a gestão terapêutica de um sistema de saúde.

3.2 Considere-se aqui incluído os respectivos prontuários. Explica-se: o registro dos dados transforma-se na base dos prontuários profissionais, podendo ser tanto o prontuário clínico como o livro de enfermagem e de outras profissões que também fazem registros em um único prontuário, mas com anotações em espaços distintos.

3.1 A iniciativa coloca o SUS no patamar de países como Alemanha, França, Inglaterra, Canadá, entre outros, que tornam público os resultados de seus diferentes centros de saúde, devidamente identificados⁸⁹. Esclareça-se, identificando-se individualmente os

⁸⁹ No Brasil, há dados agregados para análise, publicado regularmente pelo Ministério da Saúde. Todavia, não sob o prisma ora ofertado.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

subsistemas, este conjunto constitui na prática a totalidade de entidade pública ou privada que prestam ações e serviços de saúde pública (sistema como um todo).

3.2 O porquê da transparência assenta-se nas evidências suficientes para aceitar que essa publicidade e gestão melhoram os resultados, além do que os cidadãos-usuários têm o direito de conhecer essa informação. Considere, ainda, que a ordenação da assistência mais especializada, inclusive, a contratação de determinados serviços de saúde por parte da Administração Pública pode basear-se e utilizar tais dados para a tomada de decisão.

3.3 Para a transparência ser mais crível e útil no processo de organização do SUS, esta deveria ser apoiada e liderada por profissionais da saúde, burocratas, estudiosos e pesquisadores, dotando-a com suporte técnico e científico no processo de avaliação e transparência do sistema público de saúde. Conseqüentemente, quando se disse que a transparência abre uma nova fase de formulação de indicadores, deve-se fazer um esforço para se obter os melhores indicadores, no sentido de que sejam mais adequados a complexa realidade da assistência à saúde em nosso SUS. Algumas frases habituais, “isso ou aquilo não pode ser medido” não são mais aceitáveis. O trabalho diário e o apoio que o cidadão-usuário presta ao SUS merece a resposta: mais transparência e melhorar tanto quanto possível o sistema público de saúde.

5.2.1 A Identificação Única do Cidadão-Usuário

4. Saliente-se que a organização da coleta desses registros adota a sistemática do **usuário com identificação única**⁹⁰. E essa

⁹⁰ Para os fins textuais, o sentido semântico é igual para os termos “identificação única”, “identificação



CÂMARA DOS DEPUTADOS

colheita de identificação já diz qual é o sexo, a idade, raça, origem da cidade desse cidadão, entre outras. Ou seja, todas as informações sobre aquele cidadão-usuário, resguardada sob o direito à privacidade, contém tudo o que acontecer ao longo da sua vida.

4.1 O importante a destacar é que do conteúdo do cartão/prontuário eletrônico, o sistema consegue registrar e armazenar dados tanto por indivíduo e por gênero, como por faixa etária ou raça, cite-se estes como exemplos. Com a posse desse banco de dados, é possível trabalhá-lo **para extrair dados produzidos por diagnóstico, por afecção, por doença etc.**

4.2 De fato, muito se tem escrito sobre os benefícios dos cartões ou prontuários eletrônicos. Em síntese, tais estudos apontam que uma vez instalado o sistema de informação pode-se melhorar a forma como os doentes são tratados, a forma como a assistência médica é ofertada, o modo como é produzida ações e serviços públicos de saúde, como os profissionais da saúde se comunicam entre si e como os estabelecimentos e entes interagem, entre outras exemplificações. Trata-se do que se costuma designar de **coordenação do atendimento**⁹¹.

4.3 Em sentido mais simples, o cartão eletrônico é utilizado para coordenar o atendimento dos pacientes, pois se adota a premissa de que o cuidado coordenado é melhor do que aquele que não é coordenado. Evidentemente que isso exige que os cartões sejam implantados e combinados para uma boa maneira de trabalhar, em

universal”, “cartão eletrônico”, “protocolo eletrônico”.

⁹¹ A questão subjacente é sobre quem irá custear a implantação do cartão eletrônico como mecanismo de transparência. Considerando que o benefício é de todos, entende-se que o sistema público deve liderar a iniciativa, tal como ocorre em alguns países europeus com sistemas de saúde pública. Para o sistema privado de saúde, o Estado deve atuar de modo que os prestadores de serviços não tenham outra opção, senão implementá-lo a suas expensas. Isto é o que faz, como por exemplo, os Estados Unidos da América.



processos adequados⁹², com comunicação entre sistemas distintos (sistema público e privado de saúde), destinados à necessidade e finalidade do SUS⁹³.

5.2.2 Eixos Gestores: Sistêmico, Clínica, Sanitária, Garantia de Acesso e Organização da Atenção.

5. De qualquer modo, é com base nos dados armazenados e produzidos pelo sistema de saúde em tempo real que são geradas as condições necessárias para organizar, ao menos, **5 (cinco) eixos gestores**: (1) Eixo Sistêmico; (2) Eixo da Produção; (3) Eixo da Gestão Clínica e da Gestão Sanitária, (4) Eixo da Garantia de Acesso e (5) Eixo da Organização da Atenção. Vejamos cada um desses.

1. **Eixo Sistêmico**: possibilidade de identificar o Município e o estabelecimento de saúde que atendeu o cidadão-usuário.
 - a) Então, pode-se debitar do Município, que é referência, a utilização do SUS por cidadão-usuário de outros municípios ou do próprio município. **Mostra-se a eficiência do Município enquanto operador de sistema.**
 - b) Vê-se parte do **cumprimento de sua responsabilidade sanitária**⁹⁴.
 - b.1 Nessa linha de informação, consolida-se a gestão sistêmica. O elemento estruturante do SUS é a responsabilidade sanitária, uma vez que desde o momento em que o registro é feito e sistematizado, oferta-se a possibilidade de se saber **“o que” o sistema atendeu da demanda prevista** (atendeu 80% da demanda prevista? Mais ou menos? O sistema atendeu mais do que estava previsto como sua demanda?)

⁹² Entende-se por processo adequado aqueles processo bem desenhados, provados, com capacitação aos operadores do sistema etc.

⁹³ Interessante artigo na revista “[Journal of General Internal Medicine](http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-009-1195-2)” (Disponível <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-009-1195-2>), onde se entrevisto um grupo de médicos doutores americanos sobre o cartão eletrônico e a coordenação do atendimento médico. O resultado mostrou que existem alguns elementos que não ajudam e, na verdade, dificultam o cuidado coordenado do paciente. A hipótese levantada pela reportagem é que o cartão eletrônico nos EUA nasceu para cobrar as prestações dos serviços de saúde e não para melhorar a atenção a saúde dos pacientes. E expressa “é precisamente isso o que faz de melhor o cartão eletrônico, otimizar o sistema de cobrança”. Ressalte-se, então, implantação do cartão segundo à necessidade e finalidade do SUS.

⁹⁴ Que é o compromisso de entrega de ASPS para os seus municípios e para os municípios de outrem - que usam esse serviço.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

b.2 Além disso, possibilita-se obter informações que está no campo da responsabilidade sanitária, que são **informações sobre morbidade e mortalidade** para população daquele município⁹⁵.

5.1 Então, busca-se resolver a **informação sistêmica** e se potencializar a **transparência**. Em tese, possibilita-se a qualquer gestor e a sociedade saber qual é o compromisso com a vida que cada ente da Federação tem para com o setor de saúde, considerando as condições objetivas postas que permitiram a oferta de ASPS. E diga-se, compromisso este que fora pactuado e não imposto por nenhum ente a outro ente federado.

2. **Eixo da Produção:** com base no registro em tempo real das interseções entre serviço, trabalhador e cidadão-usuário **pode-se saber se determinado estabelecimento contratado ou estabelecimento próprio da Administração Pública, de fato, entregou à população as ASPS compromissadas.**

2.1 E ainda, é possível saber **se aqueles estabelecimentos estão sendo eficientes**, qual a efetiva destinação do dinheiro público ali aplicado e **qual a produção real que eles estão dando ao setor de saúde.** Detalhando,

a) É possível identificar e mensurar se o estabelecimento contratado pela Administração Pública para determinada produção de ASPS está entregando, ou não, a qualidade e quantidade contratada.

b) A Administração Pública poderá condicionar o pagamento a prévia comprovação da entrega do que foi objeto do contrato. Isso potencializa a transparência ao gasto na área da saúde.

5.2 É importante sistematizar a conexão dos dois primeiros eixos antes de avançar. Logo, o primeiro eixo ventila a questão do sistema e sua relação com a responsabilidade sanitária. Neste eixo estão inseridos os indicadores básicos de saúde, a saber, indicadores de morbidade e de mortalidade, que é uma linha para validação da responsabilidade sanitária, bem como avaliação da eficiência e da

⁹⁵ Ou melhor, a responsabilidade sanitária é na prática o compromisso de cada ente com a produção e serviços de saúde, com indicadores de morbidade e mortalidade, com a produção e serviços de saúde para os jurisdicionados e para municípios que usam o seu sistema de saúde.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

eficácia de determinado ente da Federação. Essas duas variáveis devem ser correlacionadas ao segundo eixo, que trata da questão das compras de serviços e de eficiência produtiva, ou de eficiência própria ou eficiência contratual, dependendo se é serviço próprio ou por serviço contratado.

3. Eixo da Gestão Clínica e da Gestão Sanitária: diante da identificação única do cidadão-usuário no sistema de saúde, pode-se ter registro para conformar bancos de dados sobre (a) procedimentos já executados, (b) resultados já disponíveis que podem ser utilizados em qualquer ponto da rede do SUS, (b.1) por qualquer profissional, (c) evitando o retrabalho e a repetição da enorme quantidade de exames que são refeitos dentro de um mesmo prazo de validade do exame.

3.1 Esses registros estariam disponíveis em um banco de dados para ser acessado por qualquer profissional habilitado, desde que esteja cuidando de algum cidadão-usuário, de modo que é a partir da identificação desse usuário que o profissional da saúde estaria autorizado a ter acesso às informações. Trata-se da **gestão clínica**.

3.2 Daí em diante, haveria a clara distinção entre a gestão clínica e a **gestão dos grupos de riscos**. Explica-se, com base nesse banco de dados **é possível distinguir**, sob a proteção do direito à privacidade, **grupos**, como por exemplo, grupos de diabéticos, crianças, gestantes, idosos, entre outros.

3.3 Com isso, pode-se fazer o **acompanhamento com ofertas programadas**, bem como **apurar se o indivíduo ou grupo está tendo acesso, ou não, àquilo que deveria acessar** para ter a proteção a sua saúde, prevenção ou a promoção da saúde por meio de **grupos vulneráveis ou suscetíveis**.

4. Eixo da Garantia de Acesso: através da identificação universal em tela, o cidadão-usuário e operadores do sistema **podem acessar todas as ofertas que o sistema oferece ou tem contratado**. Ilustre-se da seguinte maneira, colocam-se as ASPS em uma sala de oferta virtual, que pode ser acessada por qualquer profissional, desde que habilitado, para resolver o problema de saúde de um indivíduo.

4.1 Cria-se uma verdadeira **rede virtual**, onde se agrega a oferta de ASPS produzida de forma sistêmica ao indivíduo para atender a sua necessidade de saúde. Com isso, o SUS passa a ser transparente e potencializa o cidadão, o gestor, os Parlamentares,



CÂMARA DOS DEPUTADOS

os movimentos e sociedade civil organizada saber onde cada real, cada recurso, está sendo aplicado no setor da saúde.

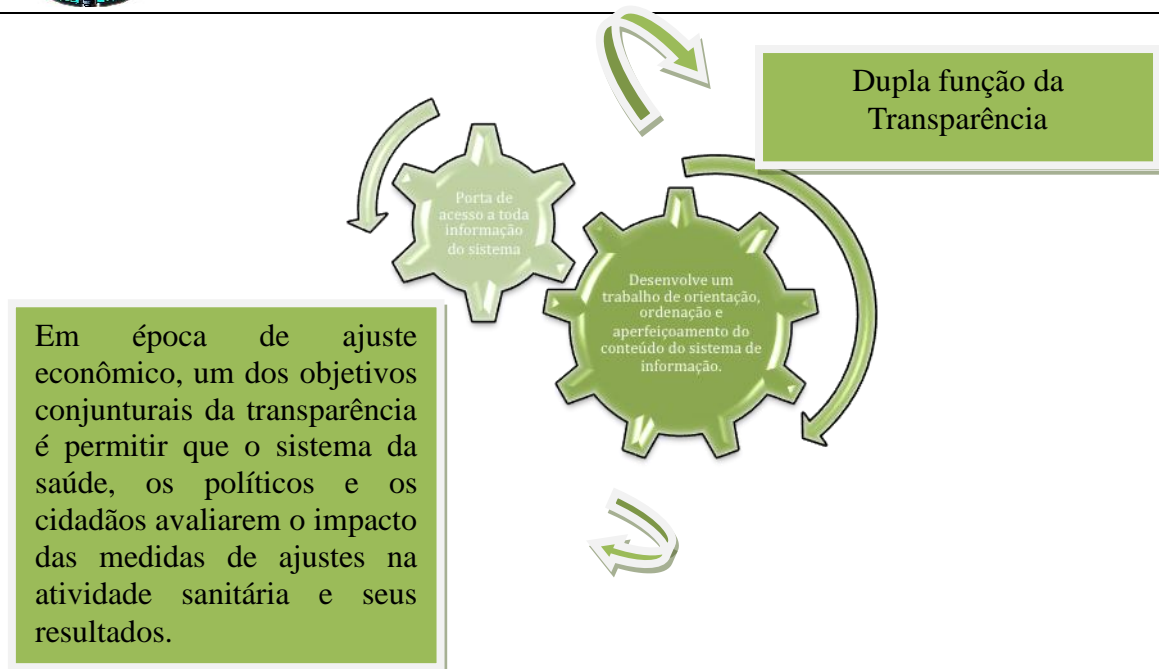
5.3 Os sistemas de auditoria seriam, assim, muito mais um sistema analítico de algo real. Destinados a verificar os padrões de objetivos dos diversos operadores e o padrão de desempenho nas execuções contratuais. Haveria uma auditoria de qualidade para saber se os pacientes (ou cidadãos – usuários) estariam sendo assistidos dentro do padrão esperado. Estes consubstanciados nos diversos protocolos clínicos e de vigilância à saúde.

5. **Eixo da Organização da Atenção:** o banco de dados em apreço exige **o cadastramento de todos os profissionais da área de saúde**, classificados, entre outros critérios, por distribuição pelos estabelecimentos de saúde (aspecto territorial), por tipos de estabelecimentos (aspecto da atenção), por respectivas capacidades produtivas e capacidades de entrega de ASPS.

5.1 Essa ordenação perfaz faceta da grande sala de oferta virtual de ASPS ofertada pelo SUS, seja por meio de estabelecimentos contratados ou de estabelecimentos próprios. Ambos devem colocar seus procedimentos e serviços nessa aludida “prateleira virtual” para que **a rede inteira do SUS possa acessar, interagir e integrar-se**, materializando o anteriormente eixo da **garantia de acesso**.

5.4 Então, com o desenvolvimento desse sistema de registro em tempo real, constituir-se-ia **transparência na operação do SUS na operação de seus milhares de operadores sistêmicos locais, estaduais e regionais**.

5.5 Restou clarividente pelos eixos apresentados que se formula proposta que coloca à disposição da participação e do controle social, dos gestores e profissionais da área de saúde todas as informações necessárias para **melhorar o conhecimento do setor de saúde e facilitar a avaliação, a comparação** (benchmarking) e **a tomada de decisão**.



5.6 A CESaúde entende que se lograr implantar um sistema de TI adequado no SUS, amparado na identificação única de usuário, será perfeitamente possível conhecer o que se passa no interior do sistema de saúde. Exemplifique-se, **pode-se saber qual estabelecimento tem melhores resultados ou qual regional de saúde é mais eficiente.**

5.7 **E ainda,** qual ente federado cumpriu a responsabilidade sanitária e qual não cumpriu, mas desmembrando a análise para se saber onde se deve fazer investimentos (porque não tem capacidade instalada) e onde se pode aplicar somente em custeio (há capacidade instalada), inclusive, identificando questões do tipo "se existe capacidade instalada e não há recursos de custeio para o funcionamento das instalações e equipamentos ou onde não existe capacidade instalada e sequer há custeio).

5.8 Todas essas informações devem ser publicizadas, daí o sentido de transparência. Evidentemente que resguardada a privacidade dos indivíduos. Assim, os conselhos de saúde, a sociedade organizada e



CÂMARA DOS DEPUTADOS

os movimentos populares de saúde estariam **empoderados** para pressionar por melhorias qualitativas e avanços sociais no setor saúde.

5.9 Atualmente, se um cidadão-usuário do SUS não é bem atendido no SUS porque está faltando insumos ou faltam médicos, a resposta padrão não é a precariedade dos recursos para a saúde. O que é bem verdade. Mas que “a culpa” é da gestão promovida por esse ou aquele governo. Este diz que a máquina burocrática está apartada do interesse público e visa interesses corporativos. E, no final, nenhum gestor ou cidadão-usuário sabe, com precisão cirúrgica, o que se passa no SUS. **Se o sistema de saúde for transparente, finalmente se poderá tomar ciência do que está acontecendo, onde e quais soluções devem ser adotadas, afinal com a transparência exurgem as responsabilidades.**

6. Os profissionais da área de saúde, geralmente, são resistentes em dar conhecimento de seus resultados e desempenhos. Existem razões legítimas para entender essa posição, tal como, o questionamento a qualidade dos dados e a precisão (exatidão, sensibilidade e especificidade) das medidas e dos indicadores empregados. Nada obstante, como afirmavam os pioneiros nas publicações de dados sobre mortalidade em cirurgias cardíacas na Inglaterra⁹⁶, “os problemas técnicos não são tão importantes no contexto maior da transparência pública”.

7. A transparência pretende ajudar o SUS em suas comparações internas e externas. A potencializar uma contínua melhora da qualidade e segurança assistencial de saúde. Os resultados que se afastarem do padrão esperado indicará unicamente a necessidade de realizar uma profunda investigação e do gestor agir para superar o problema.

⁹⁶ Apontamentos pessoais. Não identificação da fonte.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

8. Ou melhor, a finalidade da transparência será, entre outras, **gerar conhecimento** para contribuir para aperfeiçoar a **qualidade, segurança e sustentabilidade** do SUS, facilitando a **tomada de decisão** dos cidadãos, dos profissionais, dos gestores e planejadores. Por isso, a transparência é uma reivindicação cidadã, amparada na Constituição Federal e Lei Orgânica do SUS. Logo, ela não é uma opção, mas uma obrigação ética e republicana.



6. RECOMENDAÇÕES

6.1 Sobre o Financiamento da Saúde

A CESaúde recomenda para incrementar o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, o Projeto de Lei Complementar (Anexo I), alterando a Lei Complementar nº 141, 2012, com o seguinte teor:

- Será substituído o método presente no art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012⁹⁷: A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o equivalente a 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal, calculada segundo a metodologia definida no art. 2º da Lei Complementar nº 101, de 2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal);
- Como regra de transição visando o novo patamar de gastos, o projeto prevê que a aplicação mínima da União em 15% da RCL será cumprido progressivamente até o ano de 2017, garantindo-se, no mínimo, 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) já no primeiro ano subsequente ao da publicação dessa nova legislação, com acréscimo sequencial nos anos posteriores: 13,8%, 14,4% e 15%, todos da RCL;
- Contribuição Social para a Saúde (CSS) no percentual de 0,2% (dois décimos por cento). Estão isentos do pagamento da CSS os valores dos proventos dos inativos, dos pensionistas e demais benefícios previdenciários, não excedentes ao valor do maior salário-de-contribuição.
- Da mesma forma e em iguais limites estarão isentos os

⁹⁷ A atual regra dispõe que a União aplicará na saúde o valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido, no mínimo, da variação nominal do PIB ocorrida do ano anterior.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

trabalhadores ativos contribuintes do regime geral de previdência e do regime de previdência do servidor público.

- É mantido o caráter fiscalizatório da contribuição, buscando evitar elisões e sonegações fiscais.
- Assegura-se a manutenção dos recursos oriundos da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o §1º do art. 20 da Constituição Federal.

6.2 Sobre os Critérios de Rateio

A CESaúde recomenda que os recursos adicionais para as ações e serviços públicos de saúde acima sugeridos e expressos no Projeto de Lei Complementar (Anexo I), sejam qualificados com os seguintes parâmetros:

- Alocados tendo como diretrizes a responsabilidade sanitária, a transparência na aplicação dos recursos por meio do registro das ações e serviços de saúde em tempo real e o equilíbrio entre o gasto per capita nacional e os sistemas de saúde regionais, de modo a promover a equidade de recursos entre as regiões de saúde, possibilitando o gasto inicial em investimentos, onde não houver capacidade instalada, e depois gasto em custeio.

6.3 Sobre os Aperfeiçoamentos na LC nº 141/2012

A CESaúde recomenda alteração nos seguintes dispositivos da Lei Complementar nº 141, de 2012, arts. 14; 24; 38 e 39, todos inseridos no Projeto de Lei Complementar (Anexo I) pelas razões a seguir:

- Art. 14, LC 141/2012 - Prevê, assim, que a aplicação dos recursos



CÂMARA DOS DEPUTADOS

por meio dos Fundos de Saúde não impede a gestão e a execução orçamentária e financeira dos respectivos recursos por entidades da administração indireta vinculadas ao órgão máximo da direção do SUS no âmbito de cada ente da Federação.

- Art. 24, LC 141/2014 – Ajustes de redação, que retificam equívocos técnicos, tais como o correto uso da expressão “empenhados”;
- Art. 38, LC 141/2014 – correção linguística, além de permitir que as comissões temáticas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal auxiliem a CMO na realização do monitoramento da avaliação dos gastos com saúde.
- Art. 39, LC 141/2014 – acrescenta elementos para a transparência e o controle social, relacionando a ação dos órgãos de fiscalização mediante a origem do recurso.

Dispositivo autônomo prevê (art. 4º do Projeto) que as normas gerais para registro das ações e serviços de saúde pela União, Estados, DF e Municípios serão editadas pelos órgãos centrais de contabilidade e orçamento da União, enquanto não for constituído o Conselho a que se refere o art. 67 da Lei Complementar nº 101, de 2000, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a garantir o cálculo automático do mínimo de saúde e a dar cumprimento às disposições da LC 141/2012.

Importa ressaltar que a alteração ao art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012, mantém conexão e pertinência com os dispositivos previstos no art. 2º da Proposta, especialmente a mudança do método de definição do piso federal em ASPS.

6.4 Outras Proposições Legislativas

A CESaúde recomenda, como parte integrante e



CÂMARA DOS DEPUTADOS

complementar do trabalho e propostas sobre o financiamento da saúde, as seguintes Proposições (Anexo II):

- Apresentação do Requerimento para criação de Comissão Especial destinada a analisar e propor medidas sobre a relação entre o setor público e o setor privado no âmbito do sistema de saúde nacional, aprofundando o debate sobre as subvenções estatais que geram subfinanciamento do SUS, aqui incluídas, as exonerações tributárias (Anexo II, item A);
- Elaborar indicação ao Poder Executivo com o seguinte escopo: aumentar a competência do DENASUS, de modo que ele tenha como incluso em seu foco de auditoria parâmetros de qualidade dos serviços, segundo os contratos organizativos de ações e serviços de saúde entre os Entes (Anexo II, item B);

6.5 Apoio às Proposições Legislativas em Tramitação

A CESaúde recomenda apoio às seguintes Projetos de Lei:

- Projeto de Lei nº 21, de 2007, de autoria do Deputado Dr. Rosinha, que “dispõe sobre a Responsabilidade Sanitária dos agentes públicos e a aplicação de penalidades administrativas”, bem como ao Projeto de Lei do Senado nº 174, de 2011, de autoria do Senador Humberto Costa, que “altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para modificar o art. 36, que institui regras sobre a elaboração dos planos de saúde, e para inserir dispositivos que regulam a responsabilidade sanitária dos gestores no âmbito do Sistema Único de Saúde”.
- Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 32, de 2011, de autoria do Deputado Amauri Teixeira, que “cria a Contribuição Social para a Saúde – CSS”;
- Projeto de Lei do Senado nº 707, de 2007, de autoria do Senador



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Alvaro Dias, que “aumenta a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) das instituições financeiras para 18%”;

- Projeto de Lei Complementar nº 48, de 2011, de autoria do Deputado Dr. Aluizio, que “tributa Grandes Fortunas por meio de contribuição social e destina recursos para o setor saúde”;

Expedição de ofício para os respectivos autores, relatores e presidentes de Comissões por onde tramitam todas as Proposições que foram enumeradas nestas recomendações como recebendo apoio deste relatório, para que Suas Exas. fiquem cientes do posicionamento favorável à matéria adotado pela CESaúde.

6.6 Medidas Legislativas Internas

A CESaúde sugere como ações e medidas que possam ser adotadas pela Mesa Diretora da Câmara dos Deputados em parceria com a Presidência da Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF):

- Criar prêmio, sem valor monetário, a ser conferido, anualmente, pela Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), segundo critérios prévios, aos gestores, pesquisadores, servidores, cidadão comum de municípios e estados que se destacarem na implantação, pesquisa, estudo do SUS, reconhecendo o trabalho realizado. Torna-se necessário que a Mesa Diretora elabore Resolução Legislativa para criação desse prêmio.
- Monitoramente, pela CSSF, das proposições de saúde estruturantes para o SUS em tramitação na comissão e na Casa, utilizando metodologia de classificação desenvolvida pelo Grupo de Pesquisa e Extensão sobre Saúde da Câmara, a fim de analisar o fluxo das mesmas, apoiando sua oportuna deliberação, por meio da organização de uma pauta de deliberação que priorize as



proposições estruturantes.

- Visando facilitar o controle social e também oferecer meios para os parlamentares acompanharem a implantação do SUS, recomenda-se que a CSSF instale uma “sala de situação de saúde”, usando metodologia divulgada pela Organização Pan-Americana da Saúde, baseada na seleção de indicadores, que permitam a verificação ao longo do tempo do atingimento de metas definidas no nível nacional, estadual e, até, municipal.

6.7 Medidas Administrativas Internas

A CESaúde recomenda apresentar Requerimento (Anexo III) para aprofundar estudo, por meio da Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados, e no prazo de 60 (sessenta) dias propor os seguintes Projetos de Lei em benefícios do SUS:

- Verificar a viabilidade da Proposta do Prof. Dr. Elias Jorge que cria a Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira, cujo inteiro teor está no Anexo IV, Item A, deste relatório;
- Verificar a viabilidade da Proposta da Profa. Dra. Lígia Bahia, no sentido de que o fundo de pensão dos servidores públicos tenha que aplicar no sistema único de saúde (SUS). No caso, nas ações que digam respeito ao complexo industrial de fabricação de vacinas e medicamentos, cujo comprador e garantidor é o Ministério da Saúde, conforme notas taquigráficas (Anexo IV, item B, Notas Taquigráficas exclusivas da profa. Lígia Bahia, audiência pública do dia 15 de maio de 2013).
- Verificar a viabilidade da Proposta da Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil – ANTC, ofertado pela Dra. Lucieni Pereira, Anexo IV, item C, deste



relatório;

- Verificar a Proposta do especialista e técnico Afonso Teixeira Reis, no sentido de imposto progressivo com alíquotas proporcionais sobre rendimentos de aplicações financeiras e receita decorrente de um pequeno acréscimo no valor unitário das apostas de jogos (com cautela para não desestimular as apostas) vinculadas à saúde, Anexo IV, item D, deste relatório.

7. BREVE RELATO DA CESAÚDE

1. Este capítulo visa narrar um breve histórico da Comissão de Financiamento do SUS (CESaúde), indicando a criação e o escopo da Comissão. Contando um pouco da historia das audiências e seus pontos principais e contribuições.

7.1 A Criação e Escopo da CESAÚDE

2. A Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde Pública (CESaúde) foi criada em 26 de fevereiro de 2013 pelo presidente da Câmara dos Deputados, Deputado Henrique Eduardo Alves, com a deteminação de ser composta por vinte membros titulares, com igual número de suplentes, e mais um titular e um suplente, atendendo ao rodízio entre as bancadas não contempladas, designados de acordo com o art. 33 do Regimento Interno.

3. O referido presidente designou os membros da Comissão em 26 de março de 2013, conforme a indicação das Lideranças e convocou reunião de instalação e eleição para o dia 03 de abril de 2013. Apresenta-se abaixo a composição da Comissão.

4. O escopo da Comissão, como referido, é o estudo do financiamento da saúde pública no Brasil, com a possibilidade de apresentar proposições, sem a delimitação de um prazo específico para a apresentação dos resultados.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

5. Foram realizadas 09 reuniões⁹⁸, conforme especificado a seguir:

- ✓ Em 10 de abril de 2013, para instalação da Comissão e eleição do Presidente e dos Vice-Presidentes;
- ✓ Em 16 de abril de 2013, para definição do roteiro dos trabalhos e deliberação de requerimentos;
- ✓ Em 23 de abril de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 07 de maio de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 15 de maio de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 21 de maio de 2013, para votação de requerimentos e realização de audiência pública;
- ✓ Em 04 de junho de 2013, para realização de audiência pública;
- ✓ Em 13 de agosto de 2013, convocada pelo Sr. Presidente da Comissão para discutir RCL versus RCB com os Consultores de Orçamento e Consultores Legislativos da Câmara dos Deputados;
- ✓ Em 20 de agosto de 2013, Seminário Internacional, com a presença do Vice-Ministro de Estado da Saúde do Chile, o representante da Escola Nacional de Segurança Social da França e do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde de Portugal e Sra Conselheira para Assuntos Sociais da Embaixada da Alemanha.

6. As sínteses das audiências públicas são apresentadas na seção a seguir.

Composição da Comissão

TITULARES	SUPLENTES
PT	
<u>Benedita da Silva</u> PT/RJ (Gab. 330-IV)	<u>Amauri Teixeira</u> PT/BA (Gab. 237-IV)
<u>João Paulo Lima</u> PT/PE (Gab. 360-IV)	<u>Janete Rocha Pietá</u> PT/SP (Gab. 578-III)
<u>Rogério Carvalho</u> PT/SE (Gab. 641-IV)	<u>Miriquinho Batista</u> PT/PA (Gab. 435-IV)
PMDB	
<u>Darcísio Perondi</u> PMDB/RS (Gab. 518-IV)	<u>Colbert Martins</u> PMDB/BA (Gab. 456-IV)
<u>Osmar Terra</u> PMDB/RS (Gab. 927-IV)	<u>Edinho Araújo</u> PMDB/SP (Gab. 418-IV)

⁹⁸ Desconsidera-se as reuniões de depósito do relatório e subsequentes, uma vez que não podem ser aqui inseridas.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

<u>Saraiva Felipe</u> PMDB/MG (Gab. 429-IV)	<u>Geraldo Resende</u> PMDB/MS (Gab. 905-IV)
PSDB	
<u>Eduardo Barbosa</u> PSDB/MG (Gab. 540-IV)	<u>Cesar Colnago</u> PSDB/ES (Gab. 602-IV)
<u>Marcus Pestana</u> PSDB/MG (Gab. 715-IV)	<u>Raimundo Gomes de Matos</u> PSDB/CE (Gab. 725-IV)
PSD	
<u>Dr. Paulo César</u> PSD/RJ (Gab. 904-IV)	<u>César Halum</u> PSD/TO (Gab. 282-III)
<u>Eleuses Paiva</u> PSD/SP (Gab. 658-IV)	<u>Geraldo Thadeu</u> PSD/MG (Gab. 248-IV)
PP	
<u>Afonso Hamm</u> PP/RS (Gab. 604-IV)	<u>José Linhares</u> PP/CE (Gab. 860-IV)
<u>Toninho Pinheiro</u> PP/MG (Gab. 584-III)	<u>Roberto Britto</u> PP/BA (Gab. 733-IV)
PR	
<u>Gorete Pereira</u> PR/CE (Gab. 206-IV)	<u>Laercio Oliveira</u> PR/SE (Gab. 629-IV)
PSB	
<u>Alexandre Roso</u> PSB/RS (Gab. 742-IV)	<u>Sandra Rosado</u> PSB/RN (Gab. 650-IV)
<u>Dr. Ubiali</u> PSB/SP (Gab. 560-IV) - vaga do PRB	
DEM	
<u>Mandetta</u> DEM/MS (Gab. 577-III)	<u>Ronaldo Caiado</u> DEM/GO (Gab. 227-IV)
PDT	
<u>Sebastião Bala Rocha</u> PDT/AP (Gab. 608-IV)	<u>Paulo Rubem Santiago</u> PDT/PE (Gab. 423-IV)
PTB	
<u>Antonio Brito</u> PTB/BA (Gab. 479-III)	<u>Arnaldo Faria de Sá</u> PTB/SP (Gab. 929-IV)
Bloco PV, PPS	
<u>Carmen Zanotto</u> PPS/SC (Gab. 503-IV)	<u>Rosane Ferreira</u> PV/PR (Gab. 454-IV)
PSC	
<u>Andre Moura</u> PSC/SE (Gab. 846-IV)	<u>Zequinha Marinho</u> PSC/PA (Gab. 823-IV)
PcdoB	
<u>João Ananias</u> PCdoB/CE (Gab. 303-IV)	<u>Jandira Feghali</u> PCdoB/RJ (Gab. 622-IV)
PRB	
(Deputado do PSB ocupa a vaga)	<u>Jhonatan de Jesus</u> PRB/RR (Gab. 535-IV)

Secretária: Eugênia S. Pestana

7.2 Relato das Audiências e Seminário

Audiência de 23 de abril de 2013

7. A primeira audiência da Comissão abordou a questão do financiamento da saúde de modo abrangente, contando com a participação de vários segmentos.

7.1 A presidente do Conselho Nacional de Saúde, **Maria do Socorro de Souza**, defendeu reformas, como a taxaço sobre grandes



CÂMARA DOS DEPUTADOS

fortunas, para ampliar os recursos federais para a saúde, mas não considerou viável a adoção de medidas como a volta da CPMF.

"Nós apostamos na redução da renúncia fiscal, nós apostamos na taxação das grandes fortunas, nós apostamos também em alguns setores da indústria que têm hoje uma grande movimentação financeira que pode contribuir mais para a saúde como, por exemplo, as seguradoras de veículos, a indústria do fumo, a indústria dos agrotóxicos. Então, discutir CPMF poderia ser uma via, mas acredito que não há ambiente favorável nesse momento para uma pauta como essa."

7.2 O presidente da Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul, **Júlio Dornelles de Matos** referiu que as Santas Casas e os hospitais filantrópicos: operam com mis de 2 mil hospitais no Brasil, com um total de 170 mil leitos, dos quais 126 mil (74%) acessíveis ao SUS; são responsáveis por 480 mil empregos diretos, por 160 milhões de consultas ambulatoriais para o SUS e 7,5 milhões de internações hospitalares, das quais 4,9 milhões (66%) para o SUS.

7.3 Destacou que 56% dos hospitais filantrópicos estão localizados em cidades com até 30 mil habitantes onde, normalmente, as alternativas de assistência são reduzidas. Em mais de 1.000 municípios são os únicos a oferecerem leitos ao SUS.

7.4 Reivindicou 100% de reajuste nas tabelas do Sistema Único de Saúde (SUS), informando que para cada R\$ 100 de custos, o SUS remunera apenas R\$ 65, representando um déficit médio de 53,8% entre custo e receita. Os maiores problemas estariam localizados na assistência de média complexidade, onde as diferenças entre o pago e o efetivamente gasto, em alguns casos, superam os 200%.

7.5 Em 2011, o custo dos serviços prestados ao SUS foi de R\$ 14,7 bilhões, enquanto as receitas provenientes do SUS foram de R\$ 9,6 bilhões, conduzindo a um déficit de R\$ 5,1 bilhões. Deste total estão descontados cerca de R\$ 2,1 bilhões que as instituições usufruíram em isenções, sem os quais o déficit atingiria R\$ 7,2 bilhões. Estimou que a



CÂMARA DOS DEPUTADOS

dívida total do setor filantrópico em 2013 alcançará cerca de R\$ 15 bilhões.

"Por isso estamos em crise permanente e endividamento crescente. Se não fossem as prefeituras e a maioria dos estados, grande parte das 2.100 Santas Casas do País estariam fechadas. Onze mil leitos foram desativados nos últimos anos, quando deveríamos ter disponibilizado mais 40 mil, por conta do aumento populacional".

7.6 O presidente da Confederação Nacional de Saúde, **Olympio Távora Derze**, considera que o financiamento do custeio representa o fator central na crise hospitalar e ambulatorial do SUS, uma vez que influencia, diretamente o resultado final.

"O problema está em que a atenção ambulatorial e hospitalar do SUS está construída sobre uma grande falácia, a de que se pode remunerar os prestadores de serviços abaixo de seus custos. A tabela SUS tem uma estrutura interna que apresenta problemas graves nos valores relativos. Sua lógica é a de sub-remunerar fortemente os procedimentos de tecnologia dura, especialmente procedimentos de alta complexidade".

"Nenhum governo, desde 1990, aloca mais recursos para a saúde além do mínimo minimorum. A CPMF foi uma contribuição substitutiva e não aditiva. Os recursos oriundos da contribuição sobre Folha de Pagamento, criada com o fim específico de custear a saúde do previdenciário foi retirada e nada se fez pelo seu retorno, embora o trabalhador seja usuário do SUS. A Emenda Constitucional 29, definiu o mínimo de recursos a serem alocados para a saúde, anualmente. O MINIMO VIROU MÁXIMO. Novos serviços são criados sem previsão orçamentária, onerando os já existentes."

7.7 A realidade atual é que: *"repasses federais são quase totalmente fatiados em vínculos ("carimbos") a programas, projetos e prioridades pontuais, decididos pelo gestor federal. A oferta de serviços é fragmentada pelos vínculos dos repasses, pela seleção na tabela de pagamentos, daqueles melhor contemplados nos valores, com concentração nos procedimentos especializados".*



CÂMARA DOS DEPUTADOS

7.8 Salientou que os reajustes no SUS têm sido inócuos. *"Está claro, há muito tempo, que o valor das consultas e procedimentos pagos pelo SUS estavam e estão em valor irrisório"*. Por exemplo, a correção de R\$ 2,55 para R\$ 7,55 para consultas especializadas *"representou um incremento de 196%, um pouco mais que a inflação setorial do período (1994-2002) e 800% a menos que o menor valor atribuível à consulta paga por planos de saúde. O valor, após 11 anos, 2002-2013 ainda é o mesmo."*

7.9 Considerou que o art. 26 da Lei Orgânica do SUS, no 8.080, de 1990, não está sendo cumprido, pois os critérios e valores para a remuneração de serviços e os parâmetros de cobertura assistencial deveriam ser aprovados no Conselho Nacional de Saúde; e os critérios deveriam garantir a qualidade dos serviços contratados e manter o equilíbrio econômico e financeiro do contrato.

7.10 Destacou que várias proposições em tramitação no Congresso podem prejudicar o setor da saúde suplementar; por exemplo, a que reduz a jornada de trabalho dos profissionais de enfermagem (PL 2295/00) (que teria impacto de R\$ 5,4 bilhões) e a que obriga a presença de dentistas nas UTIs dos hospitais de médio e grande porte (PL 2776/08).

7.11 Alertou que mesmo a proposta de aplicação dos 10% das receitas correntes brutas da União na saúde seria insuficiente para resolver a subfinanciamento do setor e que "acabar com os ralos" é igualmente importante.

7.12 O diretor do Hospital Universitário de Brasília (HUB), **Hervaldo Sampaio Carvalho**, representando a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino, destacou a necessidade de planejamento do SUS, considerando as diferenças regionais, integrando os três níveis de governo. Defendeu prioridade para as redes metropolitanas de saúde, para que o acesso seja amplo, independente dos limites territoriais. Também defendeu a integração das ações de vários ministérios, para abranger, por exemplo: educação em saúde e a prevenção em geral, com destaque para os traumas.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

7.13 Sugeriu modificar a forma de financiamento, superando o modelo baseado em procedimento (centrado na doença), para privilegiar a solução dos problemas de saúde. "*Remunerar investimento não garante qualidade*".

7.14 Como representante dos hospitais universitários, mencionou que estes se parecem com um "cãozinho sem dono", um sobrevivente. Demandou planejamento de ações integradas entre os setores da educação e da saúde, valorizando a atenção básica. Considera que a estratégia da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) se apresenta como "um dono para o cãozinho".

7.15 O presidente da Federação Nacional dos Médicos, **Geraldo Ferreira Filho**, indicou que a saúde oferecida ao brasileiro não é adequada e que sem mais recursos, não é possível melhorar. Destacou que o Brasil investe apenas 3,2% do PIB em saúde, ficando atrás, por exemplo, da Argentina (5,1%) e da Alemanha (8,1%) e que há altos custos associados com a atenção à saúde.

7.16 Manifestou apoio à destinação de 10% das receitas brutas da União para o setor e apontou outras medidas importantes, como a punição para os casos de corrupção na saúde; e a adoção de políticas complementares, principalmente em relação aos acidentes envolvendo motociclistas (pois esses acidentes representam 70% dos atendimentos nas emergências de politraumatizados).

Audiência de 07 de maio de 2013

8. O pesquisador do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da UFMG, **Francisco Carlos Cardoso Campos**, defendeu a mudança dos critérios de rateio dos recursos para a saúde.

8.1 Atualmente, a legislação prevê uma série de critérios a que chamou de "automáticos", baseados em variáveis como o funcionamento do sistema de saúde vigente, demografia e condições socioeconômicas da localidade.

8.2 Detalhou que Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que o rateio dos recursos da União observará: necessidades de saúde



CÂMARA DOS DEPUTADOS

da população, dimensão epidemiológica, dimensão demográfica, dimensão socioeconômica, dimensão espacial, capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e o disposto no art. 35 da Lei no 8.080, de 19/09/90.

8.3 O referido artigo considera: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área; desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior; níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais; previsão do plano quinquenal de investimentos da rede; ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.

8.4 Campos apresentou críticas às metodologias de "alocação equitativa". Destacou os seguintes problemas: a metodologia é de difícil compreensão para a maioria das pessoas; propõem-se alcançar a equidade apenas com recursos de custeio (as desigualdades seriam estruturais e deveriam ser enfrentadas com projetos de investimento); não remunera os serviços realmente existentes; o sistema de incentivos é invertido: premia as situações com indicadores sanitários "piores"; considera indicadores estaduais e municipais médios (há grande contingente de cidadãos com elevadas necessidades sanitárias e sociais em estados e municípios com indicadores "bons", devido a elevadas desigualdades); não contempla a complexidade dos fenômenos envolvidos na organização dos serviços de saúde.

8.5 Para Campos, o ideal é adotar uma metodologia de distribuição baseada no planejamento das necessidades do setor em todo o País. *"O rateio por programação permite a estimativa do total das necessidades dos serviços de saúde, e não apenas a distribuição dos recursos que temos hoje". Campos conclui que "não podemos retirar dos pobres para dar aos miseráveis, temos de arranjar outros recursos"*.

9. **Elias Antônio Jorge**, membro da Associação de Professores da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, propôs (como solução conjuntural para o setor) a criação de tributo para



CÂMARA DOS DEPUTADOS

financiar a Saúde. Seria uma contribuição de 0,3% sobre transações financeiras a ser destinada exclusivamente à saúde. O total da arrecadação com a "CFMF" deveria ser destinado pela União à atenção básica, com o objetivo de reduzir os gastos do sistema.

"Não basta ter mais dinheiro para fazer o mesmo, é preciso mais dinheiro para fazer diferente, fazer que o gestor deixe de ser refém da doença".

9.1 O Executivo federal ainda ficaria obrigado a destinar um terço do equivalente ao valor arrecadado, mas advindo das outras fontes, aos estados e mais um terço aos municípios. Essas transferências, no entanto, seriam condicionadas à aplicação dos valores mínimos previstos em lei para educação e saúde.

9.2 Como solução definitiva para sistema público de saúde, Elias Jorge defendeu medidas como a taxação de grandes fortunas, assim como aumento da tributação de produtos nocivos à saúde, como automóveis, motos, bebidas alcóolicas e fumo. Também reclamou que medidas aprovadas no Congresso reduzem constantemente o financiamento da seguridade social no País, por meio da desvinculação de receitas para o setor. Segundo sustentou, o maior risco estrutural que a seguridade corre no momento é a reforma tributária, que transforma todas as contribuições sociais no Imposto sobre Valor Agregado (IVA). "Isso desmonta de vez todo o sistema". Atualmente, é a arrecadação com esses tributos que financia o sistema de seguridade.

10. **Ana Maria Alves Ferreira**, diretora da Secretaria de Controle Externo da Área da Saúde, do Tribunal de Contas da União – TCU, abordou as fontes de financiamento da saúde pública no Brasil.

10.1 Destacou que o financiamento privado é originário das famílias e empresas, mas que há participação do Estado indireta, com incentivos fiscais, e direta, ao subsidiar parte dos custos de planos de saúde para servidores. No SUS, o financiamento é público, mas a execução de grande parte dos serviços é feita por agentes privados. Mais da metade da rede de atendimento no SUS é de estabelecimentos privados (filantrópicos ou não).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

10.2 Quanto à alocação de recursos federais, comparou que, entre 2000 e 2010 a receita corrente líquida da União aumentou em 261%, mas a alocação em saúde aumentou menos (205%), enquanto que em outros setores os aumentos foram expressivos – juros, 336%; educação, 358%; assistência social 789%; saneamento, 963%.

10.3 Ressaltou que, na execução orçamentária do Ministério da Saúde, chama atenção o crescimento da proporção de créditos não utilizados. Em 2010, R\$ 2,45 bilhões não foram usados, enquanto que em 2012, R\$ 9,1 bilhões não foram usados (9,64% do orçamento). Em 2012, a União empenhou recursos suficientes para dar cumprimento à regra de aplicação mínima de recursos no setor saúde. Do total empenhado, R\$ 8,3 bilhões foram inscritos em restos a pagar não processados. Também chamou atenção para a inclusão de R\$ 1,45 bilhão relativo a saneamento básico urbano, embora as disposições da LC 141/2012 autorizem a inclusão de tais despesas apenas no caso do saneamento de domicílios ou de pequenas comunidades, distritos indígenas e quilombolas.

10.3 Sobre o cumprimento da aplicação mínima em saúde, em 2011, três estados informaram não ter cumprido o mínimo. Caso tivessem cumprido, haveria um incremento de R\$ 1,2 bilhões para a saúde. No RS, o aporte seria de R\$ 741 milhões.

10.4 Destacou que o atual critério de aplicação de recursos mínimos pela União tenderia a limitar aumentos nos empenhos do orçamento da saúde pela União, que se ateriam ao mínimo exigido para aplicação no ano; pois a LC 141/2012 estabelece que os recursos empenhados num ano serão incorporados no valor do mínimo do ano seguinte (acrescido da variação do PIB), de modo que uma aplicação superior ao mínimo exigido seria automaticamente incorporada no mínimo a ser gasto no ano subsequente.

Audiência de 15 de maio de 2013

11. O professor de Economia da Saúde da FSP/USP e do Departamento de Economia da PUC-SP, **Áquilas Mendes**, lamentou o uso de recursos do SUS para financiar a rede privada de saúde.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

"O cidadão brasileiro, quando usa o serviço privado, pega o recibo e, na hora de declarar o imposto de renda, desconta do seu imposto. Então, há uma perversidade. Na realidade, o Estado deixa de arrecadar e está ajudando o cidadão a usar o privado." (...) "Seja na forma de renúncia, seja na forma de transferir recursos para comprar serviços do [setor] privado, isso tem sido recorrente, sobretudo, com o surgimento no País dessas organizações sociais da saúde. É passar um equipamento público para o privado fazer a gestão."

11.1 Destacou a "força soberana do capital financeiro", no Brasil. Em 2011, foram despendidos cerca de R\$ 195,0 bilhões com juros da dívida, valor correspondente a 3,0 vezes o gasto do Ministério da Saúde.

11.2 Mendes identificou como problemas do financiamento da saúde no Brasil: a insuficiência de recursos e baixo volume de gastos (com recursos públicos); a indefinição de fontes; a ausência de maior comprometimento do Estado brasileiro (federal e estadual); gasto com recursos privados em saúde relativamente elevado para um sistema público universal; gasto público financiado por um estrutura tributária defasada à dinâmica do capitalismo financeirizado e que tende a penalizar os mais pobres.

11.2 Reconheceu como cenários que restringem o financiamento da saúde: a) política econômica restritiva dos governos federais (metas de inflação e de ajuste das contas externas, que exigem superávits primários fiscais altos; tentativas de redução dos gastos públicos sociais e contingenciamento); b) dinâmica contemporânea do capitalismo baseada na dominância financeira. Exemplificou ao citar que 45% do orçamento federal de 2011 foi comprometido com juros e amortização da dívida.

11.3 Ressaltou a trajetória de conflitos no financiamento do SUS. O período de 1988 a 2000 corresponde a doze anos de embates pela Emenda 29. O período de 2003 a 2012, a oito anos de tensões pela Lei 141/2012. Entre os conflitos, citou: a aprovação da EC 29 com incertezas na aplicação das ações e serviços públicos de saúde; as



CÂMARA DOS DEPUTADOS

sistemáticas investidas dos governos federal e estaduais contra a vinculação de recursos para a saúde; o fim da CPMF em 2007, como fonte exclusiva para a saúde; as investidas do governo federal contra a regulamentação da EC 29 (2003/2011); a ameaça da reforma tributária à Seguridade Social, extinguindo o OSS (2008); as indefinições da Lei Complementar nº 141/2011 e a continuidade das incertezas no financiamento do SUS.

11.4 Sobre o contexto atual do financiamento da saúde, indicou que com a criação da EC29 em 2000, o Brasil obteve um aumento do gasto público em saúde, passando de 2,89% do PIB, em 2000, para 3,8% do PIB, em 2010. Mas, ainda insuficiente para ser universal e garantir o atendimento integral. Isso porque, para o Brasil atingir o nível dos países com sistemas universais de saúde, como Reino Unido, Alemanha, França, Espanha, precisaria quase dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar à média desses países europeus, isto é, 8,3%.

11.5 Atualmente as principais fontes de financiamento do SUS são a COFINS (56%) e a CSLL (39%).

11.6 Indicou, como uma das evidências do baixo gasto federal com a saúde, a queda no gasto da União como percentual de sua receita – em 1995 era de 11,72%, mas em 2011 foi de 7,3% (Carvalho, 2012). Outra é a queda progressiva do gasto proporcional da União no gasto com saúde, em relação aos gastos dos estados e municípios. Em 1980 a União participava com 75% dos gastos e em 2010, com 45%.

11.6 Sobre a participação dos municípios, nem todos os cumprem os gastos mínimos (de 15%), mas a diferença é pequena. A quase totalidade cumpre e o faz com recursos mais que os mínimos. Em 2009, em média, os municípios aplicaram 21,9% da receita própria. Entre 2000 e 2009, os municípios colocaram R\$ 11,5 bilhões a mais (IGPM/dez/2010).

11.7 Já os estados, nem todos cumprem os mínimos (de 12%). Entre 2000 e 2009, os estados deixaram de aplicar na saúde R\$ 31,8 bilhões (IGPM/dez/2010).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

11.8 Identificou o seguinte impacto da derrota da regulamentação da EC 29, com a não destinação da receita corrente bruta da União para a Saúde: o projeto de regulamentação que se encontrava no Senado (PLS 127/2007) e não aprovado na versão original (aplicação da União em 10%, no mínimo, da Receita Corrente Bruta - RCB), poderia ter acrescentado ao orçamento do Ministério da Saúde de 2013 o correspondente a R\$ 43 bilhões. "O governo federal fez de tudo para que essa base de cálculo não fosse aprovada. Tudo em nome de que não possui uma fonte específica para isso".

"É sabido que recursos financeiros não faltam, sobretudo quando analisamos o resultado do Orçamento da Seguridade Social. Há anos evidenciam superávits. Mas, grande parte é direcionado ao pagamento de juros da dívida, a fim de manter superávit primário – uma política econômica restritiva. Esse direcionamento tem nome: Desvinculação das Receitas da União (DRU). Um dia depois de definido que o SUS não contaria com maiores recursos (dez/2011), o governo aprovou no Senado, o projeto que propunha a continuidade da DRU até 2015."

"Mesmo atrelando o financiamento público da saúde com o crescimento da receita ou com o aumento do PIB, esses recursos irão em grande parte para o setor privado (prestadores privados; subsídios a planos de saúde etc). O Brasil não precisa rever também como se dá a circulação dos recursos na saúde?"

11.9 Mendes estimou a renúncia fiscal na saúde (benefícios tributários para despesas médicas de pessoas físicas e de empresas, para entidades de assistência social e para a indústria farmacêutica) para 2013, em R\$ 24 bilhões. Em 2011 foi de R\$ 13,4 bilhões.

11.10 Destacou que os planos e seguros de saúde movimentaram mais de R\$ 84 bilhões em 2011, orçamento maior que o Ministério da Saúde destina ao SUS. Mas os planos atendem apenas 25% da população.

11.11 Apresentou dados que indicam que em 2012 teriam faltado R\$ 26,2 bilhões para a atenção básica e R\$ 39,3 bilhões para a média e alta complexidade, num total de R\$ 65,5 bilhões.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

11.12 Como propostas de sustentabilidade econômica, apresentou as seguintes: a) defender a ruptura da lógica da política econômica restritiva (1990/2000), buscando a defesa de mecanismos para garantir uma proteção social (direitos sociais) mais forte (sustentabilidade da seguridade social - saúde; b) perseguir a meta de aplicar, no mínimo, 8,3% do PIB em saúde pública, garantindo a universalidade; c) implantar os critérios de rateio da Lei 141/2012, com base em necessidades de saúde, "precisamos de recurso novo" (nenhum estado ou município pode perder recursos); d) fim das isenções de IRPJ das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários; extinção, no curto prazo, da dedução no IRPF com despesas médicas; e) estabelecimento de uma política de renúncia fiscal para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejudicar a capacidade do gasto do Estado; f) rejeitar o aumento excessivo do gasto direto do bolso das famílias (out of pocket), garantindo prioridade aos investimentos (ampliação do gasto) no SUS; (2005, era R\$ 46,8 bilhões e, em 2009, passou para R\$ 79,0 bilhões - +69%); g) regulamentar o Imposto sobre as Grandes Fortunas como fonte para a Seguridade Social - (CSocial sobre as grandes fortunas); h) defender que a União aplique em ações e serviços de saúde, no mínimo, 10% da Receita Corrente Bruta. (SAÚDE +10!); i) exigir dos Estados o compromisso com a aplicação em ações e serviços de saúde de, no mínimo, 12% da Receita de Impostos, compreendidas as transferências constitucionais; j) para a Seguridade Social, continuar a defesa de rejeição da DRU; k) ampliar a alíquota da CSLL para instituições financeiras (atual 9% para 18%); l) aprofundar mecanismos de tributação para a esfera financeira (com o fim da CPMF e o alargamento da esfera financeira) - criar um IGMF - movimentação superior a R\$ 2 milhões; m) tributar lucros remetidos ao exterior por parte de multinacionais (bancos e empresas) - legislação atual isentos; n) defender o Financiamento da Seguridade Social, não a reforma tributária que está no Congresso, mas uma reforma com ampliação de impostos progressivos; o) Eliminar o limite da LRF para despesa com pessoal na saúde; p) estabelecer limite prudencial para as despesas com serviços de terceiros (principalmente na saúde).



CÂMARA DOS DEPUTADOS

12. A professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, **Lígia Bahia**, indicou que *"os sistemas modernos de saúde não podem ser financiadas por meio de gastos diretos (do bolso out-of-pocket)"*.

"O descompasso entre os recursos individuais e as despesas com cuidados de saúde pode ser imenso. Portanto, os custos dos cuidados individuais são, em grande parte cobertos pelos aportes combinados a instituições (terceiras partes. As terceiras partes podem assumir diversos formatos, desde recursos de famílias estendidas - associações voluntárias, seguros comerciais e sociais e órgãos estatais no nível nacional ou regional.

Na prática, porém, as vantagens de escala e as limitações fundamentais dos mercados de seguros privados levaram à predominância das instituições públicas. Em quase todas as sociedades desenvolvidas, a maioria dos cuidados de saúde é pago pelos governos, com recursos captados a partir de várias formas de tributação, ou pelo seguro social

Instituições, em grande parte ou totalmente fora do mercado comercial, que impõem o pagamento obrigatório de contribuições para a maioria da população.

Diversas formas de pagamento out-of-pocket pelos usuários de cuidado pode ser encontrado em ambos os tipos de sistema, geralmente representando entre 10 por cento e 20 por cento do total das despesas em países de renda mais elevadas.

O seguro comercial privado desempenha um papel ainda menor do que o dos gastos diretos no financiamento global do sistema, cobrindo menos de 10 por cento das despesas de saúde nos países desenvolvidos."

12.1 Lígia Bahia considera uma falácia o argumento de que o SUS pode fazer mais com menos, pois há um subfinanciamento. Também criticou a forma de pagamento no SUS, ainda baseado numa tabela de procedimentos.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Para Bahia, é preciso que sejam explicitados os interesses e as contradições dos atores envolvidos no debate sobre o financiamento do SUS. "Nada mais pobre do que um debate pobre". Nesse contexto expressou a "perplexidade" de um governo que se diz progressista promover a privatização da saúde. Destacou o projeto do Ministério do Desenvolvimento de conduzir a "nova classe média" para os planos de saúde. Recomendou a inclusão de mais atores no debate, pois avanços não serão produzidos a partir de debates consensuais: "é preciso quebrar ovos".

13. O médico pediatra e de saúde pública, **Gilson Carvalho**, apresentou dados atualizados sobre a conjuntura do financiamento da saúde pública no Brasil.

13.1 Iniciou destacando as dimensões não divulgadas do SUS. Por exemplo, em 2012, segundo Carvalho, o SUS produziu no País 3,8 bilhões de procedimentos ambulatoriais, sendo: 583 milhões de promoção e prevenção; 887 milhões de diagnósticos (bioquímica/imagem/AP); 1,6 bilhões de clínicos; 90 milhões de cirúrgicos; 732 milhões de medicamentos excepcionais; 5 milhões de órteses, próteses e materiais especiais; 22 milhões de ações complementares. Ocorreram 11 milhões de internações pelo SUS, sendo 3,3 milhões, cirúrgicas; 2 milhões, obstétricas, e 6 milhões, clínicas.

13.1 Para Carvalho, o maior dilema da saúde pública seria: fazer novas leis ou exigir que sejam cumpridas?

13.2 Dados de 2011 mostram que o gasto público com saúde do nível federal foi de R\$ 72 bilhões (45%), do estadual foi de R\$ 41 bilhões (26%) e do municipal foi de R\$ 46 bilhões (29%). Num total de R\$ 159 bilhões.

13.2 Em maio de 2013, dez estados ainda não haviam informado sobre a situação de 2012.

13.3 Mencionou que o gasto público por brasileiro, por dia, com saúde ficou em apenas R\$ 2,33 em 2011.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

13.4 Apresentou vários cenários de necessidades de recursos para garantir cobertura à saúde universal e integral (em 2010). Quando usou os gastos per capita dos planos de saúde, verificou que o total estimado para o SUS seria de R\$ 298 bilhões, nesse caso faltariam R\$ 160 bilhões para o SUS. Quando usou a média de 5,5% do PIB (observado em países saúde pública, segundo a OMS), o total seria de R\$ 198 bilhões, e faltariam R\$ 60 bilhões ao SUS. Quando usou o per capita público de países de maior renda, as necessidades de financiamento para o SUS seriam ainda maiores.

13.5 Quanto ao cumprimento da Emenda 29 pelos entes federados, observou que, em 2011, os municípios aplicaram R\$ 13,5 bilhões acima do mínimo; os estados estariam devendo R\$ 35 bilhões e o nível federal estaria devendo cerca de R\$ 20 bilhões.

13.6 Como evidências do sub-financiamento federal na saúde elencou: a) o gasto federal per capita caiu (era de R\$ 294 em 1997; R\$ 234 em 2003; e R\$ 289 em 2008); b) a proporção da aplicação da receita federal em saúde caiu (era 11,72% em 1995 e 7,3% em 2011); c) a participação federal no orçamento da saúde caiu (como citado por Mendes).

13.7 Carvalho destacou a “vergonha” representada pelo fracasso da LC 141/2012 em relação ao financiamento pela União, porém mencionou a esperança do projeto de lei de iniciativa popular para obtenção de mais recursos federais para a saúde, em fase de coleta de assinaturas. Caso o projeto que determina que a União gaste um mínimo de 10% de suas receitas correntes brutas na saúde seja aprovado pelo Congresso, seriam adicionados à saúde R\$ 43 bilhões, de modo que (com os dados de 2013) o orçamento passaria de R\$ 81,3 bilhões, para R\$ 130 bilhões.

13.8 Carvalho lembrou que a saúde pública perdeu todos os grandes embates sobre o financiamento. Na Constituinte, não houve a fixação do mínimo para a União. Em 1993, ocorreu a retirada dos 30% do Orçamento da Seguridade Social como mínimo da saúde (que deveriam ser incluídas nas LDO). Em 2000, a Emenda 29 deixou de



CÂMARA DOS DEPUTADOS

incluir proporção da receita para acolher a variação do PIB. Em 2007 houve a queda da CPMF. Em 2011 LC 141/2012 foi alterada sem alteração no financiamento pela União.

"Estas questões foram todas aprovadas por maiorias do Congresso sob comando do Executivo... o mesmo Congresso que mais investe contra o baixo financiamento da saúde".

13.9 Gilson Carvalho finalizou afirmando que o SUS não precisa de mais "convencões de convictos", pois os que precisam ser convencidos são os que têm restrições ao SUS".

Audiência de 21 de maio de 2013

14. O representante do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), **Rodrigo Lacerda**, admitiu fragilidades na gestão, mas foi taxativo sobre a necessidade de mais recursos federais.

14.1 Ao comparar vários países quanto à participação do poder público na proporção dos gastos com saúde, verificou que o Brasil possui uma baixa proporção, para um país que tem um sistema universal de saúde (Reino Unido – 86%, Suécia – 85%, Dinamarca – 83%, Alemanha – 76%, França – 75%, Espanha – 69%, Portugal – 56%, Itália – 55%, BRASIL – 44%). A proporção de gasto público do Brasil é a observada num país como os Estados Unidos (44%), em que o sistema é privatizado.

14.2 Segundo Lacerda, os municípios já gastam na saúde mais que o mínimo constitucional, de 15%, em média 20,49%. Mesmo assim são criticados pela população. As prefeituras sofrem muita pressão, principalmente em ações de urgência e emergência e não conseguem executar ações de prevenção, promoção e qualidade de vida da população.

14.3 Entre as prioridades defendidas, destacou: o apoio ao SAÚDE MAIS 10 (o projeto de iniciativa popular para que a União aplique 10% de sua receita corrente bruta na saúde); o cumprimento



CÂMARA DOS DEPUTADOS

dos critérios legais de rateio dos recursos do SUS previstos na LC 141/2012 e na Lei 8080/1990; e a prioridade para a atenção básica.

14.4 Para **Jurandi Frutuoso**, secretário-executivo do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o discurso já está velho sobre o dilema da saúde, que precisa de mais recursos. Citando dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), o poder público brasileiro responde por apenas 47% dos gastos com saúde, o pior desempenho entre os países que possuem sistemas universais e integrais. A Alemanha, por exemplo, responde por 76,8%, a Inglaterra por 83,2% e Portugal, que sofre com a crise econômica, por 65,8%.

14.5 Também quando usado o indicador de gasto público per capita (OMS), foi observada uma situação desfavorável para o Brasil (474), em comparação a maioria de outros países (Argentina = 851, Chile = 562, Colômbia = 458, C.Rica = 825, Cuba = 394, Alemanha = 3.334, Canadá = 3.157, Dinamarca = 3.803, Espanha = 2,268, França = 3.075, Portugal = 1.796, USA = 3.967, UK = 2.857).

14.6 Frutuoso informou que, em 2011, a União foi responsável 68,6% da arrecadação direta, enquanto que os estados, 25,5%, e os municípios, 5,9%. O quadro se repete ao se observar a receita tributária disponível: 57% para a União, 24,6% para estados, e 18,4% para os municípios.

14.6 Indicou que para 2013 o CONASS estima que será necessário complementar o orçamento da União na saúde em cerca de R\$ 11 bilhões (sendo R\$ 9,3 bilhões na ações de média e alta complexidade).

14.7 Usando dados do Siops (Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde), Frutuoso revelou que em 2013 todas as unidades da Federação, inclusive o Rio Grande do Sul, estarão cumprindo a Constituição e investindo 12% na saúde. Em 2012, o percentual chegou a 9,71%. "Estados e municípios chagaram a seu limite. Só a União pode colocar mais dinheiro".



CÂMARA DOS DEPUTADOS

14.8 Sugeriu que o incremento de recursos federais deve ampliar as Redes de Atenção (RAS) para além das regiões metropolitanas e incrementar a média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar (MAC) buscando a equalização do per capita entre os estados, de forma a reduzir as desigualdades regionais.

"O financiamento do SUS, visto na perspectiva da equidade, exige uma política de financiamento de custeio que aloque os recursos financeiros entre os Estados, e entre os municípios de cada Estado, a partir de um valor per capita igualitário, ajustado por estrutura etária, por gênero, por necessidades de saúde e que leve em consideração a oferta de serviços. Esse financiamento implica equilibrar as ações e os gastos do sistema de saúde nos níveis de atenção primária, secundária e terciária de atenção à saúde"

"É necessário refazer o percurso em sentido inverso para trazer à tona os ideais que forjaram o SUS e criar a possibilidade de novo recomeço, cujo fim seja compatível com o respeito ao direito constitucional e com a necessidade das pessoas."

15. O Diretor do Departamento de Regulação, Avaliação e Controle do Ministério da Saúde, **Fausto Pereira dos Santos**, afirmou conhecer diversos estudos sobre a necessidade de mais recursos federais para a saúde, mas ressaltou a elevação substancial do gasto per capita e a execução orçamentária de 2012. Segundo, o percentual de liberação chegou a 99,7%, R\$ 575 milhões acima do que manda a Constituição Federal. Fausto admitiu que "não dá para fazer boa gestão sem dinheiro e com os recursos disponíveis, é preciso enfrentar alguns gargalos". O representante do Ministério afirmou ainda que a renúncia fiscal com o setor de saúde chegou a R\$ 14 bilhões em 2011, por conta do Imposto de Renda Pessoa Física e Jurídica, filantrópicas e PIS/Cofins da indústria farmacêutica.

Audiência de 04 de junho de 2013

16. A audiência teve como tema a transparência e os mecanismos de controle, gestão e eficiência do Sistema Único de Saúde.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

17. De acordo com o Secretário Federal de Controle Interno da Controladoria Geral da União (CGU), **Valdir Agapito Teixeira**, a CGU supervisiona os controles do gestor. O papel da CGU é de: avaliação da execução dos programas de governo, avaliação da gestão dos administradores públicos, ações investigativas e orientação preventiva aos gestores públicos.

17.1 Informou que 93,83% das transferências de recursos da saúde (para os municípios, estados e ONG) são na modalidade fundo a fundo e 6,17% na modalidade de convênios; e que existe muita fragilidade nessas movimentações. “Existem muitas denúncias, que aumentam significativamente após processos eleitorais, de saques realizados na boca do caixa, apesar da existência de Decreto Presidencial obrigando a realização de transações eletrônicas. Muitas vezes não se sabe o destinatário final do dinheiro”. Apesar de não permitido, ainda ocorrem saques na “boca do caixa”, inviabilizando o controle.

17.2 Segundo Valdir Agapito, 62% das denúncias à CGU são na área da saúde. Ele defendeu novos mecanismos de responsabilização dos agentes envolvidos em processos de corrupção.

17.3 Citou como desafios para o controle da política de saúde: tornar a atuação do Sistema Nacional de Auditoria do SUS (SNA/SUS) mais presente, em todos os níveis-União, Estados e Municípios (ação - elaborar plano anual de Auditoria do SUS); tornar os mecanismos de controle e transparência do SUS reconhecidos pela população como um instrumento efetivo de fiscalização e de garantia do direito à Saúde (ação - divulgar no portal saúde com mais transparência as prestações de contas e os relatórios de auditoria e de avaliação); fortalecer a atuação preventiva na gestão do SUS em todo o território nacional; utilizar a transparência como mecanismo de inibição das irregularidades, como o “saque na boca do caixa” (ação - publicar os extratos bancários junto com a prestação de contas).

17.3 Também citou como desafios: aperfeiçoar os mecanismos de avaliação da atuação dos conselhos de saúde (ação - norma que



CÂMARA DOS DEPUTADOS

aprove diretrizes nacionais que subsidie o exame dos CMS sobre PMS e RAG); prestação de contas (ação - ampliar a orientação, o acompanhamento e a avaliação da boa aplicação dos recursos pelos conselhos e pelo gestor); avaliar o fluxo das transferências, implementar mecanismos de controle ante os riscos identificados e monitorar a eficácia desses controles em relação as transferências, em especial as fundo-a-fundo; aprimorar os mecanismos de responsabilização (accountability) dos agentes envolvidos no SUS.

17.4 Quanto à situação da apreciação do Relatório anual da gestão municipal pelos CMS em 2011, a maioria foi aprovado (71,4%); 14,8% estavam em apreciação pelo Conselho de Saúde; não havia informação em 8,3%; foram aprovados com ressalvas 4,3%, solicitado ajuste em 1,1% e não aprovado em apenas 0,1%. Há ausência de análise das Prestações de Contas pelo MS para fins de comprovação da aplicação dos recursos transferidos fundo a fundo.

17.5 Concluiu que o controle social sozinho não dá conta. Necessita da atuação integrada dos órgãos de controle e do aprimoramento dos controles primários do gestor, todos estes fortalecidos pela transparência.

18. **Adelina Melo Feijão**, Diretora Substituta do Departamento de Auditoria do SUS (Denasus), afirmou que apenas 168 municípios entre os 5.569 existentes no País, possuem sistema de auditoria e há 2 estados sem o sistema estruturado. Alegam falta de recursos e capacidade operacional para a implantação.

18.1 Informou que dos R\$ 51,4 bilhões transferidos pelo SUS em 2012, R\$ 33,6 bilhões foram para média e alta complexidade e R\$ 13 bilhões para atenção básica. O problema é que os recursos para gestão não passaram de R\$ 112 milhões, muito pouco para as necessidades atuais.

18.2 Em 2012 foram realizadas 903 auditorias, 354 fiscalizações e 82 verificações de TAS, num total de 1.339 ações.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

18.3 Adelina afirmou que o percentual de ressarcimento de irregularidades apontadas foi em torno de 3%, mas que seria muito maior se houvesse um sistema de auditoria mais eficiente e mais pessoal executando esse trabalho. Em 2012, foram propostos ressarcimentos no montante de R\$ 163 milhões, enquanto que em 2010, foram propostos R\$ 419 milhões em ressarcimentos. Não há estudos sistematizado para indicar a razão da queda.

19. A Diretora de Relações Sociais Públicas e Comunicações da União Nacional de Auditores do SUS (Unasus), **Jovita José Rosa**, afirmou que os governantes, ao longo dos anos, sempre demonstraram o “desmazelo” com a fiscalização e com o controle interno do SUS. “O Sistema Nacional de Auditoria ainda não saiu do papel. Os governos, desde FHC, passando por Lula e Dilma, nunca se preocuparam em criar uma carreira de auditor”. Citando dados de um estudo do Tribunal de Contas da União (TCU), em 1997 existiam 1200 auditores. Hoje, são 748 e a estimativa para 2015 é de que sejam apenas 70. Além disso, o número de visitas técnicas, que não são auditorias, aumentou de 118 em 2008 para 3.117 em 2011; enquanto que o número de auditorias reverteu uma tendência de crescimento e foi de 1562 em 2010, para 835 em 2011 .

19.1 Há Projeto de Lei da Câmara, PLC 123/2012, que cria 1.200 cargos para auditoria do SUS e que necessita de apoio para aprovação.

Audiência do dia 18 de agosto de 2013

20. Por meio dos Ofícios nºs 12 e 13, ambos de 2013, do Presidente da CESAúde, compareceram na Reunião os senhores **Hélio Tollini, Mário Gurgel, Alexandre Nobre e Roberto Piscitelli**, consultores da área legislativa e orçamentária da Câmara dos Deputados, para que tecessem considerações técnicas (financeira e orçamentária) e constitucionais sobre os conceitos de Receita Corrente Bruta e Receita Corrente Líquida.

21. Em linhas gerais os consultores firmaram posição favorável ao uso da RCL para fins de definição do patamar mínimo a ser aplicado pela União em ASPs.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

21.1 Alegaram que a ideia de usar como parâmetro a RCB é legislar sobre percentual acima da disponibilidade federal, porque:

21.2 Quando a LRF usa a RCL como índice que fixa percentual para despesa de pessoal e outros, o faz porque não existe racionalidade sócio-política, econômica, orçamentária e administrativa para a União fixar teto com base em recursos que não lhe pertence;

21.3 Na composição da RCB da União existe presente a contribuição previdenciária, que deverá ser deduzida quando utilizada para outros fins. Será uma dedução de aproximadamente 25,4%. Trata-se de um percentual bastante elevado de redução que, posteriormente, causará impacto significativo nas contas do setor saúde e desconforto social;

21.4 Igualmente, a repartição das receitas de Imposto de Renda (IR) e Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) não devem passar pelas contas da União, uma vez que partes desses tributos pertencem aos outros entes da Federação;

21.5 As receitas do chamado "Sistema S" não tramitam pelo orçamento federal, de modo que nada impede que no futuro o mesmo ocorra em relação ao FPM e FPE.

Seminário Internacional, em 20 de agosto de 2013

22. Como já aduzido, a CESaúde foi constituída para refletir, debater e propor ações legislativas sobre o tema do financiamento do setor de saúde pública. Para que se possa submeter à crítica o SUS e, a partir daí, avançar em reformas, foi importante utilizar o critério comparativo. Assim, a possibilidade de contato com Estados estrangeiros para elaboração do cotejamento entre o sistema de saúde brasileiro e outros sistemas de saúde foi bastante oportuna, uma vez que a partilha de boas práticas e das lições aprendidas pôde ajudar o Brasil a canalizar regras e oportunidades de financiamento da União, a fim de beneficiar a saúde nas regiões mais desfavorecidas.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

22.1 O seminário buscou compreender o sistema de saúde e a estrutura de financiamento na Alemanha, no Chile, na França e em Portugal, de modo a subsidiar os trabalhos da Comissão.

22.2 Os trabalhos seguirão a seguinte programação e exposição:

- ✓ **Sr. Luis Castillo**, Vice-Ministro de Estado da Saúde do Chile
- ✓ **Sra. Annika Wörsdörfer**, Conselheira para Assuntos Sociais da Embaixada da Alemanha
- ✓ **Sr. Sebastien Jamois**, Professor da Escola Nacional de Segurança Social na França
- ✓ **Sr. Alexandre Lourenço**, Membro do Conselho Diretivo da Administração Central do Sistema de Saúde de Portugal

22.3 O Anexo VII deste relatório insere as ricas apresentações dos aludidos palestrantes.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Registro como considerações finais dois importantes aspectos: **primeiro**, o posicionamento pessoal do relator sobre a mudança do método de financiamento da União em ASPS (alteração do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012). **Segundo**, os agradecimentos aos que colaboraram com este relator para a realização dos trabalhos.

Sobre o primeiro aspecto, ressalto que a vigente legislação prevista como método para aplicação da União em ASPS estabelece que o “acréscimo da variação nominal do PIB do ano anterior” é uma regra de piso, um “mínimo de majoração” no setor da saúde. Não há impedimento para outras regras trazerem outros tipos de acréscimos ou instrumentos de reajustes, majorações, agregações etc. Portanto, a minha proposta pessoal (e vencida junto ao movimento social, governo e companheiros de bancada) era no sentido de que primeiro se deveria ampliar a base de financiamento do setor saúde.

Como fartamente aludido, especialistas afirmam que a RCL traduz a efetiva capacidade de arrecadação do ente governamental,



CÂMARA DOS DEPUTADOS

conquanto a outra espécie de receita, a de capital, tem comportamento irregular na Fazenda Pública e não reflete, de modo seguro, a retaguarda financeira dos governos.

É nesse sentido que algumas entidades da União dizem que o comportamento atípico da economia brasileira, no qual a redução da taxa de juros e a desvalorização cambial não levaram à recuperação do crescimento esperado, mostra certo esgotamento das políticas monetárias e que **é preciso investir em políticas fiscais**⁹⁹.

Portanto, em regra **políticas fiscais são desonerações**. E estas provocam, de princípio, **a perda de arrecadação**. Leve-se em conta que a União evita apresentar estimativas para a (perda) de arrecadação em 2013, mas já admitiu que as desonerações dificultam qualquer previsão. Vale lembrar que o Orçamento da União reservava R\$ 15,2 bilhões para futuras desonerações. Durante a tramitação da LOA 2013, foram acrescentadas emendas que elevaram as desonerações em mais R\$ 21,5 bilhões.

De qualquer modo, buscando consolidar dados, os informativos da Receita Federal assinalaram: Em 21 de maio de 2013, entre janeiro a abril de 2013 a redução de arrecadação em decorrência da desoneração tributária foi de R\$ 6,668 bilhões em relação a igual período de 2012. Em 22 julho de 2013, as desonerações neste 1º semestre/2013 somam R\$ 35,103 bilhões (em igual período de 2012 foi de R\$ 19,977 bilhões, aumento de 75,7%).

Não se questiona o mérito das desonerações enquanto política de governo. O que se submete à reflexão é a possibilidade, exclusiva, de substituir a regra da variação nominal do PIB pela RCL de maneira imediata, sem **nenhuma transição e garantia de ampliação da base de financiamento do SUS**, conforme assinalado acima.

Como referido, a proposta é fazer com que a regra atual pudesse dialogar com eventual regra de transição/ampliação da base de

⁹⁹ Carta de Conjuntura nº 18, 26 de março de 2013. IPEA.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

financiamento do SUS. Posteriormente, ela poderia (ou não) ser substituída, considerando que a Constituição determina a revisão da Lei Complementar da saúde a cada 5 anos.

Particularmente, existe um paradoxo gritante na sociedade brasileira. Por um lado, esta defende a ampliação quantitativa e qualitativa dos serviços públicos de saúde (o que exige gasto público). Por outro lado, ela recrimina a ampliação dos gastos públicos, geralmente, generalizando todos os gastos e desconsiderando suas especificidades. A par disso, sabe-se que a forma do Estado prestar serviços públicos é fazer a punção nos recursos da sociedade por meio da tributação.

Logo, **sob o manto da RCL e da própria CSS assentam-se** questões da arrecadação e das disputas ideológicas e conflitos sociais sobre arrecadação, elisão e sonegação, planejamento fiscal, políticas de desoneração para enfrentar crise financeira, federalismo fiscal, aumento da carga tributária, entre outras.

Por sua vez, **sob o manto do PIB assenta-se** o conceito de transformação, em valores monetários, de toda a imensa gama de diferentes bens e serviços produzidos pela economia do Brasil. E isso porque, para avaliar o nosso desempenho econômico, devemos investigar inicialmente não o valor de seu produto agregado, mas o valor de seu produto per capita, isto é, o PIB dividido pela população total. Logo, **ninguém deseja ou questiona o aumento do PIB (diferentemente da arrecadação)**, pois quanto maior o valor do PIB, melhor será a razão per capita para a sociedade brasileira.

Destaque-se que segundo projeções do Fundo Monetário Internacional (FMI), o Brasil encerrará 2013 com crescimento de 2,5%, no mesmo nível da Rússia e à frente da África do Sul e do Japão (2%), dos EUA (1,7%) e da Zona do Euro, que tem contração prevista de 0,6% do PIB¹⁰⁰. Para 2014, o FMI prevê uma expansão de 3,2% de

¹⁰⁰ Vide Anexo VIII deste relatório. As projeções do Ministério da Fazenda apontam o PIB em 3% e as do Banco Central em 2,7%.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

crescimento do PIB brasileiro, consoante release do documento do FMI inserido como Anexo VIII deste relatório da CESAúde.

Nada obstante, as estatísticas aventadas neste relatório sobre aplicação em ASPS pela União, a conjuntura política e a estratégia do movimento sanitarista capitaneado pelo chamado "Movimento Saúde +10" me fazem convicto de que, apesar da posição pessoal, o caminho a ser traçado é o da alteração da metodologia de aplicação do mínimo em ASPS pela União (art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012), ainda que ela sequer tenha completado um ciclo de vigência e produção de efeitos, assim como, que seja promovida a criação de uma nova fonte de financiamento, tal como a CSS.

Por fim, gostaria de agradecer ao Presidente desta Comissão, **Deputado Darcísio Perondi**, que com afinco e espírito público viabilizou os trabalhos e atividades parlamentares, demonstrando a sua conhecida e reconhecida defesa a favor do sistema de saúde do Brasil.

Em nome do nosso Presidente, amplio meus agradecimentos aos demais colegas parlamentares membros da CESAúde, uma vez que o trabalho conjunto nas audiências e nos debates possibilitaram a elaboração deste relatório coletivo.

Igualmente agradeço a Secretária desta Comissão, Senhora **Eugênia Pestana** e todos que integram o setor de comissões especiais, que não mediram esforços para o atingimento dos objetivos da CESAúde.

Importante registrar a colaboração do Senhor **Afonso Teixeira Reis**, servidor do Ministério da Saúde e especialista na área da saúde pelo auxílio e esclarecimento sobre o IDSUS, metodologias e demais aspectos financeiros ali envolvidos.

Destaco, ainda, os imprescindíveis serviços do Consultor de Orçamento desta Casa, Senhor **Mário Gurgel**, que se dedicou ao trabalho com profissionalismo e ética ímpar. Postura essa que deve ser levada ao conhecimento da sua chefia imediata e dos outros dirigentes



CÂMARA DOS DEPUTADOS

da Casa, diante dos trabalhos em períodos noturnos, intrajornada e nos finais de semana, sempre mantendo a cortesia e observando os prazos, os compromissos e as tarefas que lhe foram afeitas, inclusive, tomando iniciativas que retificaram os rumos deste relatório.

Por fim, registro ainda a colaboração para a feitura do trabalho em comum com o **Senador Humberto Costa**, tanto este Senador – que é companheiro e coparticipe de várias propostas aqui sugeridas para o financiamento do SUS –, como a equipe da Liderança do PT no Senado, na pessoa do Senhor **Marco Rogério**, e da assessoria do gabinete do senador, na pessoa da Senhora **Silvana Sousa Pereira**.

Muito obrigado a todos.

Sala das Comissões,

Deputado **ROGÉRIO CARVALHO**

Relator



ANEXO I – PROJETO DE LEI



ANEXO II - Item A

Requer a criação de Comissão Especial

REQUERIMENTO Nº _____ DE 2013

Comissão Especial Financiamento da Saúde - CESaúde

Requer a criação de Comissão Especial destinada a debater a relação público e privado no sistema de saúde pública, com foco nas subvenções estatais, subfinanciamento e exonerações tributárias na área da Saúde.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do artigo 17, inciso I, "m" do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a criação de Comissão Especial, destinada a debater a relação público e privado no sistema de saúde pública, com foco nas subvenções estatais, subfinanciamento e exonerações tributárias na área da Saúde.

JUSTIFICACÃO

Melhorar o sistema de saúde pública no Brasil não devem ter como foco, exclusivamente, uma suposta ineficiência da gestão pública. Essa forma, bastante difundida de abordagem do problema, quase sempre concluindo pelo baixo "desempenho" dos hospitais públicos, subestima o subfinanciamento crônico da saúde.

Ao se falar em subfinanciamento, importa destacar alguns dados:

- ✓ A Secretaria da Receita Federal (SRF) estima para 2013 uma renúncia de arrecadação federal de quase R\$ 21 bilhões devido às isenções, deduções e desonerações na área de saúde.
- ✓ As pessoas jurídicas e as despesas físicas podem deduzir as despesas com saúde da base de cálculo desse imposto. O gasto tributário nessas duas modalidades para o ano de 2010 foi algo em torno de R\$ 2,6 e R\$ 7,8 bilhões respectivamente, totalizando R\$ 10,4 bilhões. Um montante significativo de recursos quando comparado ao gasto direto com ações e



CÂMARA DOS DEPUTADOS

serviços públicos de saúde, isto é, o gasto SUS, que foi de aproximadamente R\$ 139 bilhões para esse ano.

- ✓ Vale lembrar que enquanto o gasto SUS beneficia toda a população brasileira, aproximadamente 191 milhões de pessoas em 2010, estes recursos beneficiaram apenas os declarantes e seus dependentes.

Os dados apresentados referem-se apenas a tributos arrecadados pelo governo federal e não incluem diversas isenções tributárias importantes como a isenção do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) que atinge todos os medicamentos e as isenções previdenciárias concedidas às entidades sem fins lucrativos (ESFL). A SRF estima que a renúncia previdenciária com todas as ESFL seja de R\$ 8,9 bilhões em 2013.

A saúde suplementar também se beneficia quando o SUS atende a pacientes que são usuários de planos e seguros de saúde de dois modos: (a) quando não há ressarcimento; e (b) quando há ressarcimento usando Tabela Nacional de Equivalência de Procedimentos (TUNEP)

É preciso reconhecer que algumas dificuldades dos hospitais públicos são fruto da lentidão na consolidação do sistema de saúde. E isso ocorre exatamente pela inversão de prioridades, pelo descaso com a saúde, pelos contingenciamentos de verbas e pela falta de uma fonte fixa e segura de recursos para o setor, mas especialmente pelo subfinanciamento.

Sala das Sessões,



ANEXO II – Item B

Indica a alteração de atribuições do DENASUS

REQUERIMENTO _____, DE 2013

Comissão Especial de Financiamento da Saúde - CESaúde

Requer o envio de Indicação à Presidência da República, sugerindo a novas atribuições ao Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS).

Senhor Presidente:

Nos termos do art. 113, inciso I e § 1º, do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, requero a V. Ex^a. seja encaminhada à Presidência da República a Indicação em anexo, sugerindo a propositura de legislação expressa na ementa.

Sala das Sessões, em



CÂMARA DOS DEPUTADOS

INDICAÇÃO Nº _____, DE 2013

Sugere à Presidência da República a propositura de iniciativa de lei para a modificação das atribuições do DENASUS.

Excelentíssima senhora Presidente da República:

Não se concebe que o Sistema Nacional de Auditoria do SUS – SNA, via Departamento Nacional de Auditoria do SUS – DENASUS, use os mecanismos de responsabilização por conformidade à normas, exatamente como já procede a Controladoria Geral da União – CGU e o Tribunal de Contas da União – TCU. Não se admite mais uma administração burocrática simplesmente focada no cumprimento de procedimentos normativos, inclusive muitas vezes esvaziando o exercício do controle da qualidade e eficiência das ações públicas de saúde.

Portanto, sugere-se que (sem alteração na competência da CGU e o TCU), o controle interno do SUS possa verificar o desempenho mediante: avaliação dos resultados qualitativos dos serviços de saúde; controlar os serviços com a finalidade de verificar o cumprimento das responsabilidades sanitárias estabelecidas e a aplicação dos recursos em relação ao definido nos contratos de ação pública de saúde; avaliar os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros de qualidade definidos pelo Ministério da Saúde.

Portanto, a legislação precisa inserir a dimensão da qualidade dos serviços e dos resultados obtidos. A transparência precisa ser promovida por obrigações quanto à divulgação de indicadores pré-estabelecidos (de processo – incluindo tempos de espera, segundo procedimentos específicos - de impacto, de satisfação do usuário) e do alcance de metas do SUS.

Sala das Sessões, em



ANEXO III – PROPOSTAS

Solicita trabalhos à Consultoria Legislativa

REQUERIMENTO Nº _____ DE 2013

Comissão Especial de Financiamento da Saúde - CESaúde

Requer a solicitação de trabalhos à Consultoria Legislativa para que, no prazo de 60 dias, apresente os Projetos de Lei que indica em benefício do SUS.

Senhor Presidente,

Requeiro a Vossa Excelência, nos termos do art. 114 do Regimento Interno da Câmara dos Deputados, a solicitação de trabalho especial à Consultoria Legislativa da Câmara dos Deputados para que, no prazo de 60 dias, elabore e apresente à esta CESaúde os seguintes Projetos de Lei que beneficiam o Sistema Único de Saúde:

1. Proposta do Prof. Dr. Elias Jorge que cria a Contribuição Federativa sobre Movimentação Financeira, cujo inteiro teor está no Anexo IV, item A, do relatório da CESaúde;
2. Proposta da Profa. Dra. Lígia Bahia, no sentido de que o fundo de pensão dos servidores públicos (FUNPRESP) tenha que investir no Sistema Único de Saúde (SUS). No caso, nas ações que digam respeito ao complexo industrial de fabricação de vacinas e medicamentos, cujo comprador e garantidor é o Ministério da Saúde, conforme notas taquigráficas (Anexo IV, item B, Notas Taquigráficas específicas da Prof. Lígia Bahia, audiência pública do dia 15 de maio de 2013);
3. Proposta da Associação Nacional dos Auditores de Controle Externo dos Tribunais de Contas do Brasil – ANTC, ofertado pela Dra. Lucieni Pereira, Anexo IV, item C, deste relatório;
4. Proposta do especialista e técnico Afonso Teixeira Reis, no sentido de imposto progressivo com alíquotas proporcionais sobre rendimentos de aplicações financeiras e receita decorrente de um pequeno acréscimo no valor unitário das apostas de jogos (com cautela para não desestimular as apostas) vinculadas à saúde, Anexo VI, item D, deste relatório.

Sala das Comissões, em



ANEXO IV – SUGESTÕES ITENS “A” – “D”



ANEXO V – RELATÓRIO OMS 2013



ANEXO VI – PROJETO INICIATIVA POPULAR



ANEXO VII – EXPOSIÇÃO DO SEMINÁRIO INTERNACIONAL



ANEXO VIII – RELATÓRIO FMI