

RELATÓRIO

RELATOR: DEPUTADO GERALDO RESENDE

NOVEMBRO 2013

Comissão Especial de Estudos

Finalidade : Discutir os mecanismos de financiamento da saúde pública.

Relator : Dep. **GERALDO RESENDE**



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

SUMÁRIO

I. RELATÓRIO	4
<i>I.1. Criação da Comissão</i>	<i>4</i>
<i>I.2. Audiências Públicas</i>	<i>4</i>
<i>I.2.a. Audiência de 23 de abril de 2013</i>	<i>5</i>
<i>I.2.b. Audiência de 07 de maio de 2013</i>	<i>8</i>
<i>I.2.c. Audiência de 15 de maio de 2013</i>	<i>11</i>
<i>I.2.d. Audiência de 21 de maio de 2013</i>	<i>18</i>
<i>I.2.e. Audiência de 04 de junho de 2013</i>	<i>20</i>
<i>I.2.f. Audiência de 18 de agosto de 2013</i>	<i>22</i>
<i>I.3. Seminário Internacional, em 20 de agosto de 2013</i>	<i>23</i>
II. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL	24
<i>II.1. Introdução</i>	<i>24</i>
<i>II.2. O Subfinanciamento do SUS e as Despesas Correntes Obrigatórias</i>	<i>25</i>
<i>II.3. Reflexo da Atual Metodologia de Apuração do Piso Federal nas Programações do Ministério da Saúde</i>	<i>26</i>
<i>II.4. Os Movimentos Sociais e o Projeto de Iniciativa Popular</i>	<i>28</i>
<i>II.5. Propostas de Alteração do Piso Constitucional em Saúde</i>	<i>29</i>
<i>II.5.a. Proposta do Governo</i>	<i>29</i>
<i>II.5.b. Projeto de Iniciativa Popular</i>	<i>31</i>
<i>II.5.c. Aplicação Cumulada até 2018</i>	<i>31</i>
<i>II.5.d. Outros Aspectos do “Orçamento Impositivo”</i>	<i>33</i>
III. NÚCLEO DA PROPOSTA	35
IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	40



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Tabela da Participação dos Entes Federados no Financiamento da Saúde Pública	24
Figura 2 – Gráfico da Participação dos Entes Federados no Financiamento da Saúde Pública	25
Figura 3 – Natureza das Despesas com ASPS	26
Figura 4 – Natureza das Despesas Obrigatórias que Compõem ASPS	26
Figura 5 – Cálculo do Piso da Saúde	27
Figura 6 – Evolução Recente de Algumas Despesas Correntes Obrigatórias	28
Figura 7 – Evolução Ajustada do PAB-Variável.....	28
Figura 8 – Projeto de Iniciativa Popular	28
Figura 9 – Tabela da Nova Divisão de Fin. com a Aprovação do Projeto de Iniciativa Popular	29
Figura 10 – Gráfico da Nova Divisão de Fin. com a Aprovação do Projeto de Iniciativa Popular	29
Figura 11 – Comparação entre Regra Atual e Proposta do Governo	30
Figura 12 – Comparação entre Regra Atual e Projeto de Iniciativa Popular.....	31
Figura 13 – Impacto Anual e Cumulado (5 anos) das Propostas.....	31
Figura 14 – Acréscimos Anuais de Recursos ao Piso Federal de Saúde	32
Figura 15 – Impacto Anual e Cumulado (5 anos) do Projeto de Iniciativa Popular.....	32
Figura 16 – % de Atendimento da Proposta do Governo em Relação aos Movimentos Sociais	33
Figura 17 – Proposta do Governo e Financiamento do Orçamento Impositivo	34
Figura 18 – Emendas ao Orçamento Federal da Saúde	35
Figura 19 – Efeitos da desvinculação promovidos pela DRU sobre contribuições	37
Figura 20 – Acréscimos estimados nas despesas com saúde.....	38
Figura 21 – Participação percentual dos entes federados em ASPS	39
Figura 22 – Despesas da União com saúde em relação à RCB e à RCL.....	39
Figura 23 – Propostas para a Saúde	40



I. RELATÓRIO

1.1. Criação da Comissão

A presente Comissão Especial foi criada por decisão do Presidente da Câmara dos Deputados, em 26 de fevereiro de 2013, nos termos do art. 17, inc. I, alínea “m”, combinado com o inc. II, art. 22, do Regimento Interno. Seu ato de criação determinou que a Comissão deveria ser composta de vinte membros titulares e igual número de suplentes, mais um titular e um suplente, atendendo ao rodízio entre as bancadas não contempladas, designados de acordo com os §§ 1º e 2º do art. 33 do Regimento Interno.

A finalidade essencial da CESaúde é estudar os mecanismos de financiamento da saúde pública brasileira. Não há prazo determinado para a conclusão dos trabalhos, seja nas normas regimentais, seja em seu Ato de Criação.

Em 26 de março de 2013, Ato da Presidência da Câmara dos Deputados resolveu designar os membros da Comissão, na forma indicada pelas respectivas Lideranças partidárias, convocando-os para a reunião de instalação, que veio a ocorrer em 10 de abril do 2013.

1.2. Audiências Públicas

Por intermédio de requerimentos apresentados pelos Srs. e Sras. membros da Comissão, foram realizadas seis audiências públicas, com a presença de diversos especialistas da área, cujo resumo se fará em seguida. Foi também realizado o Seminário Internacional, com a presença de personalidades de destaque na administração da saúde pública da Alemanha, do Chile, da França e de Portugal, a quem aproveitamos esta oportunidade para agradecer a atenção dedicada ao Parlamento brasileiro. A contribuição oferecida pelos participantes internacionais do referido Seminário foi inestimável e contribuiu sobremaneira para a compreensão das experiências de seus respectivos países.

Reproduzimos a seguir o resumo das audiências públicas realizadas pela CESaúde, aproveitando em grande parte o trabalho realizado pelo Dep. Rogério Carvalho.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

I.2.a. Audiência de 23 de abril de 2013

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

A presidente do Conselho Nacional de Saúde, Maria do Socorro de Souza, defendeu reformas, como a taxaçoão sobre grandes fortunas, para ampliar os recursos federais para a saúde, mas não considerou viável a adoçoão de medidas como a volta da CPMF. Em suas palavras:

“Nós apostamos na reduçoão da renúncia fiscal, nós apostamos na taxaçoão 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.”

O presidente da Federação das Santas Casas do Rio Grande do Sul, Júlio Dornelles de Matos, lembrou que as Santas Casas e os hospitais filantrópicos operam com mais de 2 mil hospitais no Brasil e um total de 170 mil leitos, dos quais 126 mil (74%) são acessíveis ao SUS; essas entidades são também 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 ainda o Dr. Dornelles de Matos 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\$ 100,00 de custos, o SUS remunera apenas com R\$ 65,00, representando um déficit médio de 53,8% entre custo e receita. Os maiores problemas estariam, em sua opinião, 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 foram de R\$ 9,6 bilhões, levando a um déficit de



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

R\$ 5,1 bilhões. Deste total estão descontados cerca de R\$ 2,1 bilhões de 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.

“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.”

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. Segundo disse,

“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 Pagamentos, criada com o fim específico de custear a saúde do sistema previdenciário foram retirados 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 mínimo virou máximo. Novos serviços são criados sem previsão orçamentária, onerando os já existentes.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Repasse 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.

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.”

Considerou o Dr. Derze que o art. 26 da Lei Orgânica do SUS (Lei 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.

Destacou também 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 2295/2000), 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).

Alertou, por fim, que até 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.

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



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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. 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”.

Como representante dos hospitais universitários, o Dr. Carvalho mencionou que as entidades por ele representadas se parecem com um “cãozinho sem dono”, como sobreviventes. Demandou planejamento de ações integradas entre os setores da educação e da saúde, valorizando a atenção básica. Em sua opinião, a estratégia da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) se apresenta como “um dono para o cãozinho”.

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 à atenção à saúde.

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).

1.2.b. Audiência de 07 de maio de 2013

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. Em sua opinião, atualmente, a legislação prevê uma série de critérios que chamou de “automáticos”, baseados em variáveis como o funcionamento do sistema de saúde vigente, demografia e condições socioeconômicas da localidade. Detalhou que a Lei Complementar nº 141/2012 estabelece que o rateio dos recursos da União observará: necessidades de saúde da população, dimensão epidemiológica, dimensão demográfica, dimensão socioeconômica, dimensão espacial, capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde. Além disso, o art. 35 da Lei nº 8.080, de 1990 considera: perfil demográfico da região; perfil epidemiológico da população a ser coberta; características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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.

O Dr. 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 se remuneram os serviços realmente existentes; o sistema de incentivos é invertido: premia as situações com indicadores sanitários “piores”; consideram-se 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 se contempla a complexidade dos fenômenos envolvidos na organização dos serviços de saúde.

De acordo com o palestrante, 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. Não podemos retirar dos pobres para dar aos miseráveis, temos de arranjar outros recursos”.

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 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. Em suas palavras:

“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”.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Em sua proposta, o Poder 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.

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.

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. 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).

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 bem menos (205%), enquanto que em outros itens os aumentos foram expressivos – juros: 336%; educação: 358%; assistência social: 789%; saneamento: 963%.

Ressaltou que, na execução orçamentária do Ministério da Saúde, chama a 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 ressaltou a inclusão de R\$ 1,45



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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.

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, por exemplo, o aporte seria de R\$ 741 milhões.

Destacou ainda a representante do TCU 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.

I.2.c. Audiência de 15 de maio de 2013

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. Em suas palavras:

“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.”

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. O Prof. Mendes identificou como problemas do financiamento da saúde no Brasil: a



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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.

Reconheceu como cenários que restringem o financiamento da saúde: a) a política econômica restritiva dos governos federais (metas de inflação e de ajuste das contas externas, que exigem superávits primários fiscais altos; b) as tentativas de redução dos gastos públicos sociais e contingenciamento); c) a dinâmica contemporânea do capitalismo baseada na dominância financeira. Exemplificou, ao citar que 45% do orçamento federal de 2011 foram comprometidos com juros e amortização da dívida.

Ressaltou ainda o referido professor 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 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.

Sobre o contexto atual do financiamento da saúde, indicou que, com a aprovação da EC nº 29, 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, seria preciso quase dobrar a participação do SUS em relação ao PIB, a fim de equiparar à média desses países europeus, isto é, 8,3%. Atualmente, as principais fontes de financiamento do SUS são a COFINS (56%) e a CSLL (39%).

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%. Outra é a queda progressiva do gasto



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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%.

Sobre a participação dos Municípios, nem todos executam os gastos mínimos (de 15%), mas a diferença é pequena. A quase totalidade atende aos limites impostos e o faz com recursos além do mínimo. 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.

Já no caso dos Estados, nem todos cumprem o mínimo de 12%. Entre 2000 e 2009, os Estados deixaram de aplicar na saúde R\$ 31,8 bilhões. O Prof. da FSP/USP 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 foi 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. De acordo com seu depoimento:

“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 direcionada 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 ao crescimento da receita ou ao aumento do PIB, esses recursos irão em grande parte para o setor privado (prestadores privados; subsídios a planos de



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

saúde etc.). O Brasil não precisa rever também como se dá a circulação dos recursos na saúde?”

O prof. 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. Destacou que os planos e seguros de saúde movimentaram mais de R\$ 84 bilhões em 2011, orçamento maior do que o Ministério da Saúde destina ao SUS. Mas os planos atendem apenas 25% da população. 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.

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) acabar com as isenções de IRPJ das empresas que prestam assistência médica a seus funcionários e extinção, no curto prazo, da dedução no IRPF com despesas médicas; e) estabelecer uma política de renúncia fiscal para entidades sem fins lucrativos e para a indústria farmacêutica, sem prejudicar a capacidade de 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 (em 2005, era R\$ 46,8 bilhões e, em 2009, passou para R\$ 79,0 bilhões, variação de 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) continuar a defesa de rejeição da DRU; k) ampliar a alíquota da CSLL para instituições financeiras (da 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 para o exterior por parte de multinacionais (bancos e empresas) – pela legislação atual, isentos; n) defender o financiamento da



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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).

A professora adjunta da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Lígia Bahia, indicou o seguinte:

“Os sistemas modernos de saúde não podem ser financiados 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 paga 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, impõem o pagamento obrigatório de contribuições para a maioria da população.

Diversas formas de pagamento *out-of-pocket* pelos usuários podem ser encontradas em ambos os tipos de sistema, geralmente representando entre 10% e 20% do total das despesas em países de renda mais elevadas.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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.”

A prof.^a 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. Para a palestrante, 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”.

O médico pediatra e de saúde pública, Gilson Carvalho, apresentou dados atualizados sobre a conjuntura do financiamento da saúde pública no Brasil. Iniciou destacando as dimensões não divulgadas do SUS. Por exemplo, em 2012, 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.

Para o Dr. Carvalho, o maior dilema da saúde pública seria: “fazer novas leis ou exigir que sejam cumpridas?”. Ele apresentou dados de 2011, segundo os quais 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. Em maio de 2013, dez Estados ainda não haviam informado sobre a situação de 2012. Mencionou que o gasto público com saúde por dia, por brasileiro, ficou em apenas R\$ 2,33 em 2011. 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



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

média de 5,5% do PIB, o total seria de R\$ 198 bilhões, e faltariam R\$ 60 bilhões ao SUS. Quando usou o gasto per capita público de países de maior renda, as necessidades de financiamento para o SUS seriam ainda maiores.

Quanto ao cumprimento da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, 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.

Como evidências do subfinanciamento 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 de 11,72% em 1995 e 7,3% em 2011); c) a participação federal no orçamento da saúde caiu.

Dr. 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.

Lembrou ainda 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 incluídos nas LDOs). Em 2000, a Emenda Constitucional nº 29, de 2000, deixou de incluir proporção da receita para acolher a variação do PIB. Em 2007 houve a queda da CPMF. Em 2011, a LC 141/2012 foi alterada sem alteração no financiamento pela União. Em suas palavras:

“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”.

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.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

I.2.d. Audiência de 21 de maio de 2013

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. 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.

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. Entre as prioridades defendidas, destacou: o apoio ao “Saúde Mais 10”, projeto de iniciativa popular para que a União aplique 10% de sua receita corrente bruta na saúde; o cumprimento 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.

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%.

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).

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



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

União, 24,6% para Estados, e 18,4% para os Municípios. 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).

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 chegaram a seu limite. Só a União pode colocar mais dinheiro”. 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 per capita entre os Estados, de forma a reduzir as desigualdades regionais. Em suas palavras:

“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.”

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 ele, o percentual de liberação chegou a 99,7%, R\$ 575 milhões acima do que manda a Constituição Federal. Fausto admitiu que “não



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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.

I.2.e. Audiência de 04 de junho de 2013

A audiência teve como tema a transparência e os mecanismos de controle, gestão e eficiência do Sistema Único de Saúde.

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, execução de ações investigativas e orientação preventiva aos gestores públicos.

Informou que 93,83% das transferências de recursos da saúde para Municípios, Estados e ONG's são na modalidade fundo a fundo e 6,17% na modalidade de convênios; e que existe muita fragilidade nessas movimentações. Em suas palavras:

“Existem muitas denúncias, que aumentam significativamente após processos eleitorais, de saques realizados na boca do caixa, apesar da existência de Decreto Presidencial obrigando à 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”.

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. 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



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

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).

Também citou como desafios: aperfeiçoar os mecanismos de avaliação da atuação dos conselhos de saúde (ação - norma que aprove diretrizes nacionais que subsidiem 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 às transferências, em especial as fundo-a-fundo; aprimorar os mecanismos de responsabilização (*accountability*) dos agentes envolvidos no SUS.

Quanto à situação da apreciação do Relatório anual da gestão municipal pelos CMS em 2011, a maioria foi pela aprovação (71,4%); 14,8% estavam em apreciação pelo Conselho de Saúde; não havia informação em 8,3%; foram aprovados com ressalvas 4,3% e solicitados ajustes em 1,1%; e não aprovação 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. A conclusão é 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.

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 dois Estados sem o sistema estruturado. Alegam falta de recursos e capacidade operacional para a implantação. 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. Em 2012 foram realizadas 903 auditorias, 354 fiscalizações e 82 verificações de TAS, num total de 1.339 ações.

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\$



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

163 milhões, enquanto que, em 2010, foram propostos R\$ 419 milhões em ressarcimentos. Não há estudos sistematizados para indicar a razão da queda.

A Diretora de Relações Sociais Públicas e Comunicações da União Nacional dos 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. 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.

I.2.f. Audiência de 18 de agosto de 2013

Por meio dos Ofícios nºs 12 e 13, ambos de 2013, do Presidente da CESaúde, compareceram à Reunião os senhores Hélio Tollini, Mário Gurgel, Alexandre Nobre e Roberto Piscitelli, consultores de orçamento e consultores legislativos da Câmara dos Deputados, para que tecessem considerações técnicas e constitucionais sobre os conceitos de Receita Corrente Bruta e Receita Corrente Líquida.

Em linhas gerais os consultores firmaram posição favorável ao uso da Receita Corrente Líquida – RCL para fins de definição da referência que sirva de base para o cálculo dos recursos a serem aplicados pela União em ações e serviços públicos de saúde – ASPs. Afirmaram que a ideia de usar como parâmetro a Receita Corrente Bruta é legislar sobre percentual acima da disponibilidades federais, pelos motivos expostos a seguir.

Quando a Lei de Responsabilidade Fiscal usa a RCL como base para a fixação de percentual que constitui o teto para as despesas de pessoal e outros, isso ocorre porque não existe racionalidade sócio-política, econômica, orçamentária e administrativa para a União tomar como referência montantes que não lhe pertencem. Na composição da Receita Corrente Bruta da União estão presentes, principalmente, as transferências constitucionais a Estados e Municípios, produto do compartilhamento da receita de alguns impostos. Esses recursos, nos termos da Constituição Federal, pertencem aos Estados e



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Municípios, e, por esse motivo, não podem entrar na base de cálculo do limite aplicável à União, para aplicação em ASPS. Há que se considerar, também, 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.

1.3. Seminário Internacional, em 20 de agosto de 2013

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 o intercâmbio de boas práticas e das lições aprendidas pode ajudar o Brasil a estabelecer regras e identificar oportunidades de financiamento da União, a fim de beneficiar a saúde nas regiões mais desfavorecidas.

O Seminário Internacional 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. Os trabalhos seguiram a programação, com as exposições adiante especificadas.

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.



II. DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO ATUAL

II.1. Introdução

A Emenda Constitucional nº 29, de 2000, fixou a obrigatoriedade de aplicação mínima em saúde por parte dos Entes federados, determinando a cada um a aplicação de parcela de seus recursos no financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, Estados e Municípios passaram a aplicar parcela da arrecadação corrente de seus impostos e das receitas derivadas da repartição tributária em saúde. Para a União, entretanto, a referida alteração constitucional estabeleceu regra distinta, segundo a qual bastaria ser mantido o patamar de gasto do exercício anterior, ajustado pela variação nominal do PIB, para estar atendido o preceito constitucional.

Essa diversidade de metodologia entre União e demais entes federados na apuração dos recursos mínimos aplicados em saúde ensejou, ao longo dos anos que se seguiram, a ampliação do financiamento do Setor por parte dos entes subnacionais. De 2000 para 2012, a União reduziu a participação relativa nos gastos públicos totais de saúde de 59% para 45%.

Figura 1 – Tabela da Participação dos Entes Federados no Financiamento da Saúde Pública

Exercícios de 2000 e 2012

Despesa	2000		Despesa	2012	
	R\$	% de participação		R\$	% de participação
União	20,4	59%	União	78,2	45%
Estadual	7,0	41%	Estadual	44,3	55%
Municipal	7,4		Municipal	50,7	
Total	34,7	100%	Total	173,1	100%

OBS: dados SIOPS e SIAFI, extraídos em setembro de 2013.

O reajuste dos recursos federais aplicados em ASPS com base exclusivamente na variação nominal do PIB contribuiu de forma marcante para o subfinanciamento do Sistema, uma vez que não acompanha o crescimento populacional, a inflação na saúde ou a incorporação de tecnologias.

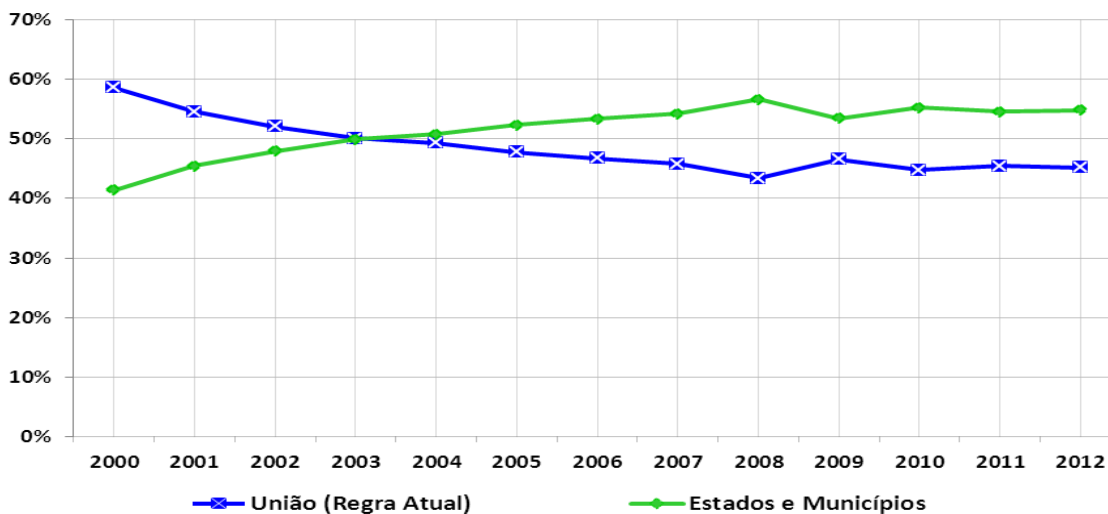
Hoje, os recursos para manutenção do SUS se mostram insuficientes, a ponto de impedir a implementação progressiva do Sistema e de avançar na reestruturação do modelo e dos procedimentos de gestão que deem suporte ao cumprimento dos princípios constitucionais do SUS.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Figura 2 – Gráfico da Participação dos Entes Federados no Financiamento da Saúde Pública



II.2. O Subfinanciamento do SUS e as Despesas Correntes Obrigatórias

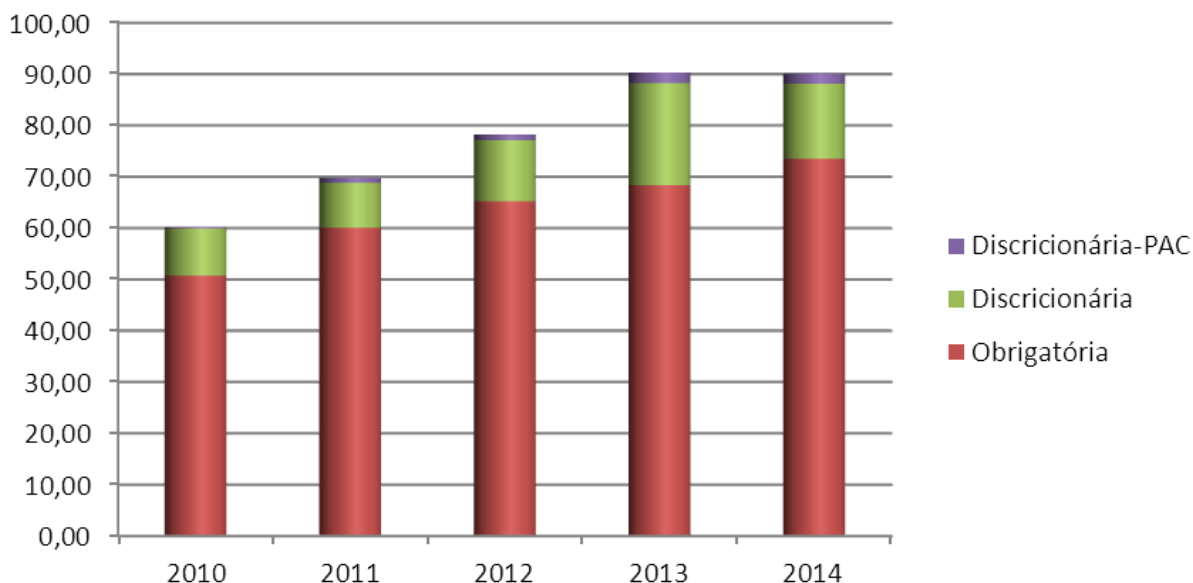
As despesas obrigatórias representaram montante significativo da programação do Ministério da Saúde. Aproximadamente 79% das despesas com ASPs executadas pela União – ou o equivalente a R\$ 70 bilhões – são classificadas como despesas obrigatórias. O restante é executado de forma discricionária ou prioritária, quando integrante do Plano de Aceleração do Crescimento - PAC. Apesar disso, encontram-se hoje muito abaixo do necessário para garantir o adequado funcionamento do Sistema. Desse total de despesas obrigatórias, 87% (oitenta e sete por cento) referem-se a despesas correntes que efetivamente financiam o funcionamento do Sistema, como se pode ver na Figura 4 – Natureza das Despesas Obrigatórias que Compõem ASPs.

O montante, entretanto, ainda é muito inferior ao necessário para a manutenção das atividades de saúde. Essa situação gerou o comprometimento de programas e projetos desenvolvidos em geral por municípios (executores do Sistema), que portanto não têm como manter o funcionamento adequado de serviços e unidades.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Figura 3 – Natureza das Despesas com ASPS



OBS: para 2013, os valores considerados no gráfico dizem respeito a dotações autorizadas. A execução, entretanto, deve se situar próxima do piso constitucional para o exercício, que é de apenas R\$ 83,11 bilhões.

Figura 4 – Natureza das Despesas Obrigatórias que Compõem ASPS

Em R\$ bilhões

Natureza das Despesas (obrigatórias em ASPS)	2013	% Participação Relativa	2014	% Participação Relativa
GnD 1 - Pessoal	8,87	13%	9,51	13%
GnD 3 – Outras Desp. Corr.	59,52	87%	63,82	87%
GnD 4 – Investimentos	0,00	0%	0,17	0%

II.3. Reflexo da Atual Metodologia de Apuração do Piso Federal nas Programações do Ministério da Saúde

Segundo a atual metodologia de apuração do piso constitucional da saúde para a esfera federal, o mínimo a ser aplicado em um exercício deve ser equivalente ao empenhado no ano anterior (base de apuração móvel), ajustado pela variação nominal do PIB também do exercício anterior. Essa metodologia tem compelido o Executivo a evitar o empenhamento além do mínimo constitucional, sob o argumento de que não poderia suprimir tais acréscimos no futuro.

Por isso, apesar de, muitas vezes, a alocação de recursos federais no âmbito do Orçamento da União destinados a ASPS superar o necessário para atendimento da EC nº 29, de 2000, o montante empenhado invariavelmente se atém ao mínimo constitucional.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Para 2014, por exemplo, o valor programado no projeto enviado pelo Executivo (PLOA 2014) é o mesmo previsto para execução em 2013 (piso constitucional calculado para 2013), acrescido de R\$ 7 bilhões (valor que representa exatamente a variação nominal do PIB de 8,4% entre 2012 e 2013).

Figura 5 – Cálculo do Piso da Saúde

Ações e serviços públicos de Saúde - ASPS	2012	2013	2014	Diferença (III) – (II)
	Emp. (I)	Aut. (II)	PLOA (III)	
Gastos/Dotações Aut. em ASPS	78,21	90,3	90,1	(0,2)
Variação nominal do PIB, do ano anterior	9,89%	6,26%	8,42%	
Valor mínimo de aplicação (calculado para cumprimento da EC 29/00)	76,7	83,1	90,1	7,0

Contudo, como se observa na Figura 6 – Evolução Recente de Algumas Despesas Correntes Obrigatórias, as despesas correntes obrigatórias, como as realizadas com Procedimentos de Média e Alta Complexidade (ação 8585) e ao Piso de Atenção Básica – Parcela Fixa (ação 8577), vêm sofrendo reajuste inferior à variação nominal do PIB, que, entre 2010 e 2014, foi de 57,4%.

Para 2014, por exemplo, os valores previstos no PLOA para Procedimentos de Média e Alta Complexidade (MAC) e para Piso de Atenção Básica – Parcela Fixa (PAB-Fixo) correspondem a um aumento respectivamente de 1,9% e 1,3% em relação ao autorizado para 2013, quando o reajuste da variação nominal do PIB garantiu 8,4% para toda a programação do Ministério da Saúde (vide Figura 5 – Cálculo do Piso da Saúde).

Como se percebe, uma das exceções fica por conta do Piso de Atenção Básica Variável (ação 20AD), que, para 2014, é acrescido de R\$ 1,5 bilhão para atender o “Programa Mais Médicos”. Esse montante equivale a 21% dos R\$ 7 bilhões de acréscimos referentes à variação nominal do PIB. Sem tal acréscimo, contudo, o reajuste das despesas do PAB-Variável também seriam reduzidas, para aproximadamente 2,4% em relação a 2013.

Portanto, em função da metodologia vigente, a inserção de novos programas, projetos ou atividades nas programações do Ministério da Saúde tende a impactar dotações de programas já existentes, que precisam sofrer



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

reajuste inferior à variação nominal do piso da saúde para disponibilizarem recursos para os novos projetos.

Figura 6 – Evolução Recente de Algumas Despesas Correntes Obrigatórias

Em R\$ bilhões

Ação (cód)	Ação	Emp. 2010	Emp. 2011	Emp. 2012	Aut. 2013	PLOA 2014	% Variação Dotações					% Variação Nominal do PIB Acumulado no Período
							2011/2010	2012/2011	2013/2012	2014/2013	2014/2010	
8585	Atenção a Saúde da População p/ Procedimentos em Média e Alta Complexidade	26,9	31,1	34,1	35,6	36,3	15,5%	9,6%	4,4%	1,9%	34,8%	57,4%
20AD	Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	5,9	8,0	8,13	9,4	11,2	34,3%	1,9%	16,1%	18,3%	88,0%	57,4%
8577	Piso de Atenção Básica Fixo	3,7	4,5	4,42	5,2	5,3	21,6%	-0,7%	18,1%	1,3%	44,5%	57,4%
4705	Apoio Financeiro p/ Aquisição e Distribuição de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	3,3	3,5	4,1	4,5	4,9	8,3%	15,9%	10,0%	9,1%	50,7%	57,4%

Figura 7 – Evolução Ajustada do PAB-Variável

Em R\$ bilhões

Ação (cód)	Ação	Aut. 2013	PLOA 2014	% Variação 2014/2013	Exclusão da parcela afeta ao Programa "Mais Médicos"	PLOA 2014 (ajustado)	% Variação 2014/2013
20AD	Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família	9,44	11,17	18,3%	(1,51)	9,66	2,4%

II.4. Os Movimentos Sociais e o Projeto de Iniciativa Popular

Em 2013, o agravamento da situação de subfinanciamento do SUS chegou a tal magnitude que movimentos sociais passaram a exigir a vinculação de 10% da Receita Corrente Bruta da União para aplicação em ASPS. No ano corrente, a medida implicaria aporte adicional de mais de R\$ 46 bilhões.

Figura 8 – Projeto de Iniciativa Popular

Em R\$ bilhões

Exercício	ASPS (União)	RCB		Acréscimo
		R\$	10%	
2011	72,3	1.029,6	103,96	30,63
2012	78,2	1.134,7	113,47	35,26
2013	83,1	1.296,5	129,65	46,53
2014	90,1	1.362,4	136,24	46,14



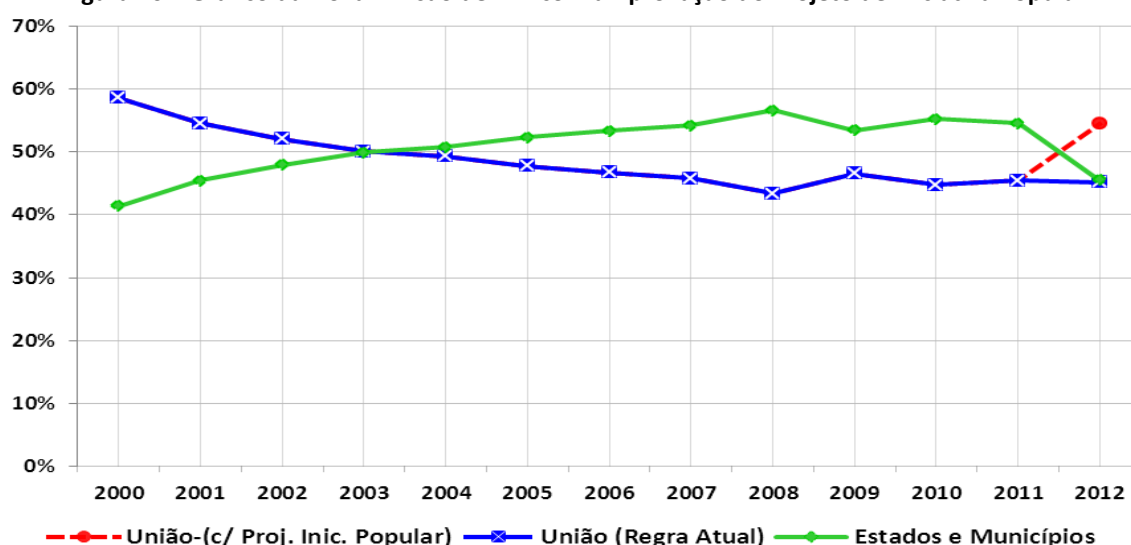
CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Merece destaque o fato de que o acréscimo pleiteado pelos movimentos sociais elevaria a participação da União a patamares ainda inferiores aos praticados quando da aprovação da EC nº 29, de 2000. Os R\$ 46 bilhões de recursos adicionais colocariam a participação em 54% do total de despesas públicas do setor, quando, em 2000, essa participação era de 59% (vide Figura 1 – Tabela da Participação dos Entes Federados no Financiamento da Saúde Pública).

Figura 9 – Tabela da Nova Divisão de Fin. com a Aprovação do Projeto de Iniciativa Popular
 Em R\$ bilhões

Descritor	2012			Descritor	2012- Ajustado 10% RCB		
	R\$	R\$	%		Acréscimo R\$	Novo Total R\$	%
União	78,21	78,21	45%	União	35,26	113,47	54%
Estadual	44,25	94,90	55%	Estadual	0	94,90	46%
Municipal	50,65			Municipal			
Total	173,11	173,11	100%	Total	35,26	208,37	100%

Figura 10 – Gráfico da Nova Divisão de Fin. com a Aprovação do Projeto de Iniciativa Popular



II.5. Propostas de Alteração do Piso Constitucional em Saúde

II.5.a. Proposta do Governo

Por meio da Proposta de Emenda à Constituição nº 22-A, de 2000-SF, que trata do chamado “Orçamento Impositivo”, o Governo propõe a alteração do inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal, para fixar em termos



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

constitucionais a receita corrente líquida como base de apuração dos recursos mínimos a serem aplicados pela União em saúde.

O citado dispositivo constitucional prevê desde o ano 2000 que a União aplique em ASPS recursos mínimos derivados de percentuais calculados “na forma definida em lei complementar” (art. 198, §2º, I, da CF), e o art. 198, §3º, inc. I, da CF, dispõe que lei complementar defina os percentuais mínimos de aplicação de todos os entes federados (União, Estados e Municípios). A Constituição delegou, portanto, à lei complementar a fixação dos parâmetros – entenda-se: base de incidência e percentual de reajuste – para apuração dos recursos mínimos a serem aplicados pelo governo federal.

A redação constante da PEC nº 22-A, de 2000-SF, afasta a possibilidade de lei complementar fixar a base de apuração e o percentual mínimo, pois constitucionalmente passa a ser a RCL, no percentual de 15%. Tampouco mantém a possibilidade de lei complementar estabelecer um percentual superior ao mínimo constitucionalmente fixado, pois a PEC também propõe alteração do art. 198, §3º, inc. I, da CF, suprimindo essa possibilidade para a União. Na prática, qualquer alteração relativa ao piso federal de saúde passa a depender de nova Proposta de Emenda à Constituição.

Além de o percentual proposto **ser bastante inferior ao pleiteado pelos movimentos sociais** (10% da Receita Corrente Bruta – RCB são equivalentes a 18,74% da RCL da União de 2014), **esse limite só seria atingido a partir do quinto ano de vigência da alteração legislativa (portanto, a partir de 2018)**. Considerando os parâmetros do Governo para RCL entre 2014 e 2018, o acréscimo proposto é da ordem de R\$ 5,9 bilhões no primeiro ano (em 2014) e de R\$ 22,8 bilhões no último (em 2018).

Figura 11 – Comparação entre Regra Atual e a Proposta do Governo

Em R\$ bilhões

Exercício	Piso Federal da Saúde (Regra Atual)		Piso Federal da Saúde (Proposta do Governo)		
	R\$	Em % da RCL	R\$	Em % da RCL	Acréscimo Anual em Relação à Regra Atual
2014	90,1	12,4%	96,0	13,2%	5,9
2015	97,7	12,7%	105,2	13,7%	7,5
2016	105,9	12,7%	117,5	14,1%	11,6
2017	115,0	12,7%	131,4	14,5%	16,4
2018	125,0	12,7%	147,8	15,0%	22,8



II.5.b. Projeto de Iniciativa Popular

Como mencionado, o Projeto de Iniciativa Popular fixa para a União a aplicação mínima anual de 10% da Receita Corrente Bruta (percentual que, em 2014, é equivalente a 18,74% da RCL). A fim de permitir a comparação da proposta do movimento social com as anteriores (que utilizam a RCL como base de apuração), consideramos a equivalência de 10% da RCB para 18,74% da RCL e utilizamos os parâmetros de RCL adotados pelo governo para projetar os recursos mínimos a serem aplicados de 2014 a 2018.

Figura 12 – Comparação entre Regra Atual e Projeto de Iniciativa Popular

Em R\$ bilhões

Exercício	Piso Federal da Saúde (Regra Atual)		Piso Federal da Saúde (Projeto de Iniciativa Popular)		
	R\$	Em % da RCL	R\$	Em % da RCL	Acréscimo Anual em Relação à Regra Atual
2014	90,1	12,4%	136,2	18,7%	46,1
2015	97,7	12,7%	143,9	18,7%	46,2
2016	105,9	12,7%	156,2	18,7%	50,3
2017	115,0	12,7%	169,8	18,7%	54,8
2018	125,0	12,7%	184,7	18,7%	59,7

Segundo a proposta, logo no primeiro ano de vigência (em 2014), a saúde deveria ter um aporte adicional de **R\$ 46 bilhões**, valor que em 2018 corresponderia a **R\$ 59,7 bilhões**.

II.5.c. Aplicação Cumulada até 2018

Em termos de valores cumulados (ao longo dos cinco anos de escalonamento proposto pelo governo), a diferença de aporte financeiro é significativa entre as propostas. Em relação à regra atual, a proposta do governo implica aporte de tão somente R\$ 64 bilhões cumulados ao longo de 5 anos, enquanto na proposta popular é de R\$ 257 bilhões.

Figura 13 – Impacto Anual e Cumulado (5 anos) das Propostas

Em R\$ bilhões

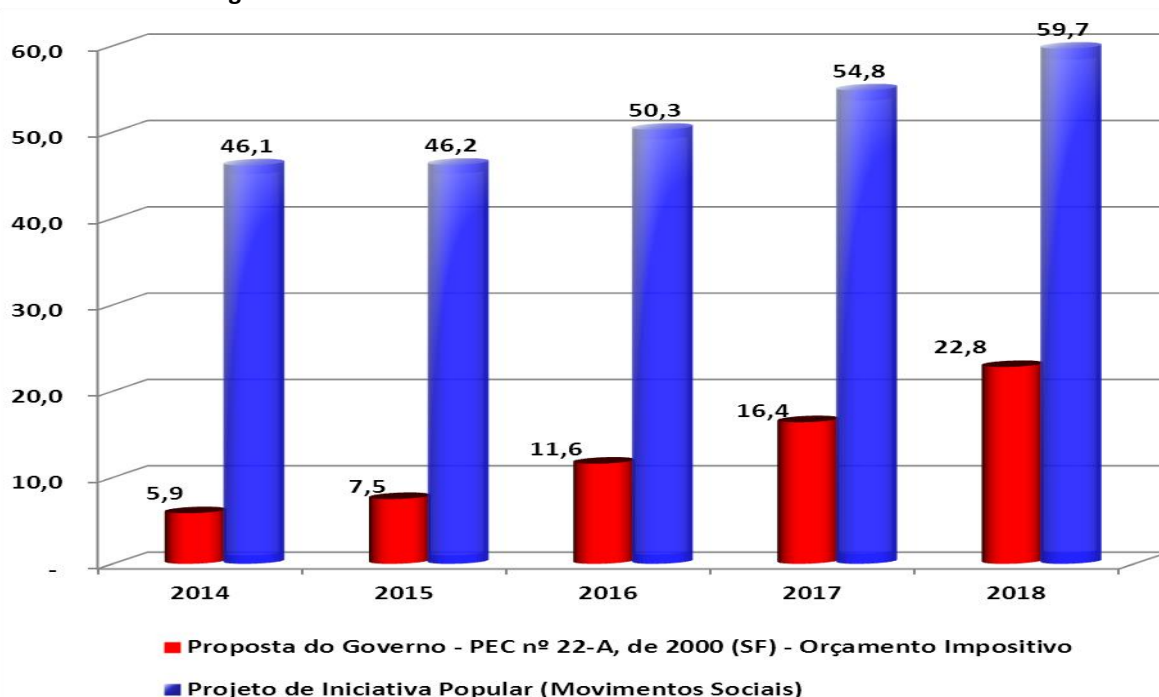
Exercício	Valor do Piso Federal da Saúde (Regra Atual)	Piso Federal de Aplicação em Saúde			
		Proposta do Governo		Projeto de Iniciativa Popular	
		Valor do Piso	Acréscimo Anual em Relação à Regra Atual	Valor do Piso	Acréscimo Anual em Relação à Regra Atual
	R\$	R\$	R\$	R\$	
2014	90,1	96,0	5,9	136,2	46,1
2015	97,7	105,2	7,5	143,9	46,2
2016	105,9	117,5	11,6	156,2	50,3



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Exercício	Valor do Piso Federal da Saúde (Regra Atual) R\$	Piso Federal de Aplicação em Saúde			
		Proposta do Governo		Projeto de Iniciativa Popular	
		Valor do Piso	Acréscimo Anual em Relação à Regra Atual	Valor do Piso	Acréscimo Anual em Relação à Regra Atual
		R\$	R\$	R\$	R\$
2017	115,0	131,4	16,4	169,8	54,8
2018	125,0	147,8	22,8	184,7	59,7
Valor Cumulado ao longo de 5 anos	533,7	597,9	64,2	790,84	257,1

Figura 14 – Acréscimos Anuais de Recursos ao Piso Federal de Saúde



Em relação à proposta do Governo, o projeto de iniciativa popular representa acréscimo anual de mais de R\$ 30 bilhões e cumulado, ao longo dos cinco anos, superior a R\$ 193 bilhões.

Figura 15 – Impacto Anual e Cumulado (5 anos) do Projeto de Iniciativa Popular

Exercício	Piso Federal em Saúde (Projeto de Iniciativa Popular)	Acréscimo em Relação à Proposta do Governo
	R\$	R\$
2014	136,2	40,3
2015	143,9	38,7
2016	156,2	38,7
2017	169,8	38,4
2018	184,7	36,9
Valor Cumulado ao longo de 5 anos		193,0

Em R\$ bilhões



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Dessa forma, pode-se dizer que, decorridos 5 anos da alteração legislativa proposta pelo governo, os novos valores de piso constitucional da saúde alcançariam, no máximo, 38% do solicitado hoje pelos movimentos sociais (vide Figura 16 – % de Atendimento da Proposta do Governo em Relação aos Movimentos Sociais).

No primeiro ano de vigência, a proposta do governo representa pouco mais de um décimo (12,7%, conforme Figura 16 – % de Atendimento da Proposta do Governo em Relação aos Movimentos Sociais) do valor total pleiteado pelo movimento popular. O acréscimo total das propostas - cumulado ao longo de 5 anos (R\$ 64 bilhões) - seria pouco superior ao proposto pelo Projeto de Iniciativa Popular somente para um exercício (R\$ 59,7 bilhões em 2018, conforme Figura 12 – Comparação entre Regra Atual e Projeto de Iniciativa Popular).

Figura 16 – % de Atendimento da Proposta do Governo em Relação aos Movimentos Sociais
Em R\$ bilhões

Exercício	Proposta do Governo	
	Acréscimo <u>Anual</u> em Relação à Regra Atual	% Em relação ao Acréscimo Previsto no Projeto de Iniciativa Popular
	R\$	R\$
2014	5,9	12,7%
2015	7,5	16,2%
2016	11,6	23,1%
2017	16,4	29,9%
2018	22,8	38,2%
Cumulado ao longo de 5 anos	<u>64,2</u>	25,0%

II.5.d. Outros Aspectos do “Orçamento Impositivo”

A PEC do Orçamento Impositivo (PEC nº 22-A/2000 – SF) determina a execução obrigatória de emendas parlamentares apresentadas até determinado percentual da receita corrente líquida. Prevê, portanto, a obrigatoriedade de execução de programações inseridas no orçamento federal pelo Parlamento. Entretanto, recentemente, foram apresentadas diversas emendas à PEC, vinculando parcela significativa desse “Orçamento Impositivo” a “Ações e Serviços Públicos de Saúde – ASPS”.

A carência de recursos na Saúde é imensa, sendo oportuna e louvável a priorização pelo Estado, como forma de melhorar as condições de vida da



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

população. Contudo, tendo em vista tratar-se de obrigações com origens distintas - Piso da Saúde e Orçamento Impositivo –, e a fim de que o esforço parlamentar represente efetivo acréscimo de recursos à saúde, é essencial que as emendas individuais **NÃO SEJAM COMPUTADAS NO PISO CONSTITUCIONAL**.

A simples vinculação de parcela do Orçamento Impositivo à saúde – que já conta com Piso Constitucional – significa reduzir dos recursos mínimos a serem aplicados pela União montante equivalente ao total de emendas individuais que venham a ser apresentadas em benefício do setor.

Segundo dados do governo, a colocação do Orçamento Impositivo “dentro” do Piso da Saúde significaria deduzir pelo menos R\$ 3,8 bilhões do acréscimo total de R\$ 5,9 bilhões proposto pelo governo para 2014, restando apenas R\$ 2,1 bilhões para efetiva correção das despesas com manutenção do Sistema.

Figura 17 – Proposta do Governo e Financiamento do Orçamento Impositivo

Em R\$ bilhões

Piso da Saúde (Proposta do Governo)					
Exercício	R\$	% da RCL	Acréscimo Anual Proposto pelo Governo		
			Total	Orçam. Impositivo	Diferença
2014	96,0	13,2%	5,9	3,8	2,1
2015	105,2	13,7%	7,5	4,3	3,2
2016	117,5	14,1%	11,6	5,2	6,4
2017	131,4	14,5%	16,4	6,3	10,1
2018	147,8	15,0%	22,8	7,2	15,6

Dessa forma, **O CÔMPUTO DO ORÇAMENTO IMPOSITIVO PARA ATENDIMENTO DA APLICAÇÃO MÍNIMA DO SETOR IMPEDE QUE AS EMENDAS PARLAMENTARES REPRESENTEM EFETIVO ACRÉSCIMO DE RECURSOS À SAÚDE**. Na prática, o Piso da Saúde passaria a ser “financiado” pelo “Orçamento Impositivo”, reduzindo a disponibilidade de recursos do Ministério da Saúde (MS) para reajuste das despesas correntes obrigatórias que financiam o SUS.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

Além disso, tradicionalmente as emendas parlamentares destinam recursos para a realização de obras (investimentos) em Estados e Municípios. Como se verifica na Figura 18 – Emendas ao Orçamento Federal da Saúde, a concentração em investimentos é superior a 85% do total de emendas apresentado para o setor, e o restante diz respeito ao atendimento de despesas discricionárias.

Figura 18 – Emendas ao Orçamento Federal da Saúde

Em R\$ bilhões

GND	2010			2011			2012			2013		
	Quant. Emend.	Valor	% Partic. Relativa	Quant. Emend.	Valor	% Partic. Relativa	Quant. Emend.	Valor	% Partic. Relativa	Quant. Emend.	Valor	% Partic. Relativa
3-ODC	791	0,42	18%	717	0,38	15%	667	0,53	13%	401	0,55	11%
4-INV	1.396	1,97	82%	1.274	2,08	85%	1.997	3,60	87%	2.117	4,31	89%
5-IFI	0	0,0	0%	0	0,0	0%	1	0,00	0%	0	0,0	0%
Total	2.187	2,39	100%	1.991	2,46	100%	2.665	4,13	100%	2.518	4,86	100%

A disponibilização de R\$ 2,1 bilhões em 2014 (recursos com que o MS poderia contar para reajustar as despesas correntes, conforme Figura 17 – Proposta do Governo e Financiamento do Orçamento Impositivo) não chega perto de resolver o problema de subfinanciamento do SUS.

Como mencionado antes, há a necessidade de imediato e significativo reajuste das despesas correntes obrigatórias, de forma a atenuar as dificuldades de manutenção do Sistema, situação que, além de não ser resolvida com a inserção das emendas parlamentares no piso, é agravada com a redução da disponibilidade do Ministério da Saúde.

III. NÚCLEO DA PROPOSTA

Todos estamos de acordo com o diagnóstico sombrio da situação da saúde no Brasil, para cuja solução dos problemas a crônica insuficiência de recursos representa um grande desafio. Também não parecem existir dúvidas de que, diante do atual modelo do Sistema Único de Saúde (SUS), e tendo em vista o quadro de repartição dos recursos efetivamente disponíveis pelos diversos entes da Federação e seus respectivos encargos, a responsabilidade maior incumbe à União, cuja participação no financiamento da saúde vem decrescendo.



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

É indiscutível a necessidade de aumentar a destinação de recursos para as ASPs. E tudo nos leva a concluir que a maneira mais razoável de se atingir um patamar minimamente desejável é fazê-lo gradualmente, de modo que a composição das despesas públicas possa ir-se ajustando ao longo desse período de transição, sem criar grandes dificuldades ao governo central para realocar recursos e redefinir prioridades, sem maiores prejuízos para a continuidade dos demais programas governamentais.

Nossa Proposta adota como ponto de partida o limite mínimo de aplicação correspondente a 15% da Receita Corrente Líquida, já sinalizados pelo governo federal como aceitáveis, para seguir um cronograma de acréscimos graduais a ser cumprido em cinco anos, da seguinte maneira:

- I – 15% em 2014;
- II – 16% em 2015;
- III – 17% em 2016;
- IV – 18% em 2017; e
- V – 18,7% em 2018.

Em 2019, quando do início do 2º mandato presidencial subsequente, por ocasião da discussão de um novo plano plurianual, haveria um reexame desse percentual, o que é uma vantagem considerável em relação à sistemática de vinculações geralmente adotada, baseada em percentuais fixos, constitucionais, sem considerar a conveniência de uma revisão periódica, que possibilite uma adequação à dinâmica de cada situação, o que tem contribuído para tornar os orçamentos excessivamente rígidos e, até certo ponto, inócua a avaliação dos programas. Entendemos que, em função da própria eficiência e da efetividade no uso de recursos escassos e concorrentes, cada governo deva dispor de suficiente margem de manobra para estabelecer diferentes composições de despesas, com vistas à otimização no uso desses recursos, em consonância com as suas necessidades e prioridades, em contínua evolução.

Paralelamente, rechaçamos qualquer tentativa de recriação de tributos, como foi proposto no caso da Contribuição Social para a Saúde – CSS, no percentual de 0,2% sobre as transações financeiras, ainda que somente a partir de 2018. A manutenção ou prorrogação da antiga CPMF foi veementemente rejeitada pelo Congresso Nacional e não tem qualquer apoio da sociedade em geral. Enquanto esteve em vigor no Brasil, essa Contribuição foi fatiada e pulverizada. A complementação dos recursos requeridos para a



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

saúde deve provir de um rearranjo das contas públicas, de modo a não elevar a já tão questionada carga tributária brasileira.

Considerando-se as estimativas disponíveis, na hipótese, por exemplo, da adoção dos 15% sobre a receita corrente líquida, somados a 0,2% sobre as transações financeiras, a arrecadação apontaria para algo em torno de R\$ 147 bilhões (R\$ 109 bilhões, acrescidos de R\$ 38 bilhões correspondentes à nova CSS, sem considerar a receita proveniente de royalties.) Em nossa Proposta – isto é, sem a CSS e calculando-se 18,7% da receita corrente líquida, obteríamos uma receita aproximada de R\$ 136 bilhões, ou o equivalente a 10% da receita corrente bruta estimada para 2014. Estes números representam um ganho considerável em relação à situação atual, sem a necessidade de recriação de tributo.

Não se diga que há insuficiência de recursos de fontes originariamente próprias da Seguridade Social para financiar as funções de saúde, previdência e assistência, haja vista os desvios provocados pela absorção de recursos pela DRU e o volume das renúncias fiscais que corroem as suas bases de financiamento, como se pode constatar na Figura 19 – Efeitos da desvinculação promovidos pela DRU sobre contribuições.

Já em 2011, R\$ 52,6 bilhões eram sugados das contribuições para a Seguridade Social a título de Desvinculação das Receitas Orçamentárias (aproximadamente 10% de suas receitas), o que é muito superior ao valor que se poderia esperar com a arrecadação de um novo tributo. Nesse mesmo ano, as receitas da Seguridade atingiram R\$ 528,2 bilhões e as despesas, R\$ 451,0 bilhões, gerando um saldo positivo de R\$ 77,2 bilhões (1,9% do PIB). O quadro é da Fundação ANFIP, baseado em dados fornecidos pela Secretaria do Tesouro Nacional – STN.

Figura 19 – Efeitos da desvinculação promovidos pela DRU sobre contribuições

Valores correntes, em R\$ milhões

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Receita de contribuições sociais	169.145	175.870	200.409	196.485	193.865	229.274	263.194
COFINS	89.597	90.341	101.835	120.094	116.759	140.023	159.891
PIS/PASEP	22.083	23.815	26.116	30.830	31.031	40.373	42.023
CSLL	26.232	27.266	33.644	42.502	43.592	45.754	57.845
Conc Prognósticos	1.578	1.956	2.431	2.054	2.497	3.148	3.414



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

CPMF	29.654	32.493	36.382	1.004	-	-	-
Valores desvinculados	32.580	33.806	38.550	39.255	38.776	45.860	52.635

Fonte: STN. Org. ANFIP e Fundação Anfip.

Recentemente, o próprio Ministério da Previdência estimou que o impacto das renúncias fiscais sobre as contas da Seguridade Social se elevariam a R\$ 16,1 bilhões apenas no ano de 2013, sendo R\$ 17,6 bilhões em 2014 e R\$ 19,5 bilhões em 2015, o que elimina qualquer dúvida que se possa ter sobre a capacidade que os recursos das fontes próprias da Seguridade têm para suportar um aumento moderado e gradativo das despesas com saúde.

Saliente-se, nesta oportunidade, que nossa Proposta acolhe o projeto de lei de iniciativa popular que recebeu o número PLP 321/13, recomendando converter a proposta de 10% da receita corrente bruta nos 18,7% sobre a receita corrente líquida, percentual a ser igualmente atingido de forma escalonada, até 2018, como já foi mencionado. Em valores do orçamento de 2013, o ganho representado pela fórmula dos 18,7% corresponderia a algo em torno de R\$ 47 bilhões. Destaque-se, ainda, que o próprio Ministro da Saúde, Excelentíssimo Senhor Alexandre Padilha, no ano de 2011, em Comissão Geral, afirmou que o Ministério da Saúde necessita de R\$ 45 bilhões para enfrentar a crise de atendimento em saúde no País.

A comparação das propostas do governo, de iniciativa popular e a que estamos apresentando assegura, nos próximos cinco anos, acréscimos bastante diferenciados nos montantes de recursos destinados à saúde, realçando-se o fato de que esta última se situa num nível intermediário, como se pode constatar na Figura 20 – Acréscimos estimados nas despesas com saúde.

Figura 20 – Acréscimos estimados nas despesas com saúde

PROPOSTA	Em R\$ bilhões					
	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
Governo	5,9	7,5	11,6	16,4	22,8	64,2
Nossa Proposta	18,9	25,2	35,8	48,1	59,7	187,7
Inic Popular	46,1	46,2	50,3	54,8	59,7	257,1

Adicionalmente, entendemos que as emendas parlamentares destinadas à saúde, resultantes da eventual aprovação da chamada “PEC do Orçamento Impositivo”, não devem ser descontadas dos percentuais correspondentes ao novo piso que venha a ser estabelecido. Hoje, o Ministério da Saúde já paga as emendas parlamentares com o piso mínimo.



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

De toda a maneira, em qualquer hipótese a adoção de uma nova regra é inadiável: não mais se justifica a perpetuação da regra transitória, que confere à União tratamento diverso do imposto aos demais entes para efeito de destinação de recursos à saúde (diferentemente do que ocorre, diga-se de passagem, com os pisos para a educação, cujo tratamento é simétrico para todos os entes da Federação). A evolução dos recursos destinados à saúde, pela União, com base na variação nominal do PIB, a partir do patamar de despesas que vinham sendo efetuadas antes da Emenda nº 29, de 2000, provocou uma profunda distorção na repartição dos encargos entre as três esferas da Administração, como se pode demonstrar comparando as respectivas participações em 2000 e 2012.

Figura 21 – Participação percentual dos entes federados em ASPS

Entes federados	2000	2012
União	58,6	45,1
Estados	20,2	25,6
Municípios	21,2	29,3
Total	100,0	100,0

Surpreende verificar que houve uma transferência de 13,5 pontos percentuais dos encargos totais, da União (de 58,6% para 45,1%) para os demais Entes (de 41,4% para 54,9%), o que é evidentemente inaceitável. É interessante reforçar que, mesmo adotando-se a proposta de iniciativa popular, não se retornaria ao patamar percentual inicial da União.

Também se constatou que, no mesmo período considerado, as despesas efetuadas pela União caíram em relação às receitas correntes bruta e líquida.

Figura 22 – Despesas da União com saúde em relação à RCB e à RCL

Ano	2000	2011
Receita Corrente Bruta	8,06%	7,03%
Receita Corrente Líquida	14,02%	12,95%

Pôde-se também verificar que esses percentuais foram ainda mais baixos em alguns anos da série, chegando, em 2008, a 6,45% da Receita Corrente Bruta e a 11,36% da Receita Corrente Líquida.

Em suma, a adoção de um novo critério para a União confere simetria ao tratamento já aplicável aos demais entes da Federação (e consagrado para a educação). Note-se, por outro lado, que a receita tributária em nosso País tem apresentado um comportamento razoavelmente elástico



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

em relação às variações do PIB, o que, numa perspectiva de médio prazo, com um crescimento mais vigoroso, deve propiciar ganhos mais do que proporcionais nas destinações para a saúde. Além de que, como já amplamente reconhecido, a escolha da RCL como parâmetro é muito mais apropriada do que a RCB, pois, ao deduzir as transferências para os demais entes, se constitui numa base mais aproximada do conceito de *recursos efetivamente disponíveis*, como, aliás, já ocorre em situações similares, não propiciando contestações ou divergências de interpretação, pois se trata de uma definição constante da Lei de Responsabilidade Fiscal, largamente utilizada.

Para uma melhor visualização e comparação das várias propostas em confronto, veja-se a Figura 23 – Propostas para a Saúde (com as projeções do governo para a evolução do PIB e da arrecadação).

Figura 23 – Propostas para a Saúde

Em R\$ bilhões

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piso atual⁽¹⁾	76,7	83,1	90,1	97,7	105,9	115	125
Aporte atual⁽²⁾	78,2	90,3	90,1	-	-	-	-
Prop.gov.(15% da RCL)⁽³⁾	-	-	96	105,2	117,5	131,4	147,8
RCB	1134,7	1296,5	1362,4	1439	1562	1698	1847
RCL			726,7	768,1	833,5	906,1	987,7
Prop. Iniciativa Popular⁽⁴⁾	113,5	129,7	136,2	143,9	156,2	169,8	184,7
Nossa Proposta⁽⁵⁾	-	-	109	122,9	141,7	163,1	184,7

(1) Calculado pela variação nominal do PIB (corresponde a 12,7% da RCL.)

(2) 2012 – empenhado; 2013 – autorizado; 2014 – PLOA.

(3) A proposta do governo é escalonada, respectivamente em: 13,2%, 13,7%, 14,1%, 14,5% e 15,0%.

(4) Corresponde a 10% da RCB (= 18,7% da RCL).

(5) Os percentuais são escalonados: 15,0%, 16,0%, 17,0%, 18,0% e 18,7%.

IV. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Diante de tudo o que foi relatado e exposto, concluímos pelo seguinte:

1-) Destinação, pela União, de recursos para ações e serviços públicos de saúde em percentuais escalonados, calculados sobre a receita corrente líquida, de acordo com o seguinte cronograma:

- I – 15% em 2014;
- II – 16% em 2015;
- III – 17% em 2016;
- IV – 18% em 2017; e



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Comissão Especial destinada a discutir o Financiamento da Saúde

V – 18,7% em 2018.

2-) Revisão quadrienal desses percentuais, a partir de 2019, em cada plano plurianual;

3-) Não inclusão das emendas parlamentares resultantes da eventual aprovação da Proposta de Emenda à Constituição nº 22-A, de 2000-SF, – PEC do Orçamento Impositivo – no piso calculado de acordo com os itens precedentes;

4-) Rejeição à criação de qualquer novo tributo para financiamento à saúde; e

5-) Exclusão das fontes de financiamento da Seguridade Social da incidência da DRU – Desvinculação das Receitas da União.

Sala da Comissão, 12 de novembro de 2013.

Dep. GERALDO RESENDE