



CÂMARA DOS DEPUTADOS
Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

Nota Técnica n.º 08/2007

**IMPLICAÇÕES DA NÃO APROVAÇÃO DA LEI
COMPLEMENTAR, A QUE SE REFERE O § 3º DO ART.
198 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL (EC Nº 29/2000), NOS
GASTOS FEDERAIS COM SAÚDE**

Sidney A. Bittencourt

Núcleo da Saúde

Abril/2007

**Endereço na Internet: <http://www.camara.gov.br>
e-mail: conof@camara.gov.br**



SUMÁRIO

NOTA TÉCNICA Nº 08, DE 2007

I – OBJETIVO	3
II – ANTECEDENTES	3
III – CONTROVÉRSIAS NA APLICAÇÃO DA EC Nº 29/2000	4
III.1 Definição de “Ações e Serviços Públicos de Saúde”	4
III.2 Base de Cálculo	6
IV – CONCLUSÃO	9

Todos os direitos reservados. Este trabalho poderá ser reproduzido ou transmitido na íntegra, desde que citado o autor e a Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados. São vedadas a venda, a reprodução parcial e a tradução, sem autorização prévia por escrito da Câmara dos Deputados.

Este trabalho é de inteira responsabilidade de seu autor, não representando necessariamente a opinião da Câmara dos Deputados.



I – OBJETIVO

Atender solicitação do Deputado Geraldo Resende (PPS/MS), no sentido de avaliar o impacto que a ausência da lei complementar, a que se refere o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, tem acarretado nos gastos federais com saúde.

II – ANTECEDENTES

A Constituição de 1988 colocou a saúde na condição de direito social universal, tirando-lhe o caráter, até então vigente, de direito apenas previdenciário, que garantia a assistência hospitalar gratuita somente aos contribuintes da previdência social

O novo modelo de saúde, calcado nos princípios da universalidade e integralidade do atendimento, gerou demandas que acarretaram maior pressão sobre os gastos do setor, sem que houvesse à época garantia de recursos em volume adequado e suficiente ao provimento das novas necessidades

A situação ficou especialmente dramática a partir de 1993, quando as contribuições previdenciárias¹ deixaram de ser repassadas à saúde, em virtude dos desequilíbrios que já se afiguravam nas contas da previdência social.

Para compensar a falta de recursos, que acarretava instabilidade no financiamento das políticas de saúde públicas, foram adotadas medidas emergenciais, tais como empréstimos junto ao FAT, obtidos no início e meados dos anos 90, e a criação da CPMF, instituída inicialmente apenas com o fito de socorrer a saúde.²

Concomitantemente, surgiram propostas de soluções mais duradouras,³ que culminaram com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (EC nº 29/2000), pela qual se vinculou recursos para aplicação em ações e serviços

¹ Contribuição dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social (fonte 154).

² Além da Saúde, a CPMF atualmente tem parte de seus recursos direcionados para o financiamento da Previdência e de ações de combate e erradicação da pobreza.

³ Dentre essas propostas, destacam-se as PECs nºs 169/93 e 82/95, que propunham a vinculação de recursos da Seguridade Social ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde. O substitutivo desta última, com algumas modificações, deu origem à EC nº 29/2000.

públicos de saúde por parte de cada ente federado.

A EC nº 29/2000 prevê a edição de lei complementar para revisar os percentuais de vinculação dos recursos destinados às ações e serviços de saúde por parte dos entes federados, estabelecer os critérios de rateio e a fiscalização e controle desses recursos. Projeto de lei nesse sentido (PLP nº 01/2003), já aprovado pelas comissões permanentes, encontra-se, desde outubro de 2005, pendente de apreciação pelo Plenário da Câmara dos Deputados.

Após ampla discussão sobre a operacionalização da EC nº 29/2000, foi baixada pelo Conselho Nacional de Saúde a Resolução nº 322/2003, com o intuito de uniformizar em todo o território nacional a aplicação da referida Emenda.

Na esfera federal, as leis de diretrizes orçamentárias (LDOs), objetivando orientar a elaboração e execução do Orçamento da União, passaram a definir *ações e serviços públicos de saúde*, para fins de cumprimento da EC nº 29/2000.

III – CONTROVÉRSIAS NA APLICAÇÃO DA EC Nº 29/2000

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

Diante dessa constatação, surgiram iniciativas no sentido de buscar homogeneizar as interpretações da EC nº 29/2000.⁴ Todas elas, porém, mostraram-se insuficientes, uma vez que somente lei complementar tem o condão de efetivamente regular a matéria, submetendo todos os entes federados ao seu cumprimento.

III.1 Definição de “Ações e Serviços Públicos de Saúde”

Dentre todas as questões, a que se mostra mais premente diz respeito à

⁴ 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.

definição de *ações e serviços públicos de saúde*. A definição que tem prevalecido na esfera federal para suprir a ausência da lei complementar tem sido a ditada pelas leis de diretrizes orçamentárias (LDOs), segundo a qual tais ações e serviços compreenderiam “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.”

Vê-se, pois, que a definição em vigor não obedece à lógica da classificação funcional ou programática, mas tão-só a institucional, ou seja, não leva em conta o objeto, a natureza do gasto, mas o órgão executor da ação. Dessa forma, basta que a despesa seja da programação do Ministério da Saúde para que, em tese, integre o referido piso de aplicação.

Essa precariedade na definição de *ações e serviços públicos de saúde* tem ensejado inúmeros questionamentos acerca de despesas que estariam sendo computadas no piso sem que representassem de fato gastos com saúde, como nos seguintes casos:

- **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, com o nítido propósito de fazer com que fossem computados no piso de aplicação em saúde. Com isso, cerca de R\$ 3,3 bilhões⁵ reservados à saúde acabaram, no período de 2003 a 2005, financiando ação de assistência social. Esse desvio de recursos só não foi maior devido à 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, por exemplo, todas aquelas do programa *Serviços Urbanos de Água e Esgoto*, com exceção das voltadas a melhorias sanitárias, abastecimento d’água e

⁵ 2003: R\$ 360 milhões; 2004: R\$ 819 milhões e 2005: R\$ 2,1 bilhão.

coleta e tratamento de esgoto em municípios com população de até 30 mil habitantes, que tradicionalmente já faziam parte da programação da Saúde. Da mesma forma, a ação vinculada ao programa *Resíduos Sólidos Urbanos* destinada a atender municípios com população acima de 250 mil habitantes ou integrantes de Regiões Metropolitanas também migrou para a Saúde. Os gastos com essas ações, no período de 2004 a 2006, foram de R\$ 602,1 milhões, podendo esse montante ser ainda maior, haja 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, há quem entenda que o mesmo não deva 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 têm 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.

III.2 Base de Cálculo

Outra questão que merece atenção diz respeito à definição precisa da base de cálculo para a apuração do montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Essa questão foi tema de ampla discussão até o ano de 2002, quando o Tribunal de Contas da União, em resposta à consulta formulada pela Comissão de

Seguridade Social e Família, proferiu a Decisão nº 143/2002-TCU – Plenário, pela qual a base de cálculo deveria ser o “*valor efetivamente empenhado no ano anterior em ações e serviços públicos de saúde*” (base móvel) e não o valor mínimo de aplicação calculado para o referido ano (base fixa), que vigorava até então.⁶

Todavia, a decisão do TCU, em face do caráter consultivo que a gerou, parte do pressuposto de que o valor despendido em ações e serviços públicos de saúde seja sempre igual ou superior ao valor mínimo de aplicação estabelecido para o ano. O fato é que as aplicações da União em saúde a partir de 2001, com exceções dos anos de 2004 e 2006, ficaram sempre abaixo do piso calculado para o ano, à luz da regra da base móvel, conforme mostrado no quadro abaixo.

GASTOS FEDERAIS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE 2001 A 2006
(PIBs PELA METODOLOGIA ANTIGA)

Ano	Gastos (Dotação empenhada e liquidada)	Apuração do valor mínimo			Diferença	
		Base de Cálculo		Fator de Correção (Var. Nom PIB)		Valor Mínimo
		R\$ milhão	rigem			
(a)	(b)	(c)		(d)=PIB (a-1)/ PIB(a-2)	(e)=(c)*(d)	(b)-(e)
2001	22.474,1	20.351,5	Gastos 2000	113,1%	23.014,1	-540,0
2002	24.736,8	23.014,1	Mínimo 2001	108,9%	25.051,3	-314,4
2003	27.179,5	25.051,3	Mínimo 2002	112,3%	28.129,4	-949,8
2004	32.701,2	28.129,4	Mínimo 2003	115,6%	32.521,2	180,1
2005	36.491,2	32.701,2	Gastos 2004	113,5%	37.123,4	-632,2
2006	40.746,2	37.123,4	Mínimo 2005	109,7%	40.716,2	29,9

Fonte: SIAFI; Elaboração: COFF/CD

Em que pese à decisão do TCU não ter aventado essa hipótese – aplicação abaixo do piso – está evidente que nesse caso a base de cálculo não poderia ser mais o valor efetivamente aplicado no ano anterior, e sim o valor mínimo que naquele ano deveria ter sido despendido. Entender de outra forma seria ir de encontro ao espírito da EC nº 29/2000, que visa a garantir fluxos regulares e crescentes de recursos para financiar ações e serviços de saúde.

Verdade é que no biênio 2001-2002 a aplicação em saúde esteve cercada de controvérsias. O governo de então adotava outro critério, pelo qual se considerava base de cálculo o valor mínimo fixado para 2000 (equivalente ao valor empenhado em

⁶ No que diz respeito à União, a EC nº 29/2000 remete à lei complementar a definição das regras permanentes, que deveriam vigorar a partir 2005. Como a referida lei ainda não foi aprovada, continuam válidas aquelas instituídas 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 a 2004*, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.”

1999 acrescido de cinco por cento), aplicando-se a partir de então apenas a variação nominal do PIB. Por esse critério, o montante mínimo estaria sendo alcançado.

No entanto, com a mudança de interpretação, todos os pisos pretéritos tiveram de ser recalculados para apuração das novas bases de cálculo, de sorte a se restabelecer o espírito da EC nº 29/2000, consubstanciado na referida Decisão do TCU. É importante notar que a correção da base não significa recuperar o que se deixou de aplicar à vista da nova interpretação, mas impedir que a prática passada continuasse a impactar os pisos futuros.

Emblemática é a situação observada em 2003. Não obstante referir-se ao primeiro ano pós Decisão do TCU, quando teoricamente não mais existiriam dúvidas quanto à base de cálculo a ser aplicada, constata-se que foi o ano em que as aplicações em ações e serviços públicos de saúde mais se afastaram do piso – a diferença chega a quase R\$ 1 bilhão. Se considerarmos o período de 2001 a 2006, as perdas acumuladas chegam a R\$ 2,4 bilhões.

Diante da recente mudança da metodologia de apuração do PIB, que alteraram os seus valores a partir de 1995, os dados do quadro anterior sofrem alterações, passando a ser os seguintes.

GASTOS FEDERAIS COM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE 2001 A 2006
(PIBs PELA NOVA METODOLOGIA)

Ano	Gastos (Dotação empenhada e liquidada)	Apuração do valor mínimo				Diferença R\$ milhão
		Base de Cálculo		Fator de Correção (Var. Nom PIB)	Valor Mínimo	
		R\$ milhão	rigem			
(a)	(b)	(c)		(d)=PIB (a-1)/ PIB(a-2)	(a)	(b)
2001	22.474,1	20.351,5	Gastos 2000	110,7%	22.539,2	-65,1
2002	24.736,8	22.539,2	Mínimo 2001	110,4%	24.883,0	-146,2
2003	27.179,5	24.883,0	Mínimo 2002	113,5%	28.240,3	-1.060,7
2004	32.701,2	28.240,3	Mínimo 2003	115,0%	32.484,9	216,3
2005	36.491,2	32.701,2	Gastos 2004	114,2%	37.347,9	-856,7
2006	40.746,2	37.347,9	Mínimo 2005	110,6%	41.319,2	-573,0

Fonte: SIAFI; Elaboração: COFF/CD

Nessa nova composição, verifica-se que apenas o ano de 2004 apresenta execução acima do piso de aplicação em saúde, ficando todos os demais abaixo do mínimo que deveria ter sido aplicado.⁷ Nessa nova conformação dos números, as perdas acumuladas ficam em torno de R\$ 2,7 bilhões.

⁷ A última nota técnica elaborada pelo SIOPS/DES/SCTIE/MS (Nota Técnica nº 02-A/2007, de 21/03/2007),⁷ em que se divulga o resultado da análise dos balanços gerais dos estados brasileiros, referente ao exercício de 2005, no tocante à aplicação mínima de recursos próprios em gastos com ações e serviços públicos de saúde, retrata bem que ainda não há consenso entre os estados com relação às diretrizes sugeridas pela Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, resultando em evidentes prejuízos à aplicação da EC nº 29/2000



É importante destacar que atualmente não existe nenhum mecanismo para recuperar tais perdas.

IV – CONCLUSÃO

Está bastante evidente que a demora na aprovação da lei complementar traz prejuízos à aplicação da EC nº 29/2000, interferindo nos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

A definição atual adotada na esfera federal para *ações e serviços públicos de saúde*, por se bastante precária, dá margens a que se insiram no cômputo dos gastos com saúde despesas no mínimo questionáveis.

A base de cálculo também merece atenção, dadas as controvérsias que marcaram os primeiros anos de aplicação da EC n 29/2000 e que ensejaram consulta ao TCU. Ademais, constata-se que os gastos federais com saúde não têm atingido o mínimo constitucional, à luz do entendimento da Corte de Contas.

A referida lei, portanto, se faz necessária não só para uniformizar a aplicação da EC nº 29/200, dando-lhe maior eficácia, como também para regular o tratamento a ser dado às eventuais aplicações abaixo do mínimo.