

Financiamento do SUS

A luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde



CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular

Expediente

Publicação

Fórum Sul da Saúde (PR,SC e RS) e
Centro de Educação e Assessoramento Popular –CEAP

Elaboração do Texto

Alessandra Schneider, Henrique Kujawa, Jair Andrade, Valdevir Both e
Volmir Brutscher

Colaboração Especial

Gilson Carvalho

Revisão do Texto - ortografia e linguagem

Deborah Matte

Ilustrações

Leandro Bierhals

Diagramação

Rodrigo Oscar Roman

Impressão

Gráfica Berthier

Apoio

Misereor

Informações

CEAP - Centro de Educação e Assessoramento Popular
Rua Senador Pinheiro, 304 – Caixa Postal: 576
CEP: 99070-220 – Fone: (54) 313 6325
ceap@berthier.com.br - Passo Fundo - RS

Passo Fundo, agosto de 2005.

Sumário

1. Apresentação -----	4
2. Sugestões para a utilização da cartilha -----	6
3. História do financiamento da saúde antes do SUS -----	7
3.1 O mau uso do dinheiro da saúde e da previdência -----	9
3.2 Luta para construir o direito à saúde para todo -----	11
4. O financiamento do SUS -----	14
4.1 O funcionamento legal -----	14
4.2 Limites encontrados -----	18
5. Trajetória e propostas da emenda constitucional -----	24
5.1 Histórico da construção da EC-29 -----	24
5.2 Principais mudanças propostas pela EC 29 -----	28
6. Processo de regulamentação da EC-29 -----	32
6.2 O projeto de lei para a regulamentação da EC-2 -----	33
6.3 Tramitação, ameaças e desafios da regulamentação -----	36
7. O financiamento da saúde e o controle social -----	39
7.1 O controle público do orçamento -----	39
7.2 Leis orçamentárias e o SUS -----	39
7.3 Papel do controle social em relação ao orçamento -----	40
7.4 A prática do controle social para além do SUS -----	42
8. ANEXO -----	43
9. Material Consultado -----	51

1. Apresentação

Este texto, discutido com os fóruns de saúde e elaborado pelo CEAP, pretende provocar e mobilizar os sujeitos sociais populares com o objetivo de lutar pela institucionalização do financiamento público da saúde, que só se efetivará quando alcançarmos:

- a definição clara das fontes de arrecadação;
- os percentuais mínimos a investir na saúde;
- a definição da forma de transferência dos recursos entre as esferas de governo;
- a descrição das ações e serviços de saúde (apontando objetivamente no que pode ser gasto o dinheiro do SUS).

Entende-se por sujeitos sociais populares (SSPs) as diversas formas de manifestações, de pessoas ou de organizações, que buscam a melhoria das condições de vida, cada uma da sua forma específica, mas com um horizonte comum que é efetivar uma sociedade democrática, justa e solidária.

O CEAP é um centro de educação popular, fundado em 1987 por lideranças sociais empenhadas com a construção de uma sociedade democrática, justa e solidária. Desde 1992, atua centralmente em políticas públicas sociais, principalmente na área da saúde, contribuindo para fortalecer e qualificar a participação da comunidade na definição das po-

líticas, visando efetivar o direito humano à saúde.

Os fóruns de saúde surgiram no início desta década. São o resultado concreto da reflexão e ação de diversas organizações populares que durante os anos 90 atuavam no controle social das políticas públicas de saúde e que percebiam a necessidade de ampliar e qualificar a participação da comunidade na gestão do SUS. O objetivo da organização dos fóruns é reunir diversos sujeitos sociais que, com suas diferenças e especificidades, se encontram comprometidos com a

saúde pública e buscam aprimorar a elaboração de políticas e de estratégias de atuação em saúde, de forma articulada.

A cartilha Financiamento do SUS: a luta pela efetivação do Direito Humano à Saúde faz uma breve recuperação da história do financiamento da saúde; da proposta de financiamento contida na lei do SUS; da trajetória e das propostas da Emenda Constitucional 29; e também do processo de regulamentação da EC 29; do papel do controle social em relação ao financiamento da saúde e, em anexo, traz sugestões de como socializar e discutir suas provocações com a comunidade. Seu objetivo é contribuir com a comunidade na luta para que a EC 29 seja regulamentada, para que a regulamentação preserve as reivindicações e conquistas históricas, impedindo o desenvolvimento de projetos e leis paralelas que possam comprometer o SUS e, ainda, para que a EC 29 seja cumprida pelos três níveis de governo.

Sejamos perseverantes na conquista e na efetivação dos direitos humanos. Saúde para todos!

2. Sugestões para a utilização da cartilha

Esta cartilha tem o propósito de servir de instrumento orientador, contribuindo na organização dos diversos sujeitos sociais populares que atuam no controle social da saúde em todos os níveis e espaços.

Para que possamos melhor aproveitar este instrumento, sugere-se algumas maneiras de como utilizá-la:

1. Promover reuniões ou encontros no município com as pessoas e entidades que atuam na defesa do SUS e da saúde pública, para tratar de assuntos relativos ao financiamento da saúde a partir das orientações da cartilha;

2. Organizar momentos para leitura e debate dos temas nos Conselhos de Saúde

3. Organizar grupos com pessoas interessadas (lideranças populares, estudantes, etc) para leitura e debate dos temas tratados na cartilha;

4. Articular momentos de reflexão a partir de temas abordados na cartilha, em espaços (reuniões, encontros, assembléias) dos movimentos e entidades populares;

5. A partir desta cartilha, produzir outros textos para divulgar e publicar nos órgãos de comunicação dos municípios, em especial nos jornais e boletins das entidades e dos movimentos populares;

6. Reproduzir partes do texto da cartilha consideradas importantes para divulgar através dos vários meios e nos mais diferentes espaços. O CEAP adota o copyleft, podendo-se copiar, reproduzir e divulgar, parcial ou integralmente o texto da cartilha sob qualquer meio, independente de autorização, desde que sem fins comerciais;

7. Tendo presente as orientações da cartilha, organizar o acompanhamento da elaboração, da tramitação e da aprovação das leis orçamentárias (PPA, LDO e LOA), criando comissões integradas pelo conselho de saúde, pelos fóruns de saúde e pelos mais diversos sujeitos sociais populares (sindicatos, pastorais, entidades)

3. História do financiamento da saúde antes do SUS

Para discutir o financiamento da saúde, precisamos lembrar que o centro do debate é: "Saúde é um direito de todos ou apenas daqueles que têm condições de pagar?". Junto com este debate, vêm outras questões, como: *Qual é o papel do Estado e das políticas públicas: contribuir para a construção da cidadania e da equidade social ou distribuir migalhas para os pobres e garantir o aumento da concentração de renda?*

Antes de 1988 a saúde não era concebida como direito de todos

A partir das questões acima, podemos afirmar que até a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde não era reconhecida como um direito de todos, portanto, a responsabilidade pelo atendimento à saúde era de cada indivíduo. As políticas desenvolvidas pelo Estado eram restritas e focalizadas.

Nas primeiras décadas do século passado, o Estado brasileiro restringia a sua atuação em saúde em ações de saneamento nas grandes cidades e portos e no combate a epidemias, principalmente quando estas epidemias interferiam na economia e traziam prejuízos. Um exemplo se deu no início do século XX, com o combate à febre amarela e outras doenças infecto-contagiosas através de programas de saneamento no Rio de Janeiro e no porto de Santos e que resultou também na campanha de vacinação obrigatória.

Não sendo a saúde considerada um direito de todos e nem alvo de políticas públicas, restava às pessoas que tinham recursos procurar médicos particulares e até soluções no exterior. As que não dispunham de recursos dependiam da caridade (daí vem a história das santas casas de misericórdia, e da atenção à saúde como caridade) ou das parteiras e dos curandeiros.



Caixas de Pensão e Aposentadorias

Em 1923, fruto do crescimento industrial e da maior mobilização dos trabalhadores, foi criada a Lei Eloy Chaves que instituía as “Caixas de Aposentadoria e Pensão- CAPs” que consistiam num fundo criado pelas empresas, com a contribuição dos empregados, para financiar a aposentadoria dos trabalhadores e a sua assistência médica. A criação das CAPs representou um avanço, pois estabeleceu

uma política de garantia de ações de saúde e assistência. Contudo, consolidou a lógica de que só tinha direito à saúde quem contribuísse financeiramente. Além do mais, restringiu a atenção à saúde em ações médico-hospitalares.

Institutos de Aposentadoria e Pensão

Na década de 1930, Getúlio Vargas transforma as CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensão - IAPs, unificando as diversas CAPs de uma mesma categoria. Com a centralização da administração dos recursos, foi possível ampliar e estender os benefícios, já que na forma anterior as pequenas empresas encontravam dificuldades de organizar as suas CAPs.

Os IAPs passaram a gerenciar grandes somas de recursos, pois o número de empregados com carteira assinada que contribuía com os institutos crescia bastante e a quantidade de aposentados ainda era pequena. No entanto, o direito à saúde continuava restrito a quem contribuísse. Devemos salientar, também, que os IAPs dedicavam apenas uma pequena parcela para a saúde. Alguns investiam 33% dos recursos (como era o caso dos bancários); outros destinavam menos de 10% (como era o caso dos industriários, com 8,6%).

Na década de 1960, aumentou a chamada “medicina de grupo”. Como funcionava isso? Os IAPs, ao invés de manter os seus

hospitais e serviços médicos, compravam e pagavam os serviços de hospitais e de grupos médicos, fortalecendo a lógica da organização dos serviços de saúde a partir de grupos privados, que é uma marca do funcionamento dos serviços de assistência médica até hoje.

Instituto Nacional de Previdência Social

Em 1966, os diversos IAPs são unificados no Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, centralizando definitivamente a administração dos recursos e mantendo a lógica do direito apenas para quem contribuía. Você deve lembrar dessa história, pois quem tinha a carteirinha do INPS era atendido, caso contrário era considerado indigente.

Com este rápido resgate histórico fica claro que o estado não tratou a saúde como um direito de todos, mas apenas como um privilégio do grupo que pudesse contribuir. No início dos anos de 1960, esse grupo se restringia a somente 7,3% da população.

3.1 O mau uso do dinheiro da saúde e da previdência

Como vimos até aqui, um dos problemas centrais é que só em 1923 se desenvolveu uma política de previdência e saúde, que até 1988 se manteve exclusiva para quem contribuía diretamente. Contudo, esse não era o único problema. Historicamente, os recursos dos IAPs, e depois os do INPS, foram mal gerenciados e se tornaram alvo de muita corrupção.

O dinheiro dos contribuintes é utilizado para financiar obras

No final da década de 1930 e início da década de 1940, os IAPs já concentravam uma grande quantidade de recursos, resultado do crescimento contínuo da arrecadação, fruto do aumento do número de trabalhadores com carteira assinada. Ao mesmo tempo, os gastos eram poucos já que a demanda por aposentadoria ainda era pequena. O Governo Vargas utilizou grande parte dos recursos dos IAPs para estimular o processo de industrialização, emprestando para empresários ou



investindo diretamente, como foi o caso do desenvolvimento da indústria siderúrgica.

Você pode estar se perguntado, mas isso não foi uma coisa boa que o governo fez? Ao invés de deixar o dinheiro parado, investiu ajudando no crescimento da economia? Aparentemente sim, mas acontece que esse dinheiro era dos trabalhadores que contribuía com parte do seu salário todo mês. O governo retirou o dinheiro do caixa e nunca mais devolveu. Por isso, mais tarde,

faltou para investir em ações de saúde e previdência.

Falta de controle sobre os recursos do INPS

Durante a ditadura militar, principalmente depois da criação do INPS, que centralizou todos os IAPs, aumentara ainda mais o bolo de recursos. Estima-se que, na metade dos anos 70, o orçamento do INPS era igual ao orçamento da união. Vejam vocês a quantidade de recursos sem nenhum tipo de controle da sociedade, facilitando ações de desvio de dinheiro e de corrupção. Desenvolveram-se quadrilhas especializadas em roubo de recursos do INPS. (Lembram do caso Georgina?) Obras como Itaipu e Transamazônica tiveram financiamento de recursos do INPS – recursos estes que nunca foram devolvidos.

Havia ainda a má gestão do dinheiro dos trabalhadores, como a concessão de subsídios para que a iniciativa privada construísse hospitais e comprasse equipamentos, e depois o INPS comprava os serviços destes mesmos hospitais. Vejam que negócio interessante: o governo dá o dinheiro para construir e equipar os hospitais e, depois, continua repassando dinheiro com a compra de internações e demais procedimentos. Vários hospitais que conhecemos hoje foram construídos com recursos públicos a fundo perdido ou subsidiados. Para tornar a situação ainda mais indigna, quando o INPS diminuiu os recursos, esses mesmos hospitais passaram a prestar mais serviços para a iniciativa privada e

deixaram de atender ou diminuíram os leitos disponíveis para os pacientes do INPS/INANPS.

Este problema segue acontecendo nos dias de hoje. Grande parte dos hospitais foram construídos e equipados com recursos públicos, mas atendem mais prontamente os planos privados. Nas internações e em outros procedimentos, a prioridade é sempre para os pacientes de planos privados. Isso contribui para o aumento das filas de espera do SUS com os pacientes que entraram pelo sistema.

Vimos que, historicamente, a ação do Estado e de suas políticas na área da saúde não contribuíram para diminuir a desigualdade e nem para a ampliação da cidadania. Pelo contrário, restringiam o direito a somente aqueles que tivessem condições de contribuir diretamente e, além disso, o Estado tornou-se o guardião dos recursos dos trabalhadores, fazendo um gritante mau uso destes recursos.

3.2 Luta para construir o direito à saúde para todos

Como já mencionamos, as ações do Estado na promoção e prevenção da saúde sempre se restringiram ao combate de epidemias, principalmente quando elas representavam uma ameaça aos interesses econômicos. Comprovando esta política, tivemos em 1942 a criação do “Serviço Especial de Saúde Pública” – SESP, fruto de um acordo entre o governo brasileiro e os Estados Unidos. O SESP tinha por objetivo oferecer serviços de saúde nas regiões de produção de material estratégico para a 2ª Guerra Mundial como a borracha, na região amazônica.

Serviço de assistência médica de urgência

Uma das ações importantes e que, apesar de limitada, representou um pequeno avanço na luta pelo direito universal à saúde foi a criação do “Serviço de Assistência Médica Domiciliar

de Urgência”, em 1949. Embora na prática tivesse dificuldade de funcionar, estava sendo garantido através de Lei o direito universal ao atendimento de urgência. Por um lado, este serviço era universal e, por outro, restrito, ou seja, era para todos, mas somente em casos de urgência.

Plano Nacional de Saúde

Uma outra tentativa foi o “Plano Nacional de Saúde”, criado em 1968 pelo governo Costa e Silva. O Plano propunha a universalização do acesso e a centralização da assistência de saúde no Ministério da Saúde. Mas, por outro lado, previa também a privatização da rede pública e a compra de serviços da iniciativa privada, pagando conforme o número e a complexidade dos procedimentos.

Vejam a contradição desse plano: por um lado, ele contemplava a interessante proposta de universalização do acesso, por outro, buscava fortalecer a iniciativa privada e a saúde enquanto negócio. O resultado foi que ele nem chegou a ser implementado devido à oposição tanto de quem era contra a privatização quanto pelos que eram contra a unificação da assistência de saúde no Ministério da Saúde.

A crise da saúde e o movimento pela reforma sanitária

Com o processo de democratização, no início dos anos 80, a crise na saúde se agravou, fruto de décadas de poucos investimento, má gestão dos recursos, diminuição da arrecadação do INPS em meio à corrupção, e devido também à redução do número de contribuintes contra o aumento de aposentadorias. Contraditoriamente, é neste contexto que se fortalece o movimento pela reforma sanitária, tendo como bandeiras:

- a melhoria das condições de saúde da população;
- o reconhecimento da saúde como direito universal;
- a reorganização da atenção a partir dos princípios da integralidade e da equidade; e
- a responsabilidade da garantia do direito à saúde como sendo dever do Estado. Aqui reside um dos pontos fundamentais quando se trata do financiamento.

A saúde como direito do cidadão e dever do Estado

O avanço da VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que se consolida na Constituição Federal de 1988, é a afirmação da Saúde como direito de todos e um dever do Estado. Portanto é o Estado que deve garantir os recursos necessários e gerenciar o sistema para que seja efetivado o direito à saúde para toda a população.

Mesmo garantido em lei, o que foi um enorme avanço e uma grande conquista da sociedade brasileira organizada e mobilizada, veremos, nos próximos capítulos, que há uma enorme dificuldade do Estado (União, estados e municípios) em garantir recursos suficientes e gerenciá-los adequadamente para efetivar o direito à saúde.

4. O financiamento do SUS

No capítulo anterior, vimos que o financiamento da saúde pública no Brasil sempre foi precário. Antes do SUS, o financiamento praticamente se reduzia às contribuições dos trabalhadores organizados que, mais tarde, ficaram vinculados à Previdência.

Fazer saúde sem dinheiro é impossível. Por outro lado, o recurso financeiro não resolve todos os problemas. Para que o direito humano à saúde se concretize, além da quantidade de recursos e sua adequada aplicação e gerenciamento, é fundamental o comprometimento profissional, a organização do sistema e o efetivo controle social do SUS.

Neste capítulo, vamos abordar o financiamento do SUS a partir do seu funcionamento previsto na Constituição Federal - antes da EC 29 - e na Lei Orgânica da Saúde. Veremos os limites que acompanham o financiamento e os desafios a serem enfrentados.

O dinheiro da previdência vem da contribuição social das empresas, que pagam sobre a folha de salários, sobre o faturamento e sobre o lucro; dos trabalhadores, que descontam na folha de pagamento; dos aposentados e pensionistas, que têm salário maior, e da receita de prognósticos, ou seja, da realização de negócios.

4.1 O funcionamento legal

O financiamento do SUS está previsto em lei, tanto na Constituição Federal como na Lei Orgânica da Saúde, que reúne as leis federais 8.080 e 8.142 de 1990. De forma geral, a lei prevê as fontes de financiamento, os percentuais a serem gastos em saúde e, inclusive, a forma de divisão e repasse dos recursos entre as esferas de governo.

A Constituição Federal e o financiamento do SUS

A Constituição Federal afirma, no art. 194, que *"a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social."* Deixa claro que cabe à seguridade social o compromisso de assegurar o direito à saúde.

No que diz respeito ao financiamento, o art. 195, da Constituição Federal, afirma que *"a seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios"*. A responsabilidade pelo financiamento do SUS é das três esferas de governo.

O art. 55, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, não deixa dúvidas sobre o montante da seguridade social a ser gasto em saúde: *"até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde."* Este percentual valia para o ano de 1989, cuja Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) já estava elaborada.

Nos anos seguintes, ou seja, de 1990 a 1993 ficou mantido o percentual de 30% nas respectivas leis orçamentárias federais, mas, ainda que constasse, esse percentual foi descumprido. A situação piorou a partir de 1994 quando esse percentual deixou de ser citado na LDO.



A Lei Federal 8.080/90 e o financiamento do SUS

A Lei 8.080 regulamenta as políticas de saúde definidas na Constituição Federal. Essa lei foi promulgada somente após uma incansável mobilização de setores organizados da sociedade. O governo da época, representado pelo presidente Fernando Collor, resistiu ao caráter descentralizador dessa lei e vetou diversos artigos, especialmente os que diziam respeito aos recursos e à participação da

Critérios para transferência de valores aos estados e municípios:

I – perfil demográfico da região;

II – perfil epidemiológico da população a ser coberta;

III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;

IV – desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;

V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;

comunidade nas deliberações da saúde. O veto levou a comunidade a se articular novamente, especialmente com parlamentares comprometidos com a saúde pública, resultando na criação de uma nova lei, a 8.142, que trata especificamente da participação da comuni-

dade na gestão do SUS e da transferência de recursos para a saúde entre as esferas de governo.

Como a Constituição Federal atribuiu à LDO o papel de definir a cada ano o montante a ser gasto em saúde, a Lei 8.080 não pôde, para não ser inconstitucional, estabelecer um percentual mínimo a ser gasto com ações e serviços de saúde. No artigo 31, consta que "*o orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades [...] tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias.*" A questão é saber e definir quanto que é exatamente o necessário?!

A não definição, em lei, do mínimo necessário deixa o financiamento da saúde refém da vontade política e da disponibilidade, ou não, de caixa. Veremos, adiante, que a regulamentação da EC 29 deve enfrentar exatamente este problema.

Sobre a forma de distribuição e repasse dos recursos, o art. 35 da lei 8.080 estabelece um conjunto de critérios a serem considerados, como podemos verificar no quadro em destaque. No entanto, merece atenção o parágrafo primeiro desse artigo em que fica definido que a "*metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habi-*

tantes, independentemente de qualquer procedimento prévio.” Em geral, o Ministério da Saúde apresentou dificuldades em respeitar e seguir esses critérios, pois só em 1998 se começa a repassar recursos pelo critério per capita, ou seja pelo número de habitantes, sendo assim, manteve-se um caráter centralizador de repasse dos recursos, que ocorria, centralmente, através de programas fechados.



A Lei 8.142/90 e o financiamento do SUS

Como já vimos, a Lei 8.142 é criada para normatizar a participação da comunidade na gestão do SUS e as transferências de recursos do Ministério da Saúde para as outras esferas de governo. Nos artigos 2º e 3º, ela trata do “Fundo Nacional de Saúde” (FNS), e diz como e onde os recursos desse fundo serão investidos. O artigo 2º deixa claro que eles só podem ser utilizados para financiar os custos próprios do Ministério da Saúde; os custos com ações de saúde previstos no Orçamento e, principalmente, os custos das transferências de recursos para os estados, o Distrito Federal e os municípios destinados à implementação de ações e serviços de saúde. O objetivo dessa lei é definir em que devem ser investidos os recursos da saúde.

Como serão alocados os recursos do Fundo Nacional de Saúde:

I – despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta;

II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional;

III – investimentos previstos no Plano Quinquenal (hoje, Plano Plurianual) do Ministério da Saúde;

IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal. (Lei 8.142, art 2º)

No entanto, permanece a dúvida sobre o que pode ser considerado "ações e serviços de saúde". Questão que a EC 29 vai procurar enfrentar.

O artigo 3º, referindo-se aos recursos destinados às outras esferas de governo, para serem investidos na rede de serviços e ações de saúde, tanto de cobertura assistencial (ambulatórios e hospitais) como de proteção e promoção da saúde, diz como deve ser o repasse dos recursos: "*serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei 8.080*". E o parágrafo 1º deste artigo complementa: "*enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no parágrafo 1º do mesmo artigo.*" Isto é, todos os recursos deverão ser divididos e repassados segundo o número de habitantes que se encontram em cada Município, Distrito Federal ou Estado. Esse é um critério fundamental para a efetiva descentralização dos recursos.

Feito este resgate normativo original, estamos em condições para analisarmos seus limites e desafios.

4.2 Limites encontrados

A não aplicação dos critérios estabelecidos

Ousamos afirmar que um dos maiores limites da legislação, anterior a EC 29, foi não ter regulamentado a aplicação dos critérios para o repasse de recursos fundo a fundo previstos no art. 35 da Lei 8.080/90; e também não ter admitido, ainda que com seus limites, a orientação do parágrafo primeiro do art 3º da Lei 8.142/90 de repassar a totalidade dos recursos pelo critério do número de habitantes. Isso fez com que surgissem inúmeras normas e portarias ministeriais que, em geral, contribuíram para confundir, dificultando a compreensão e a devida exigência do cumprimento da lei.

O repasse dos recursos em forma de pagamento por produção de serviços

Em quase toda a década de 90, as transferências dos recursos do Ministério da Saúde para órgãos de governo se davam por serviço prestado, mediante apresentação de faturas. O que era uma prática comum em relação aos prestadores de serviços privados se estendeu aos prestadores públicos. Além das faturas, passou-se, gradativamente, a exigir instrumentos e mecanismos de gestão, como planos, projetos, fundos e conselhos de saúde. Só em 1998 redefiniu-se a forma de transferência de recursos. Ao invés de fazer por comprovação de faturas, adotou-se o repasse de um valor per capita mínimo, fundo a fundo. Criou-se, assim, o "Piso Assistencial Básico" (PAB), com uma parte fixa, por número de habitantes, e outra variável, por adesão a programas. Contudo, essa mudança está sendo lenta e ainda hoje temos dezenas de formas de repasse por adesão a programas específicos.

*Gasto dos governos em saúde per capita
(cambio médio em US\$)*

Pais/Ano	1997	1998	1999	2000	2001
ELIA	1784	1824	1895	2005	2168
Dinamarca	2163	2234	2276	2042	2097
Suécia	1975	2005	2053	1929	1832
Canadá	1305	1297	1372	1490	1533
Reino Unido	1253	1349	1442	1444	1508
Argentina	371	376	394	377	363
Uruguai	270	286	326	304	279
México	105	114	130	150	164
Cuba	114	121	139	150	160
Chile	140	146	135	143	133
Brasil	157	153	105	108	92
Paraguai	47	45	45	43	37

*Fonte: Informe sobre saúde no mundo
2004/ OMS*

Muito recurso carimbado

A não aplicação dos critérios de repasses dos recursos aos municípios, Distrito Federal e estados fez com que o Ministério da Saúde começasse a trabalhar exageradamente com programas e projetos específicos de saúde, condicionando o repasse de recursos às outras esferas de governo, à adesão a esses programas e projetos e ao cumprimento dos critérios específicos de cada um, ou seja, originou-se a história dos recursos carimbados, com ações e serviços já predeterminados pela união, desconsiderando as diversidades locais e engessando a atuação dos municípios.

Infelizmente, essa forma centralizadora de agir vem se estendendo até hoje, impedindo a efetivação do princípio do SUS que é a descentralização verdadeira e autônoma dos recursos e das decisões.

A insuficiência de recursos para a saúde.

Constituiu-se num limite real a insuficiência de recursos públicos investidos em saúde no Brasil. Isso devido à resistência de se conceber a saúde como direito de cidadania e qualidade de vida a serem promovidos, insistindo em encará-la como um produto de mercado comercializável entre os que tem poder aquisitivo. Para ilustrar esta realidade é importante observar que em 2002, "o gasto público em saúde do Reino Unido, Dinamarca e Suécia é respectivamente 97%, 84% e 78% [...] no Brasil a participação do setor público no gasto nacional de saúde é de apenas 44%" (1). O restante é por conta da iniciativa privada, ou seja, do usuário que paga através de planos privados ou paga diretamente no momento que procura o serviço. Se compararmos os recursos públicos da saúde por investimentos per capita, a escassez de investimentos do Brasil se expõe mais ainda. É só verificar o quadro a seguir.

Contudo, é importante observar que o investimento em saúde, por parte dos estados e, principalmente, dos municípios, está crescendo, especialmente a partir de 2000, por efeito da EC 29. A participação dos municípios no orçamento público da saúde passou, no período de 2000 a 2004, em média, de 25% para 50%. Esta crescente participação dos estados e municípios elevou, neste período, a participação do setor público no gasto nacional em saúde, passando de de 44,15% para 59,60%. No entanto, o aumento do percentual de investimento dos municípios não pode justificar a estagnação ou diminuição do percentual de investimento por parte da União.

Participação em percentual nos gastos com saúde

Ano/ Gov	União	Estados	Municípios	Est+Mun
1980	75,00	17,80	7,20	25,00
1985	71,70	18,90	9,50	28,40
1990	72,70	15,40	11,80	27,20
1995	63,80	18,80	17,40	36,20
2000	59,70	18,50	21,70	40,30
2005	49,80	25,50	24,70	50,20

*Os dados de 2005 são estimativa
Fonte: IPEA e MS/SIOPS*

A criação da CPMF não significou aumento de recursos para a saúde

A justificativa para a cobrança de Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira foi para ter mais recursos a investir na saúde. No entanto, uma vez aprovada a destinação de um percentual de CPMF



para a saúde (hoje, da contribuição de 0,38% da movimentação financeira, 0,20% devem ser repassados para a saúde; 0,10% para a previdência e 0,08% para o fundo de combate à pobreza), o governo diminuiu outras fontes do SUS, quase no valor da CPMF. Por exemplo, estendeu-se a desvinculação da Receita da União (que separa 20% da arrecadação para o Governo Federal decidir livremente onde investir) às contribuições sociais, incluindo o SUS. O governo criou a CPMF para injetar dinheiro no

fundo da saúde, mas retirou outros investimentos; ou seja, colocou com uma mão e retirou com a outra.

A ineficácia e o desvio dos recursos públicos da saúde

Às vezes, a ineficácia acontece por falta de vontade ou mesmo por falta de conhecimento de aspectos que são fundamentais para a gestão, para a organização e o êxito do sistema. Porém, o principal problema dos recursos da saúde consiste nas "falcatruas" praticadas por muitos dos que atuam no SUS. Falcatruas estas que perpassam os gestores - quando adotam o apadrinhamento político em vez de investir os recursos conforme as necessidades da população, passam pelos prestadores de serviços - quando pegam assinaturas dos usuários e cobram do SUS procedimentos não realizados (problema que se resolveria com o pagamento por metas alcançadas e não por produção), passam pelos profis-

sionais - quando cobram exames desnecessários, simplesmente porque são favorecidos pelo laboratório que os realiza, ou quando não cumprem a carga horária contratada, contribuindo para a formação de filas desnecessárias. As falcatruas perpassam ainda usuários - quando se omitem ou consentem com essa forma de tratar o recurso público ou mesmo quando usam remédios ou serviços de forma desproporcional e sem real necessidade.



O financiamento de serviços privados com estrutura e recursos públicos

Grandes somas de recursos públicos são gastos com planos privados. Isso acontece de diversas formas:

- quando hospitais públicos, especialmente universitários, atendem pacientes de planos privados, muitas vezes furando a fila do Sistema Único, usando o argumento de aumentar os recursos para o atendimento público.

Eles deixam de considerar, no entanto, os investimentos públicos na construção destes mesmos hospitais, na compra de equipamentos, no incentivo à pesquisa, no pagamento dos funcionários e, pior, quando não ressarcem ao hospital público os serviços prestados;

- quando é concedido renúncia ou isenção fiscal às operadoras de planos e às cooperativas de saúde;
- quando é abatido no imposto de renda o gasto com pagamento de planos privados de saúde;
- quando o próprio governo paga planos para os funcionários públicos.

Este é um reflexo da cultura brasileira em que é "normal" o público estar a serviço de grupos privados. Depois, ainda dizem que o público não funciona.

Dado os limites apontados, precisamos voltar nossa atenção aos desafios a enfrentar. E o maior de todos parece ser o de fazer cumprir a legislação da saúde. Isso passa tanto pela regulamentação da aplicação das normas e critérios, como pela efetiva implementação das normas estabelecidas. Isso vale para todas as esferas de governo. Para além dos gestores (governos), a superação desse desafio requer também o comprometimento dos prestadores e profissionais de saúde, bem como da sociedade em geral.

Vimos como, originalmente, a Lei trata o financiamento do SUS e as dificuldades que o Estado tem de cumprir com os seus propósitos. Esperamos que a Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) venha corrigir esses limites. Veremos!

5. Trajetória e propostas da emenda constitucional Nº 29

Neste capítulo, vamos resgatar a história da elaboração e conquista da EC 29 e também as principais mudanças que ela traz para o financiamento da saúde.

5.1 Histórico da construção da EC-29

Vimos no capítulo anterior a proposta de financiamento da saúde prevista na Constituição Federal e na Lei Orgânica da Saúde. Constatamos que esta legislação não foi cumprida na sua íntegra pelos governos federal, estaduais e municipais. Por este motivo, a saúde vem sofrendo graves problemas financeiros, prejudicando o cidadão brasileiro que tem direito à saúde de qualidade.

Fruto deste contexto de desrespeito à Constituição e, conseqüentemente, ao cidadão, a sociedade brasileira vem lutando há muito tempo para que a saúde tenha assegurado recursos financeiros definidos, suficientes e definitivos. Essa luta é estratégica porque sem recursos financeiros, o SUS não vai funcionar da forma como todos esperamos.



Segue a luta por financiamento para o SUS

Logo após a aprovação do SUS, no ano de 1993, foi provocada uma grande crise na Saúde, a partir do Governo Federal.

Motivo: o então Ministro da Previdência Social do governo Itamar Franco, o sr. Antônio Brito, decidiu suspender os repasses à saúde no mês de maio de 1993, em nome do acerto de contas com os aposentados.

Conseqüência: crise geral na saúde.

Diante da crise, uma das propostas surgidas foi a vinculação orçamentária para a saúde, constando na Constituição Federal o percentual e a forma do financiamento. A forma de fazer esta vinculação seria elaborando uma Emenda Constitucional – EC, que nada mais é do que adicionar na Constituição um determinado texto.

Surgimento da PEC 169

É nesse contexto que surge o Projeto de Emenda Constitucional 169, conhecida como PEC-169, de autoria dos Deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires. O projeto teve como objetivo vincular receitas à saúde, da mesma forma como acontecia na Educação. Conforme a proposta, o Art. 198 da Constituição Federal teria a seguinte redação: *"A União aplicará anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de trinta por cento das receitas de contribuições sociais, que compõem o orçamento da seguridade social, e dez por cento da receita resultante dos impostos. Os Estados, o DF e os Municípios aplicarão anualmente, na implementação do Sistema Único de Saúde, nunca menos de 10% da receita resultante dos impostos"*.

Resolução 281 do CNS

A definição dos recursos foi amplamente discutida por diversos setores da sociedade e por parlamentares e outras propostas surgiram procurando modificar os percentuais e fontes de financiamento da saúde. Destaca-se a proposta discutida e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1998, através da Resolução 281. A Resolução propôs que *"a União contribuirá anualmente para a manutenção e desenvolvimento do SUS com no mínimo 30% dos valores do Orçamento da Seguridade Social"*. Para os estados e municípios, caberia a contribuição de 7% dos impostos no ano de 1999 até atingir o patamar mínimo de 13% em cinco anos. Essa proposta, junto com outras, fizeram parte de um movimento amplo de discussão em favor dos recursos para a saúde, iniciada pela PEC 169 em 1993. O slogan dessa

luta era: *"Recursos definidos, definitivos e suficientes para a saúde". Você ainda deve estar lembrado dessa luta!*

Mais recursos públicos para a saúde

Na década de 1990, o tema do financiamento da saúde tomou as pautas dos Conselhos, Conferências e Movimentos Sociais. Essa luta era fundamental, visto que o dinheiro para a saúde estava por aumentar substancialmente. Veja: pela proposta original da PEC 169 de Eduardo Jorge, estima-se que já no primeiro ano de sua aplicação a saúde teria cerca de 42 bilhões de reais. Pela proposta do Conselho Nacional de Saúde, passaria a ter de 38 a 44,25 bilhões em 2004.

Conflito de interesses

Se, por um lado, esta proposta vinha ao encontro dos interesses da



cidadania do povo brasileiro, por outro, ela se chocava com os interesses de grupos nacionais e internacionais, principalmente credores da dívida interna e externa, visto que investindo mais em saúde poderia faltar dinheiro ao Governo para pagar a dívida. A proposta de aumentar os recursos públicos para a saúde também preocupou os setores privados de saúde que buscavam ampliar

a prestação de serviços através dos planos de saúde.

Consenso de Washington propõe reduzir investimentos em saúde

É muito importante lembrar que a década de 1990 foi um momento de implementação das teses neoliberais no Brasil, sistematizadas principalmente pelo "Consenso de Washington", acor-

dado entre os organismos bilaterais como o FMI e o Banco Mundial. Como sabemos, essas propostas implicavam em ajustes e reformas estruturais nos países “em desenvolvimento”, acabando por limitar ou destruir políticas públicas voltadas para a garantia de direitos sociais. Segundo o “Consenso de Washington”, os países estavam gastando muito com as políticas públicas, sendo necessário, portanto, cortar gastos com as mesmas. A prioridade era o pagamento em dia da dívida externa destes países com os mesmos organismos e bancos internacionais.

Quem não se lembra das negociações do Brasil (equipe econômica) com esses organismos, principalmente com o FMI que argumentava que pagar a dívida seria sinônimo de crescimento econômico do país?

Resistência da equipe econômica

É num contexto de resistência que devemos entender a tramitação da PEC 169 e de outros Projetos de Lei que buscavam regulamentar o financiamento da saúde. A equipe econômica do governo Fernando Henrique usou de todos os artifícios políticos para que esses recursos não fossem para a saúde. Esse esforço do Governo (que deveria em primeiro lugar defender os interesses da população) contra a saúde do cidadão resultou na aprovação, em 29 de setembro de 2000, da Emenda Constitucional número 29 – EC-29.

O que mudou com a EC 29

Em função do texto da Lei estar anexo, iremos apenas comentar as questões centrais aprovadas com a EC. Ela altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal. Ainda acrescentou um artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Por se tratar de uma Emenda Constitucional, teve que passar pela aprovação do plenário do Congresso.

Os estados devem considerar as seguintes fontes de arrecadação:

ITD (Imposto de Transmissão Causa Mortis e Doação);

ICMS (Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviço);

IPVA (Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores);

Adicional de IR (Imposto de Renda);

FPE (Fundo de Participação dos Estados).

5.2 Principais mudanças propostas pela EC 29

Percentual mínimo para a saúde

O Art. 34 da Constituição passou a incluir, além da Educação, a Saúde como política pública na qual se deverá investir um percentual mínimo de recursos. Ao mesmo tempo, prevê que a não aplicação desses percentuais é motivo de intervenção da União nos Estados.



No artigo 35 está prevista a intervenção tanto da União como dos Estados nos municípios que não cumprirem com os percentuais mínimos para manutenção das ações e serviços públicos de saúde.

A pergunta que salta aos olhos é: quem vai intervir na União se o Ministério da Saúde não cumprir a Lei?

Fontes sobre as quais incide o percentual da saúde

A EC-29 deixou claro que a União, Estados e Municípios deveriam investir recursos mínimos na saúde calculados sobre diversas fontes de arrecadação.

A União precisa, a partir do ano de 2005, ter uma Lei Complementar (a ser avaliada a cada cinco anos) que definirá, além do percentual, os critérios de rateio desses recursos entre os estados e municípios, a forma de fiscalização (avaliação e controle das despesas com saúde) e as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

Os estados devem considerar o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as

parcelas que forem transferidas aos municípios. Observem o quadro ao lado.

Os municípios devem considerar o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e §3o, conforme podemos observar no quadro abaixo.

A EC 29 define base vinculável para estados e municípios

Conforme já exposto, a EC 29 definiu as fontes sobre as quais incidirão os percentuais da saúde para estados e municípios, inclusive para depois de 2005. É o que se chama "base vinculável". Entretanto, para a União, a base vinculável não foi definida na EC 29. Quem deverá fazê-lo é a Lei Complementar.

O montante que cada esfera de governo (União, estados e municípios) deve investir em saúde

A EC, em seu art. 7o, tratou de definir o financiamento da saúde no período de 2000 até 2004, que seria o período transitório. Por isso chama-

Fontes que os municípios devem considerar:

IPTU (*Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana*);
ITBI (*Imposto sobre a Transmissão Inter Vivos, a Qualquer Título, por Ato Oneroso, de Bens Imóveis, por Natureza ou Acesso Física, e de Direitos Reais sobre Imóveis exceto os de Garantia, bem como a Cessão de Direitos à sua Aquisição*);
IVVC (*Imposto sobre Vendas e Varejo de Combustíveis líquidos e Gasosos*);
ISS (*Imposto Sobre Serviço de Qualquer Natureza*);
FPM (*Fundo de Participação dos Municípios*);
IPI-Exportação (*Imposto sobre Produtos Industrializados*);
Quota-parte ITR (*Imposto sobre Propriedade Territorial Rural*);
ICMS (*Imposto sobre Circulação de Mercadoria e Serviço*);
IPVA (*Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores*).

do “Ato das Disposições Constitucionais Transitórias” (ADCT).

Para a União definiu-se a seguinte fórmula de cálculo:

- No ano de 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento.
- Do ano 2001 até 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

Para os Estados e o Distrito Federal estabeleceu-se a aplicação de um aumento gradativo, devendo ser, a partir de 2004, de no mínimo doze por cento do produto da arrecadação dos impostos citados no quadro acima;

Para os municípios e o Distrito Federal também estabeleceu-se a aplicação de um aumento gradativo, devendo ser, a partir de 2004, de no mínimo quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos citados no quadro anterior.

A EC 29 requer lei complementar

Em 2005, deve ser criada uma lei complementar para, entre outras definições, estabelecer o percentual a ser aplicado na saúde pelos entes federados.

Contudo, se esta lei não for criada, valerão os percentuais estipulados pela EC-29 nos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias.

Em 2003, onze estados cumpriram a EC 29, contra dezesseis que não a cumpriram. Em relação aos municípios, 86,2% cumpriram a EC 29, contra 13,8% que não a cumpriram. Em 2004, 85,8% cumpriram a EC 29 contra 14,2% que não a cumpriram, confirmando a tese de que o município foi o ente federado que melhor cumpriu a EC-29.

A EC 29 constitucionalizou o Fundo de Saúde e o Controle Social

Além da EC-29 definir a base vinculável e os percentuais, avançou ainda em duas questões que consideramos importantes. Constitucionalizou o Fundo de Saúde e a Participação da Comunidade no SUS. Se antes já havia legislação federal sobre ambos os pontos, a partir da EC, isso passou a constar na Carta Maior, a Constituição Federal.

A EC 29 atribuiu pouca responsabilidade à União

Como vimos, o que foi aprovado na EC-29 não foi exatamente o que a sociedade brasileira defendia na PEC 169. O principal problema é que a União, que é a única esfera de governo que pode arrecadar contribuição social para a saúde, ficou com a menor responsabilidade quanto ao percentual de recursos financeiros para a saúde. De forma geral, é possível dizer que a União (com sua eficiente equipe de burocratas econômicos) saiu vitoriosa na queda de braço contra a sociedade defensora do direito humano à saúde. E para piorar, pôs a responsabilidade financeira sobre os estados, e principalmente, sobre os municípios, usando como argumento o princípio da descentralização. Aumentou o percentual dos estados de 10 para 12% e dos municípios de 10 para 15% em relação à proposta da PEC-169.



Bandeiras sociais

A partir da aprovação da EC-29, mesmo reconhecendo seus limites, a sociedade assumiu duas frentes de luta:

- a) Implementar o que foi definido em lei, principalmente no que se refere aos percentuais a serem investidos pelas esferas de governo, sem desviar os recursos para outras ações que não sejam ações ou serviços de saúde;
- b) Discutir desde já a regulamentação da EC-29, através de uma lei complementar.

6. Processo de regulamentação da EC-29

Neste capítulo, vamos analisar as divergências na interpretação da Emenda, o projeto de lei para a regulamentação da EC 29, bem como a tramitação, as ameaças e os desafios dessa regulamentação.

6.1 Divergências na interpretação da lei

Vimos no capítulo anterior que a EC-29 deve ser regulamentada, em 2005, a partir de lei complementar. Entretanto, muito antes disso, já se iniciou o debate em nível nacional sobre a sua implementação e regulamentação. Esse foi e está sendo um debate muito conflituoso com os governos, especialmente o Governo Federal, que burlou a EC-29. A Lei é clara: o Governo Federal investe, de 2001 a 2004 o equivalente ao valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do PIB. Portanto, a referência era o investido em 2000. Mas o governo usou como referência o investido em 1999. Com esse desrespeito para com a Lei, estimativas apontam que a saúde perdeu mais de 4 bilhões de reais de 2001 a 2004.

Esse embate com o Ministério da Fazenda fez com que, ainda em 2001, se criasse um grupo, formado por representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, Comissão de Seguridade Social da Câmara Federal, Comissão de Assuntos Sociais do Se-

Com base no documento Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional 29, o Conselho Nacional de Saúde aprovou, em 2003, a Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003, onde aprova um conjunto de diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional n.º 29.

nado e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas, para estudar e interpretar a EC 29. Este grupo lançou o documento chamado Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional 29 do ano de 2001. Embora a base de cálculo para a União estivesse clara (o valor destinado à saúde no ano anterior acrescido do índice de inflação nominal), o grupo procurou resolver a divergência que havia entre considerar o valor empenhado (base móvel) ou o valor orçado (base fixa) do ano anterior.

O documento ainda trata de outros temas muito polêmicos naquele período, como:

- percentuais aplicados às bases vinculáveis para determinação dos montantes destinados às ações e serviços de saúde;
- a forma de acompanhamento, avaliação e controle do cumprimento da EC-29;
- a definição sobre o que são "ações e serviços públicos de saúde", e
- a interface da EC-29 com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Desde então, muito se falou da importância de regulamentar a EC-29. O movimento da saúde sempre apostou que essa seria a forma de consolidar seus avanços e de corrigir suas falhas, já que muitos gestores, sem intenção de cumpri-la, impunham a regulamentação da EC como condição para efetivá-la.

6.2 O projeto de lei para a regulamentação da EC-29

De forma simples, regulamentar significa dizer, através de uma Lei Complementar, como as políticas estabelecidas na Constituição serão implementadas, ou seja, como vai funcionar concretamente e em detalhes. Embora a EC-29 seja um dispositivo constitucional auto-aplicável, ela dizia que a cada cinco anos deveria haver uma regulamentação. E se não houvesse, permanecería a mesma regra.

Sobre o conteúdo dessa Regulamentação, não necessitamos "inventar a roda". Já há um conjunto de propostas construídas

coletivamente e que estão nos documentos que já mencionamos anteriormente e no Relatório da 12ª Conferência Nacional de Saúde. Apontaremos, a seguir, algumas destas propostas que justificam a regulamentação e que se encontram no Projeto de Lei hoje em tramitação:

Percentuais fixos e definidos para a saúde nas três esferas

O projeto propõe que a União invista no mínimo 10% das receitas correntes brutas na saúde, constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, tomadas por base de cálculo. Os Estados 12% da arrecadação dos impostos. Os municípios 15% da arrecadação dos impostos. Conforme detalhamos acima, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias foi definido que, a partir de 2004, estados investissem no mínimo 12% e municípios 15%. Para a União ficou estabelecida outra base de cálculo diferente dos estados e municípios. A regulamentação terá o papel de estabelecer a mesma base de cálculo para a União, isto é, "10 % das receitas correntes brutas na saúde, constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social".

Definição sobre o conceito de Ações e Serviços Públicos de Saúde

O projeto considera despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para promoção, proteção e recuperação da saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios e diretrizes do art. 7 da Lei nº 8.080/90.

A regulamentação deste item é importante porque muitos gestores conseguem burlar a EC-29 ao lançarem na contabilidade serviços e ações que não fazem parte da saúde, como por exemplo: ações de saneamento básico, pagamento de inativos e pensionistas, merenda escolar, limpeza urbana e outros. Somente lançando despesas nestas ru-



bricas é que muitos gestores aparentemente cumpriram com o estipulado na legislação.

Transferências de Recursos

O projeto propõe que a divisão e transferência de Recursos da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios, terá como critérios as necessidades da saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, sempre respeitando o princípio da igualdade de recursos para necessidades iguais.



Qualificação de mecanismos de transparência, fiscalização, avaliação e controle

O projeto propõe que os gestores dos três níveis de governo deverão dar ampla divulgação às prestações de contas da saúde para que todos os cidadãos e instituições tenham conhecimento. Também assegura a realização de Audiências Públicas durante a elaboração do Plano Plurianual, do Plano de Saúde e do Orçamento Anual.

Ele também regulamenta o que hoje já está na Lei, ou seja, que os recursos da saúde deverão passar obrigatoriamente pelo Fundo Municipal da Saúde.

Os gestores serão obrigados a realizar Audiências Públicas nas Casas Legislativas (no caso dos municípios, na Câmara de Vereadores) e junto ao Conselho de Orçamento Participativo, onde houver, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, apresentando relatório detalhado de prestação de contas da saúde dos 4 meses anteriores. O modelo de relatório será elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde.

O Poder Legislativo, auxiliado pelos Tribunais de Contas, pelo sistema de auditoria do Sistema Único de Saúde e pelo Conselho de Saúde, fiscalizará o cumprimento desta Lei Complementar, a partir de um conjunto de critérios.

6.3 Tramitação, ameaças e desafios da regulamentação

Conforme vimos, a regulamentação da EC-29 é importante por dois motivos: primeiro, porque institucionaliza, ou seja, torna lei, questões fundamentais do financiamento da saúde. Segundo, porque pretende aumentar o investimento da União na Saúde, o que será fundamental para a implementação do SUS.

Tramitação do Projeto de Lei 01 de 2003

Por enquanto, o projeto de lei já foi aprovado por duas Comissões da Câmara: a Comissão de Seguridade Social e a Comissão de Finanças e Tributação. No momento, o projeto está na Comissão de Constituição e Justiça, aguardando votação. Assim que for votado nesta última Comissão, já existem tratativas com o Presidente da Câmara, Deputado Severino Cavalcanti, de encaminhá-lo rapidamente para a votação em Plenário.

Ameaças que acompanham a regulamentação

A seguinte questão se impõe: A regulamentação significa necessariamente que o SUS será fortalecido?

Não! A regulamentação pode significar também um retrocesso das conquistas que tivemos até aqui se o conteúdo da Lei, hoje em tramitação, for alterado pelo Congresso. Por isso, não basta regulamentar. É preciso que ela preserve a discussão da 12ª Conferência Nacional, dos Conselhos de Saúde e da sociedade em geral.

Algumas ameaças já estão se materializando, como por exemplo, a re-



cente proposta do déficit nominal zero até 2008, apresentada pelo Deputado Delfim Neto. Se for aceita, ela implicará na diminuição dos gastos públicos em políticas sociais. Outra ameaça se encontra nas recentes tentativas de tornar facultativo, aos gestores, a vinculação orçamentária pela qual tanto lutamos. Neste caso, ficaria a critério dos gestores destinar ou não percentuais mínimos à educação e à saúde.

Pasmem! Se muitos gestores não fazem isso mesmo sendo pressionados por Lei, será que vão cumprir se não for uma Lei?

Desafios que merecem atenção

Cabe a cada um de nós como cidadãos e à sociedade organizada exercer o controle social envolvendo-se neste processo de discussão e pressão, sobretudo, para:

- a) A EC-29 ser regulamentada em 2005;
- b) O conteúdo da Regulamentação preservar as reivindicações e conquistas históricas;
- c) Evitar ou impedir propostas e Projetos de Lei paralelos que possam desmontar com o SUS.

No próximo capítulo, trataremos da necessidade da sociedade organizada ficar atenta e se somar nesta luta nacional pela Regulamentação da EC-29 e, conseqüentemente, pelo direito à saúde e à qualidade de vida.

Diretrizes do SUS:

I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

*III – participação da comunidade
(CF, art 198)*

Princípios do SUS

I– universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II– integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III– preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV– igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V– direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI– divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII– utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII– participação da comunidade

IX– descentralização político administrativa, com direção única em cada esfera de governo: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X– integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI– conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII– capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;

XIII– organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

(Lei 8080, art 7º)

7. O financiamento da saúde e o controle social

Neste capítulo, vamos tratar do controle público do orçamento da saúde, bem como do papel do controle social e da necessidade de qualificação e articulação da comunidade em vista da efetivação do direito humano à saúde.

7.1 O controle público do orçamento

A sociedade brasileira praticamente desconhece o funcionamento dos orçamentos públicos nas três esferas de governo em nosso país. Muito mais que uma mera peça contábil e burocrática, o orçamento do município, do estado e da União são instrumentos de organização da gestão pública. Eles são o resultado de inúmeras articulações sociais e políticas que se materializam no planejamento da arrecadação de recursos pelo poder público e o plano de investimentos, valendo-se dos gastos necessários para garantir o funcionamento da máquina administrativa e as obras e políticas públicas.

7.2 Leis orçamentárias e o SUS

Pela Constituição brasileira, o orçamento público do município, do estado e da União é constituído a partir de três leis:

- a) Plano Plurianual (PPA): estabelece o planejamento global da ação governamental. Define os objetivos e as metas da gestão pública num período de quatro anos.
- b) Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO): é uma lei anual e trata das normas que orientam a elaboração da lei orçamen-

tária e do próprio orçamento público.

- c) Lei Orçamentária Anual (LOA): é a peça orçamentária propriamente dita. Define o orçamento do município, do estado ou da União, abrangendo os seus fundos, empresas públicas e demais órgãos instituídos e mantidos pelo poder público.

A elaboração das leis acima referidas envolve o Poder Executivo e o Poder Legislativo. Na prática, as leis são elaboradas pelos Executivos e negociadas no Legislativo que tem a missão de aprová-las (com ou sem emendas) para que possam ter validade.

Em relação ao SUS, o orçamento deve respeitar a EC 29 que dispõe sobre a vinculação da receita pública a ser investida em saúde. Além disso, está estabelecido na Lei 8.080 que é imprescindível que cada administração mantenha o seu Fundo Municipal de Saúde.

7.3 Papel do controle social em relação ao orçamento público da saúde

No Brasil, o controle social do orçamento da saúde está previsto na legislação do SUS. Os conselhos de saúde têm a responsabilidade de acompanhar a aplicação dos orçamentos, deliberando e fiscalizando. Assim sendo, na prática, o controle social do SUS tem função de controlar as despesas públicas relacionadas à saúde no Brasil.



No entanto, para que os conselhos possam cumprir adequadamente com a sua função, é necessário, antes de qualquer coisa, conhecer a forma de funcionamento do orçamento da saúde. Sem isso, qualquer tentativa de garantir um mínimo de acompanhamento e controle fica prejudicada. Para tanto, é importante levar em conta as se-

guintes necessidades:

- a) Os conselheiros precisam se aprimorar, buscando obter informações sobre como funciona o orçamento da saúde. Precisam saber sobre os valores arrecadados, quanto é orçado para a saúde e como são feitos os gastos e o controle;
- b) Os conselhos de saúde precisam ter como pauta prioritária a implementação dos Fundos de Saúde. Sem o funcionamento apropriado dos Fundos de Saúde, não há como se fazer o adequado controle social;
- c) Os conselhos de saúde devem estar sempre atentos para os prazos em relação ao encaminhamento, pelo Poder Executivo, das leis do orçamento público e à tramitação e votação dessas Leis no Poder Legislativo. Os conselhos devem inclusive debater e deliberar anteriormente sobre a parte do orçamento referente à saúde;
- d) A prestação de contas dos recursos da saúde tem regulamentação própria. Precisam ser feitas as audiências públicas trimestrais conforme estabelece o art. 12 da Lei 8689 de 27 de julho de 1993. Também são necessários os relatórios de gestão anuais a serem apresentados pelos gestores aos conselhos de saúde para análise e deliberação;
- e) É imprescindível que os conselhos mantenham funcionando comissões de orçamento e/ou finanças, com a missão de acompanhar permanentemente a evolução dos orçamentos públicos relativos à saúde. Este acompanhamento implica na verificação de relatórios, de documentos relativos aos gastos (empenhos, notas fiscais, transferências de recursos, etc) e, inclusive, de extratos bancários das contas públicas;
- f) A cada dúvida sobre a aplicação dos recursos públicos, os conselheiros de saúde têm a obrigação de solicitar esclarecimentos ao gestor. Não sendo sanada a dúvida ou havendo indícios de irregularidades, deve ser apresentada denúncia aos órgãos competentes. São órgãos competentes para receber denúncias sobre o mau uso dos recursos públicos:
 - I. O Poder Legislativo através de suas instâncias próprias (Comissões de Orçamento e Finanças e Mesa Diretora);

II. Tribunais de Contas (por meio de representação ou denúncia formal através de documentação e ofícios);

III. Ministério Público (por meio de representação ou denúncia formal através de documentação e ofícios aos Promotores Públicos);

IV. Tribunais de Justiça (por meio de Ação Popular ou Ação Civil Pública);

g) Os conselhos de saúde, através de seus dirigentes e integrantes, precisam sempre se articular social e politicamente da forma mais ampla possível. Para isso, é necessário se fazer valer de relações com órgãos de imprensa, instituições públicas, autoridades e lideranças diversas, a fim de promover o fortalecimento dos espaços de controle social.

7.4 A prática do controle social para além dos espaços formais

Não há dúvidas que um dos maiores avanços do SUS é a garantia da participação da comunidade na elaboração e na fiscalização da implementação da política pública de saúde. Porém, a participação não se realiza somente a partir das conferências e dos Conselhos de Saúde. A sociedade precisa ter outros espaços e mecanismos de defesa e de construção do SUS, para além dos espaços formais.

Neste sentido, convém organizar fóruns de luta pela saúde nos municípios e regiões, a fim de integrar um conjunto maior de sujeitos sociais populares na defesa dos interesses da comunidade, potencializando e qualificando o exercício do controle social de forma permanente, ampla, propositiva e articulada.

Boa organização e luta!



8. ANEXO

Substitutivo aos projetos de Lei Complementar Nº 1/2003, Nº 159/2004 e Nº 181/2004

Comissão de Seguridade Social e da Família

Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal e dá outras providências.

O Congresso Nacional Decreta:

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. Esta Lei Complementar estabelece, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição:

I as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II os percentuais incidentes sobre impostos e transferências constitucionais para aferição dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pelos Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como ente da Federação a União, cada Estado, o Distrito Federal e cada Município.

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º. Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

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

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

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

Art. 3º. Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde ? SUS;
- IV – Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI – ações de saneamento básico próprio do nível domiciliar ou de pequenas comunidades, desde que aprovadas pelo Conselho de Saúde do ente da Federação, as efetivadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e outras a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- VII – ações de manejo ambiental vinculadas diretamente ao controle de vetores de doenças;
- VIII – gestão do sistema público de saúde e operação das unidades prestadoras de serviços públicos de saúde;
- IX - investimentos na rede física do SUS, que inclui a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde;
- X – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XI – remuneração de pessoal ativo em exercício na área de saúde, incluindo os encargos sociais.

Parágrafo Único. Serão consideradas na apuração dos recursos mínimos de que trata esta Lei Complementar as despesas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios com amortização e encargos financeiros referentes a operações de crédito destinadas ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde, cujos recursos tenham sido efetivamente aplicados entre 1º de janeiro de 2000 e a data da publicação desta Lei.

Art. 4º. Não constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos recursos mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas realizadas com:

- I – pagamento de inativos e pensionistas, inclusive os da saúde;
- II – pessoal ativo da área de saúde, quando em atividade alheia à respectiva área;
- III – serviços mantidos preferencialmente para o atendimento de servidores ativos e inativos, civis e militares, bem como dos respectivos dependentes e pensionistas;
- IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvado o disposto no inciso II do art. 3º desta Lei Complementar;
- V – ações de saneamento básico em cidades em que os serviços sejam implantados ou mantidos com recursos provenientes de fundo específico, taxas, tarifas ou preços públicos;
- VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII – preservação e correção do meio ambiente realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação e por entidades não-governamentais;
- VIII – ações de assistência social;
- IX – obras de infra-estrutura urbana, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos.

CAPÍTULO III

DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Seção I

Dos Recursos Mínimos

Art. 5º. A União aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o

montante equivalente a dez por cento de suas receitas correntes brutas, constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, tomadas como base de cálculo.

§1º Para efeitos desta Lei Complementar, consideram-se receitas correntes brutas a integralidade das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências correntes e outras receitas também correntes.

Art. 6º. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, doze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. Aplica-se o percentual de que trata o caput aos impostos arrecadados pelo Distrito Federal e às transferências previstas no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição, que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 7º. Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, quinze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, da Constituição Federal.

Art. 8º. Inclui-se na base de cálculo dos valores a que se referem os artigos 6º e 7º desta Lei Complementar o montante de recursos financeiros transferidos, em moeda, pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a título de compensação financeira pela perda de receitas decorrentes da desoneração das exportações, nos termos da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, bem como de outras compensações de mesma natureza que vierem a ser instituídas em face da perda de receitas de impostos e de transferências previstos no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição.

Art. 9º. Para efeito do cálculo da base da receita prevista nos artigos 6º e 7º desta Lei Complementar, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 10. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas, sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 11. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 12. Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão repassados aos Fundos de Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, por meio de contas especiais mantidas em instituição financeira oficial.

Parágrafo único. Para fins do previsto no caput, serão mantidas, separadamente, contas bancárias para o gerenciamento dos seguintes recursos:

I – provenientes da aplicação dos percentuais mínimos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, na forma prevista nos arts. 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar;

II – provenientes das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde;

III – provenientes de repasses de outros entes da Federação;

IV – provenientes de operações de crédito internas e externas vinculadas à saúde; e

V – outras receitas destinadas à saúde.

Art. 13. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento junto a órgão vinculado ao SUS da administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 14. Os recursos provenientes de taxas, tarifas ou multas arrecadados por entidades próprias da área da saúde que integram a administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas respectivas entidades, não sendo considerados, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 15. Os recursos de que trata esta Lei Complementar, enquanto não empregados na sua

finalidade e ressalvados os casos previstos em lei, deverão ser aplicados em conta vinculada mantida junto à instituição financeira oficial, sob a responsabilidade do gestor de saúde e de acordo com a legislação específica em vigor.

Parágrafo único. As receitas financeiras decorrentes das aplicações referidas no caput deverão ser utilizadas em ações e serviços públicos de saúde, não sendo consideradas, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos art. 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, observados os seguintes prazos:

- I - recursos arrecadados do primeiro ao décimo dia de cada mês: até o vigésimo dia;
- II - recursos arrecadados do décimo primeiro ao vigésimo dia de cada mês: até o trigésimo dia;
- III - recursos arrecadados do vigésimo primeiro dia ao final de cada mês: até o décimo dia do mês subsequente.

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, respeitado o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais.

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

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios, com base na habilitação da gestão e na prestação de serviços pela rede conveniada e contratada do Sistema Único de Saúde, bem como o efetivamente realizado.

§ 3º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Art. 18. As transferências da União para Estados, Distrito Federal e Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, de forma regular e automática, de acordo com a programação elaborada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas e excepcionais, por proposta da Comissão Intergestores Tripartite e com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, os recursos de que trata o caput poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde de cada ente da Federação mediante a celebração de convênio ou outros instrumentos congêneres ou diretamente aos prestadores de serviços da rede conveniada ou contratada do SUS.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, respeitado o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais aos Municípios e a previsão anual de recursos para cada Município, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Fundo Estadual de Saúde manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios, com base na habilitação da gestão e na prestação de serviços pela rede conveniada e contratada do Sistema Único de Saúde, bem como o efetivamente realizado.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com a programação elaborada pelo Fundo de Saúde Estadual e aprovada

pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas e excepcionais, por proposta da Comissão Intergestores Bipartite e com a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, os recursos de que trata o caput poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde dos Municípios mediante a celebração de convênio ou outros instrumentos congêneres ou diretamente aos prestadores de serviços da rede conveniada ou contratada do SUS.

Art. 21. Os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo intermunicipal, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e com as normas operacionais do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Das Disposições Gerais

Art. 22. Para a fixação inicial dos recursos mínimos a que se referem os arts. 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar, serão consideradas as estimativas constantes das respectivas leis orçamentárias.

Parágrafo único. Os valores fixados na forma do caput serão apurados e ajustados a cada quadrimestre, em função do comportamento da arrecadação.

Art. 23. Para fins de aferição da aplicação dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas inscritas em Restos a Pagar até o limite de disponibilidade de caixa no Fundo de Saúde e, no caso da União, nas demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, provenientes dos recursos previstos nos arts. 5º, 6º, 7º e 8º.

Art. 24. Eventual diferença que implique o não-atendimento dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente à apuração da diferença, sem prejuízo das sanções cabíveis.

Parágrafo Único. Aplica-se ainda o disposto no caput sempre que o cancelamento ou a prescrição de Restos a Pagar comprometer a aplicação do montante mínimo em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 25. Ficam vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 26. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo da receita de que tratam os artigos 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências previstas no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição Federal, inclusive aquelas vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 27. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias anuais e os planos de aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades perante os limites de recursos.

DA TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência da Gestão da Saúde

Art. 28. O Poder Executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dará ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e instituições da sociedade, com ênfase no que se refere:

I – à explicitação, na prestação de contas anual, do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II – ao relatório de gestão do Sistema Único de Saúde;

III – à avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do Sistema Único de Saúde, no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e visibilidade serão asseguradas, também, mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do plano plurianual, do plano de saúde e do orçamento anual.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 29. Os órgãos e entidades da administração direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão instrumentos de registro contábeis que garantam a segregação das despesas quanto à execução das ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. O Fundo de Saúde promoverá a consolidação das contas referentes à execução das ações e serviços públicos de saúde por parte dos órgãos e entidades da administração direta e indireta do ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 31. A prestação de contas de recursos públicos prevista no artigo 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, evidenciará o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição, nesta Lei Complementar e nas demais normas legais concernentes.

Art. 32. As receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Público, assim como em demonstrativo específico no Relatório Resumido da Execução Orçamentária de que trata o art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 33. O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, ao Conselho de Saúde correspondente, em audiência pública nas Casas Legislativas respectivas e junto ao Conselho de Orçamento Participativo, onde houver, relatório detalhado, referente ao quadrimestre anterior, que contenha, no mínimo, as seguintes informações:

I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações; e

III – oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Parágrafo Único. O relatório de que trata o caput seguirá modelo a ser elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 34. O Poder Legislativo, com o auxílio dos Tribunais de Contas, o sistema de auditoria do Sistema Único de Saúde e o Conselho de Saúde de cada ente da Federação fiscalizarão o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase nos seguintes aspectos:

I – execução do plano de saúde anual;

II – alcance das metas para a saúde estabelecidas na respectiva lei de diretrizes orçamentárias;

III – aplicação dos recursos mínimos vinculados à saúde, de acordo com as normas previstas nesta Lei Complementar;

IV – transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V – aplicação dos recursos do SUS, especialmente no que se refere aos montantes mínimos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, observada a competência dos órgãos de fiscaliza-

ção; e

VI – destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 35. O Ministério da Saúde manterá, de forma centralizada, sistema de registro eletrônico das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão, obrigatoriamente e em caráter declaratório, o sistema especificado no caput.

§ 2º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde, ou outro que venha a lhe substituir, apresentará as seguintes características:

I – processos informatizados de declaração, armazenamento e extração dos dados;

II – disponibilidade do programa de declaração;

III – publicidade dos dados declarados e dos indicadores calculados;

IV – realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar; e

V – presença de mecanismos que promovam a correspondência dos dados declarados no sistema e os demonstrativos contábeis publicados pelos entes da Federação.

§ 3º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pela:

I – inserção de dados no programa de declaração;

II – fidedignidade dos dados declarados em relação aos demonstrativos contábeis; e

III – veracidade dos dados inseridos no sistema.

§ 4º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para a inserção ou remessa dos dados previstos neste artigo.

§ 5º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o relatório de gestão de que trata o art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 6º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do Sistema Único de Saúde e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público, à Controladoria-Geral da União e ao Tribunal de Contas do respectivo ente da Federação, para a adoção das medidas cabíveis.

Art. 36. O Ministério da Saúde disponibilizará, aos respectivos Tribunais de Contas, informações prestadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, para utilização nas atividades de fiscalização e controle externo daqueles órgãos.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dada ciência ao Ministério da Saúde e à direção local do SUS, para que sejam tomadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 37. Os Conselhos de Saúde avaliarão, no máximo, a cada quadrimestre, o relatório do gestor da saúde sobre a execução desta Lei Complementar e a sua repercussão nas condições de saúde da população e na qualidade dos serviços de saúde do SUS.

Parágrafo único. Com base na avaliação dos relatórios referidos no caput, os Conselhos de Saúde encaminharão ao Chefe do Poder Executivo da respectiva esfera de governo as indicações quanto à adoção de medidas corretivas e contribuições para a formulação das políticas de saúde.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 38. A União prestará cooperação técnica aos Estados e ao Distrito Federal para a implementação do disposto no art. 19 desta Lei Complementar.

Art. 39. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das

normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste no treinamento e no desenvolvimento de recursos humanos e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 35 desta Lei Complementar, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na doação de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 40. Serão criadas, no âmbito da União e dos Estados, vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde, respectivamente, em caráter permanente, comissões de gestores de saúde com a participação paritária de representação das três esferas de governo ? Comissão Intergestores Tripartite – nacionalmente, e das esferas estadual e municipal em cada Unidade Federada ? Comissão Intergestores Bipartite, com a atribuição de discutir e pactuar sobre a execução da política de saúde, do planejamento, do plano de saúde e seu orçamento, da descentralização, da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, e, em especial, sobre os critérios de rateio de recursos da União para os Estados e dos Estados para os Municípios, nos termos desta Lei Complementar.

Parágrafo único. As decisões das comissões referidas no caput só poderão ser tomadas por consenso e deverão ser observadas pelos dirigentes do SUS, em cada esfera de governo.

Art. 41. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar configuram crime ou ato de improbidade administrativa para os gestores e agentes públicos que lhe derem causa e serão punidas nos termos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940; a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950; o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967; a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 42. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão de Seguridade e Família, 11 de agosto de 2004.

9. Material Consultado

CARVALHO, Gilson. *Financiamento Federal para a Saúde, 1988-2001*. São Paulo: 2002.

BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir; KUJAWA, Henrique. *Direito à Saúde com Controle Social*. Passo Fundo: CEAP, 2003.

FINKELMAN, Jacobo (org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

FAVARET, Ana Cecília de Sá Campello. **A vinculação constitucional de recursos para a saúde: avanços, entraves e perspectivas**. Ciênc.saúde coletiva. [online]. 2003, vol. 8, no.2[citado 27 Julho 2005], p. 371-378. Disponível na World Wide Web: http://www.scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000200004&lng=pt&nrm=iso.ISSN_1413-8123.

KUJAWA, Henrique; CARBONARI, Paulo. *Luta pelo Direito Humano à Saúde: experiências de Passo Fundo*. Passo Fundo: Méritos, 2004.

Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulação de Emenda Constitucional 29. (Documento de Grupo Técnico disponível em http://conselho.saude.gov.br/docs/Parametros_Consensuais_EC_%2021jun01.doc).

Relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (Conferência Sergio Arouca): saúde um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos. Brasília – DF – 2004.

UGÁ, Maria Alicia Domingues; SANTOS, Isabela Soares. Informe preliminar sobre análise da equidade do financiamento do sistema de saúde brasileiro, 2005. www.opas.org.br/observatorio/Destaques (visitado em 01 de agosto de 2005).

Legislação

Constituição da República Federativa do Brasil.

Lei federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990.

Lei federal nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990.

Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 322 de 8 de maio de 2003.

Substitutivo aos projetos de Lei Complementar nº 1/2003, nº 159/2004 e nº 181/2004.

O verbo e a verba

Lenine

*Dores, dores
Dólares, dólares*

*O verbo saiu com os amigos pra bater um
papo na esquina*

*A verba pagava despesas porque ela era
tudo que ele tinha*

*O verbo não soube explicar depois porque
que foi que a verba sumiu*

*Nos braços de outras palavras o verbo
afogou sua mágoa e dormiu*

....