



CÂMARA DOS DEPUTADOS

Comissão Especial destinada a proferir parecer à Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris e outros.

PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº 1, DE 2015.

Altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18% e 18,7%.

Autor: Deputado Vanderlei Macris e outros
Relatora: Deputada Carmen Zanotto

I – RELATÓRIO

I.a - Introdução

É consenso que o subfinanciamento é um dos fatores que mais ameaça o Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema, que foi instituído com o objetivo de garantir a universalidade e a integralidade das ações e serviços de saúde, num País continental, com população numerosa e realidades totalmente diversificadas, necessita de mais recursos para efetivamente cumprir o seu papel.

Desde a sua criação, esforços têm sido feitos para aumentar as receitas da saúde. No entanto, em 27 anos de existência, nunca se conseguiu chegar a um patamar de investimento nem mesmo próximo do ideal. A Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 1, de 2015, representa a possibilidade de abrandar o problema do subfinanciamento do SUS.

Embora tenha sido apresentada por um grupo de parlamentares, esta PEC, como se perceberá detalhadamente neste texto, tem

origem intrinsecamente social. Nesse contexto, é importante esclarecer que o art. 198, III, da CF/1988, e o art. 7º, VIII, da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, determinam que a participação social, uma das diretrizes do SUS, é um meio pelo qual os sujeitos se unem com o intuito de atingir objetivos comuns. Esses objetivos, geralmente, relacionam-se com a manutenção, o aprimoramento ou a transformação da situação em que estão inseridos. O espaço em que ocorrem essas convergências de ações são as instâncias participativas. Lá, os cidadãos conseguem potencializar os seus esforços, mediante procedimentos de organização, definição de estratégias e tomada de decisões.

A participação social na saúde é anterior ao SUS. Já nas décadas de 1970 e 1980, havia instâncias que procuravam viabilizá-la, como os conselhos comunitários, populares e administrativos.

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde trouxe à baila os ideais do movimento sanitário, que propôs a completa reformulação das políticas de saúde vigentes no País, com a criação do Sistema Único de Saúde. Esse movimento, portanto, desenvolveu um processo de intensa articulação social, política e partidária, que fez com que a Constituição Federal incorporasse a saúde como direito do cidadão e dever do Estado, regido pelas diretrizes da descentralização, integralidade e participação da comunidade.

O SUS é, assim, uma das construções mais democráticas de que se tem notícia na história brasileira contemporânea. Foi concebido por um movimento que, muito antes de se falar em constituinte, já deliberava acerca de um sistema mais justo e inclusivo para o atendimento do povo.

Após quase 27 anos de história, o SUS teve avanços de reconhecida monta, mas, atualmente, encontra-se numa situação delicada e limiar: ou se aumentam os recursos destinados à saúde, ou todo o sistema corre o risco de ruir. Diante dessa conjuntura, mais uma vez grupos organizados da sociedade civil se uniram para, democraticamente, contribuir para a saúde pública brasileira. Foi por iniciativa popular que chegou à Câmara dos Deputados a ideia de aumentar a participação da União no financiamento da Saúde. Esta PEC é a materialização da vontade do povo.

É importante lembrar, nesse contexto de discussão acerca da democracia sanitária, que neste ano também ocorrerá a 15ª Conferência Nacional de Saúde (15ª CNS), com o tema “Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro”. O evento sucederá num momento chave da história do País, em que o contexto político-social está marcado por crises econômicas e políticas, que tendem a favorecer propostas conservadoras, que podem ameaçar os avanços alcançados com o SUS. Nessa conferência, serão discutidos assuntos como a saúde pública com direito de cidadania, em contraposição à mercantilização e à privatização; superação das desigualdades na saúde pública; valorização do trabalho multiprofissional e interdisciplinar; e a reafirmação da saúde como direito fundamental do povo brasileiro, pilar estruturante da cidadania e do desenvolvimento do País.

O povo ajudou a criar o SUS há quase três décadas. O povo, por meio da ideia contida nesta PEC, não quer deixá-lo perecer. Cabe, portanto, aos membros do Congresso Nacional cumprir a vontade daqueles que lhes confiaram o legítimo direito de representação.

I.b - Plano de trabalho

Feita essa breve explanação, informamos que, para nortear a tarefa desta Comissão Especial na análise da PEC, propôs-se um plano de trabalho voltado à participação social, mediante promoção de diversas audiências públicas, mecanismo regimental que consiste na realização de reuniões que criem um canal de comunicação entre o legislativo e entidades da sociedade civil.

Nas audiências realizadas, foram convidados: o Ministro da Saúde; representante do Conselho Nacional de Saúde; representante do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde; representante do Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde; representante do Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada; representante da Associação Brasileira de

Saúde Coletiva; representante do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; a Dra. Lenir Santos, do Instituto de Direito Sanitário Aplicado; o Sr. Áquilas Mendes, Doutor Livre-Docente de Economia de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP); o Sr. Antônio Carlos Rosa Junior, Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde; o Sr. Ronald Ferreira dos Santos, coordenador nacional do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - Saúde + 10; o Sr. Fábio Franco Barbosa Fernandes, Subsecretário para Assuntos Econômicos do Ministério da Fazenda; o Sr. Manoel Carlos de Castro Pires, Chefe da Assessoria Econômica do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; o Sr. Édson Rogatti, Diretor-Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo; o Dr. David Everson Uip, Secretário da Saúde do Estado de São Paulo; o Sr. Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, Presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM); e Sr. Florentino Cardoso, Presidente da Associação Médica Brasileira; e representantes da Confederação Nacional dos Municípios, Frente Nacional dos Prefeitos e União dos Vereadores do Brasil e União dos Legisladores e Legislativos Estaduais. Importante salientar que o Senhor Deputado Toninho Pinheiro solicitou a realização de audiência entre os membros da Comissão e a Excelentíssima Senhora Presidente da República Dilma Rousseff.

Vários membros desta Comissão também participaram de reunião realizada no dia 23 de setembro, no Hotel Nacional de Brasília, com a presença dos Secretários de Estado da Saúde, da Diretoria do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e dos presidentes dos Conselho de Secretarias Municipais de Saúde (COSEMS). Na ocasião, foram apresentadas diversas sugestões, muitas delas acatadas neste parecer.

Percebe-se, assim, que esta Comissão, para abordar o assunto do financiamento da saúde sob diversos prismas, promoveu a participação de representantes de entidades governamentais e não governamentais, de instituições ligadas ao estudo da saúde pública e da sociedade.

Os participantes das audiências (os convidados ou os seus representantes) manifestaram-se num ambiente de debate saudável de ideias, proferiram opiniões e fizeram sugestões, que serviram como base para a elaboração deste documento.

Por fim, é necessário destacar o extraordinário apoio da Subcomissão Especial destinada a tratar da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS, da Comissão de Seguridade Social e Família, a esta PEC.

Embora esta PEC tenha recebido parecer pela admissibilidade na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC) da Câmara em 16 de junho deste ano, a Comissão Especial necessária para dar seguimento a sua tramitação somente foi constituída pela Presidência da Câmara em 17 de agosto, quatro dias após a mobilização resultante da primeira audiência da mencionada Subcomissão Especial da Reestruturação da Organização, Funcionamento e Financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS.

Nesse contexto, não podemos deixar de realçar que o relatório final da Subcomissão, aprovado por unanimidade no dia 13 de outubro deste ano, citou, entre as suas recomendações finais, a ampliação da “participação da União no financiamento do SUS, por meio do apoio à aprovação da PEC nº 1, de 2015, como demandado pela sociedade, sem a inclusão de percentuais para determinados níveis de complexidade de serviços (para manter a coerência do apoio à pactuação regional, flexibilizada segundo necessidades locais) ”.

I.c – Descrição da PEC

A PEC nº 1, de 2015, de autoria do Deputado Vanderlei Macris e outros, visa alterar o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada, em cinco exercícios, com a

seguinte divisão: 15% da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação da Emenda, 16% no segundo, 17% no terceiro, 18% no quarto e 18,7% no quinto.

Na justificação, os autores informam que o subfinanciamento da saúde ficou patente depois que a sociedade foi às ruas insurgindo-se contra a qualidade dos serviços públicos. Acrescentam que, em razão dessa mobilização, grupos conseguiram coletar milhares de assinaturas numa sugestão legislativa com proposta semelhante à contida nesta Emenda. Alertam, no entanto, que, nesse cenário, o Governo apresentou uma proposição que deu origem à Emenda à Constituição nº 86, de 2015, que representou uma perda à saúde, pois estabeleceu o valor de 15% da receita corrente líquida como o último valor no escalonamento do mínimo a ser aplicado pela União.

Os autores também demonstram que tem ocorrido a redução da participação relativa da União no financiamento do SUS. Para tanto, expõem que, em 2000, esse ente respondia por 59% dos recursos investidos. Já em 2013, essa participação caiu para 44%. Enfatizam que essa situação não é adequada, já que a União tem participação de 70% na carga tributária – enquanto estados, municípios e Distrito Federal participam com apenas 30%.

Por fim, destacam que a proposta em análise visa a garantir o investimento de mais recursos para a saúde, e mencionam que, se for aprovada nos termos propostos, garantirá o aporte de R\$ 270 bilhões em cinco anos.

À proposição foi apresentada a Emenda nº 1, de 2015, da Deputada Leandre e outros, que acrescenta os §§ 7º e 8º ao art. 198 da Constituição Federal de 1998.

O § 7º estabelece que serão rateados com os demais entes federados e repassados na forma da lei complementar de que trata o § 3º (atualmente, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012), para atendimento das despesas correntes, os mínimos de 20% para manutenção da

atenção primária sob responsabilidade dos municípios, e 40% para procedimentos de média e alta complexidade, a cargo, prioritariamente, dos Estados de Distrito Federal.

O § 8º determina que os recursos de que trata o § 7º não incluem despesas com assistência farmacêutica, vigilância sanitária ou com a complementação prestada pela União para o cumprimento do piso salarial dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de combate às endemias.

Na justificativa, os autores esclarecem que, nos últimos anos, os Estados e Municípios têm aumentado significativamente a participação com gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde e, assim, encontram-se numa situação de impossibilidade de aumento da destinação de recursos adicionais. Informam, também, que, se essa emenda for aprovada, a União transferirá mais recursos para esses entes, especificamente para o atendimento despesas relacionadas à média e à alta complexidade e à atenção primária.

I.d – Reuniões da Comissão

Foram realizadas sete reuniões ordinárias no âmbito da Comissão Especial, para discussão da PEC nº 1, de 2015. Da quarta à sétima reunião, ocorreram audiências públicas, nas quais se pronunciaram especialistas e autoridades. Neste item, apenas citaremos os presentes às audiências. No próximo, faremos um apanhado das ideias defendidas por eles.

1ª Reunião Ordinária

Em **18 de agosto de 2015**, ocorreu a primeira reunião ordinária da Comissão Especial destinada a proferir parecer à Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015. Nessa reunião, ocorreu a instalação da comissão e a eleição do seu presidente e vice-presidentes. O resultado foi o seguinte: Deputado Geraldo Resende, PMDB/MS, Presidente; Deputado

Osmar Terra, PMDB/RS, 1º Vice-Presidente; Deputado Alexandre Serfiotis, PSD/RJ, 2º Vice-Presidente; e Deputado Marcus Pestana, PSDB/MG, 3º Vice-Presidente.

2ª Reunião Ordinária

Em **26 de agosto de 2015**, ocorreu a segunda reunião ordinária da Comissão Especial. Após abertos os trabalhos, a Deputada Carmen Zanotto foi designada relatora da Proposta de Emenda à Constituição (PEC) nº 1, de 2015. Em seguida, a Parlamentar leu o seu plano de trabalho, que foi acatado pelos membros presentes. Na reunião, também foram aprovados dois requerimentos de audiência pública.

1 - Requerimento nº 1, de 2015, da Deputada Carmen Zanotto e outros, que requer a realização de Audiência Pública para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris e outros, com a presença do Sr. Artur Chioro, Ministro da Saúde.

2 - Requerimento nº 2, de 2015, da Deputada Carmen Zanotto e outros, que requer a realização de audiência pública para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris e outros, com a presença dos representantes do Conselho Nacional de Saúde – CNS, do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

3ª Reunião Ordinária

Em **1º de setembro de 2015**, realizou-se a terceira reunião ordinária da Comissão Especial. Depois da abertura dos trabalhos, o Presidente comunicou que o Ministro da Saúde enviara expediente em que se dizia impossibilitado de comparecer à Casa, em razão de diversos outros compromissos agendados. Em seguida, iniciou-se a deliberação acerca dos requerimentos de audiência pública apresentados até a véspera. Os requerimentos apresentados e aprovados foram os seguintes:

1 – Requerimento nº 3, de 2015, do Deputado Odorico Monteiro e outro, que requer a realização de audiência pública para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris e outros, com os seguintes convidados: Sr. Gastão Wagner de Souza Campos – Associação Brasileira de Saúde Coletiva; Sra. Ana Maria Costa – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde; e Dra. Lenir Santos – Instituto de Direito Sanitário Aplicado.

2 – Requerimento nº 4, de 2015, do Deputado Odorico Monteiro e outro, que requer a realização de Audiência Pública para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris e outros, com os seguintes convidados: Sr. Áquilas Mendes, Doutor Livre-Docente de Economia de Saúde da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSP/USP), um Representante do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e Sr. Antônio Carlos Rosa Junior, Diretor-Executivo do Fundo Nacional de Saúde.

3 - Requerimento nº 5, de 2015, do Sr. Alexandre Serfiotis e outra, que requer que na reunião de Audiência Pública proposta pelo Requerimento nº 2/2015 para ouvir o Conselho Nacional de Saúde - CNS; o Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS; e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, seja convidado, também, o Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - Saúde + 10, na pessoa do seu coordenador nacional, Sr. Ronald Ferreira dos Santos.

4 - Requerimento nº 6, de 2015, do Sr. Alexandre Serfiotis e outros, que requer realização de audiência pública na comissão especial que analisa a PEC nº 1, de 2015 para ouvir o Sr. Fábio Franco Barbosa Fernandes, Subsecretário para Assuntos Econômicos do Ministério da Fazenda e o Sr. Manoel Carlos de Castro Pires, Chefe da Assessoria Econômica do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

5 - Requerimento nº 7, de 2015, do Deputado Dr. Sinval Malheiros e outro, que requer a realização de Audiência Pública para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris e

outros, com a presença do Sr. Édson Rogatti, Diretor-Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo.

6 - Requerimento nº 8, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris, que requer a realização de audiência pública com a participação do Secretário da Saúde do Estado de São Paulo, Dr. David Everson Uip, para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015.

7 - Requerimento nº 9, de 2015, do Sr. Vanderlei Macris - que requer a realização de audiência pública com a participação do presidente do Conselho Federal de Medicina (CFM), Carlos Vital Tavares Corrêa Lima, e do Presidente da Associação Médica Brasileira, Florentino Cardoso, para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015.

4ª Reunião Ordinária

Em **3 de setembro de 2015**, realizou-se a quarta reunião ordinária da Comissão Especial. Depois da abertura dos trabalhos, o Presidente dispensou a leitura da ata e comunicou acerca dos expedientes recebidos. Em seguida, iniciaram-se as exposições dos três convidados que compareceram: O Sr. Ronald Santos, representante do Conselho Nacional de Saúde e Coordenador do Movimento Nacional em Defesa da Saúde Pública - Saúde + 10; o Sr. João Gabbardo dos Reis, Presidente do Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS; e o Sr. Mauro Guimarães Junqueira, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

5ª Reunião Ordinária

Em **10 de setembro de 2015**, realizou-se a quinta reunião ordinária da Comissão Especial. Depois da abertura dos trabalhos, o Presidente dispensou a leitura da ata e comunicou acerca dos expedientes recebidos. Em seguida, iniciaram-se as exposições dos três convidados que

compareceram: o Sr. Carlos Octávio Ocké Reis, Economista Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e membro da Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco; a Sra. Ana Maria Costa, Presidente do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde – Cebes; e a Sra. Fabiola Sulpino Vieira, Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental, representando o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA.

6ª Reunião Ordinária

Em **17 de setembro de 2015**, realizou-se a sexta reunião ordinária da Comissão Especial. Depois da abertura dos trabalhos, o Presidente dispensou a leitura da ata e comunicou acerca dos expedientes recebidos. Em seguida, iniciaram-se as exposições dos dois convidados que compareceram: o Sr. Luiz Soares Koury, médico neurocirurgião, Presidente da Federação das Santas Casas de Misericórdia e Hospitais Beneficentes do Estado do Paraná, representando o Dr. Edson Rogatti, Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Beneficentes do Estado de São Paulo e Presidente da Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, e o Sr. José Luiz Dantas Mestrinho, membro da Comissão de Assuntos Políticos do Conselho Federal de Medicina (CFM), representando a Associação Médica Brasileira (AMB).

Ao final da reunião, os membros da comissão aprovaram dois requerimentos de audiência pública: o Requerimento nº 10, de 2015, do Sr. Toninho Pinheiro, solicitando a realização de audiência entre os membros da Comissão e a Excelentíssima Senhora Presidente da República Dilma Rousseff, e o Requerimento nº 11, de 2015, do Sr. Vitor Lippi, com a participação de representantes da Confederação Nacional dos Municípios, Frente Nacional dos Prefeitos e União dos Vereadores do Brasil e União dos Legisladores e Legislativos Estaduais, para debater a Proposta de Emenda à Constituição nº 1, de 2015.

7ª Reunião Ordinária

Em **24 de setembro de 2015**, realizou-se a sétima reunião ordinária da Comissão Especial. Depois da abertura dos trabalhos, o Presidente dispensou a leitura da ata e comunicou acerca dos expedientes recebidos. Em seguida, iniciou-se a exposição da Senhora Goretti Reis, Deputada Estadual de Sergipe, Presidente da Secretaria Especial da Saúde, e da Sra. Fábيا Almeida Richter, Prefeita de Cristal, Rio Grande do Sul, representando a Confederação Nacional dos Municípios – CNM.

I.e – Audiências Públicas

Audiência Pública realizada em 3 de setembro de 2015, com a presença dos Senhores Ronald Santos, João Gabbardo dos Reis e Mauro Guimarães Junqueira

O **Sr. Ronald Santos** prestou esclarecimentos acerca do Saúde + 10 e ressaltou que o movimento surgiu do que ele denominou de “vitória pela metade” da iniciativa “Primavera da Saúde”, que culminou com a edição da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Essa lei, segundo o expositor, deixou de estabelecer um percentual fixo das receitas da União para a saúde e, por isso, foi necessário continuar a luta contra o subfinanciamento, mediante o Saúde + 10.

Ademais, ressaltou a importância de todas as instituições que se uniram para o debate e enfatizou que o movimento conseguiu aglutinar a opinião de diversos setores da sociedade. Informou que as intensas discussões e debates deixaram claro que o subfinanciamento (e não apenas a gestão) era um problema a ser enfrentado. Ressaltou, também, que o movimento era “do povo e da Nação” e que não “era do governo nem da oposição”.

Esclareceu que a edição da Emenda nº 86, de 2015, feriu os princípios constitucionais da vedação de retrocesso e de proteção

insuficiente, pois a União aplicaria em saúde, neste ano, proporcionalmente menos do que aplicou em 2014.

Ao final, o expositor leu um documento produzido e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, que analisa o quadro de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde no contexto da Emenda Constitucional nº 86, de 2015, e do ajuste fiscal, cujo inteiro teor foi reproduzido a seguir:

“Desde a Constituição Federal de 1988, o SUS tem vivido um processo de “asfixia financeira”, resultado da combinação de descumprimento dos dispositivos constitucionais que previam a construção de um Sistema de Seguridade Social abrangendo a Saúde, a Previdência e a Assistência Social, com mudanças destes mesmos dispositivos que não atendem aos anseios da população.

O subfinanciamento crônico do SUS tem sido um dos principais fatores que impedem o pleno cumprimento do princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado” estabelecido na Constituição Federal. Além de comprometer a oferta suficiente de serviços de saúde de boa qualidade, o subfinanciamento restringe a possibilidade desta política social contribuir tanto para a redução do quadro de exclusão social, como para a promoção de um desenvolvimento regional que, de um lado, reduza as desigualdades socioeconômicas ainda vigentes no Brasil e, de outro lado, contribua para dinamizar a economia nacional. A relevância dos gastos públicos em saúde guarda relação direta com o seu caráter redistributivo, contribuindo para enfrentar as desigualdades sociais.

O processo de subfinanciamento do SUS foi agravado com as recentes medidas de ajuste fiscal anunciadas pela área econômica do governo federal, que impuseram um contingenciamento de R\$ 11,7 bilhões ao Ministério da Saúde. Aliado ao aumento da taxa de juros, a gravidade deste ajuste é que ele aprofunda a recessão econômica em curso, considerando as medidas anteriormente adotadas de restrição ao crédito, com efeitos negativos não somente sobre as receitas da União, mas também do Distrito Federal, dos Estados e dos Municípios, ou seja, prejudicando o financiamento do SUS com recursos próprios das esferas subnacionais de governo, justamente as que tiveram aumentada a sua participação proporcional no financiamento do SUS em comparação à queda da União.

Diante da lógica histórica da alocação de recursos federais para o SUS em que a aplicação máxima deve corresponder ao parâmetro da aplicação mínima (lógica conhecida como PISO=TETO), o novo critério de cálculo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 86/2015 (EC 86/2015), cuja base de cálculo é a Receita Corrente Líquida, com escalonamento progressivo de percentuais até 2020 (de 13,2% a 15,0%), representará uma redução orçamentária e financeira para o SUS. Basta comparar o seguinte: o orçamento

da saúde para 2014 representou 14,38% da Receita Corrente Líquida do ano, ou seja, é maior do que o previsto (13,2%) para o primeiro escalonamento da EC 86/2015. A redução de recursos projetada poderá superar R\$ 9,0 bilhões em 2016, se a lógica PISO=TETO for mantida, em comparação à regra de cálculo vigente até o final de 2015, baseada na variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), sobre o valor empenhado.

Além desta perda decorrente da mudança da regra de cálculo da aplicação mínima federal, a nova definição constitucional para a execução orçamentária e financeira das emendas parlamentares individuais, conhecida como emendas impositivas, provavelmente diminuirá os recursos federais para a saúde pactuados entre União, Estados e Municípios. As emendas impositivas passam a corresponder a 0,6% das receitas correntes líquidas, ou seja, representarão a partir de 2015 um adicional de R\$ 2,5 bilhões a R\$ 3,0 bilhões destas despesas, em comparação à média histórica de cerca de R\$ 1,0 bilhão, verificada entre 2009 - 2013. Há ainda um grande risco de que esta regra inspire alterações nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais, deteriorando ainda mais as condições de financiamento do SUS nas esferas subnacionais.

Ainda na esfera federal, a falta da compensação dos valores dos restos a pagar cancelados nos exercícios de 2012 e 2013 representou uma perda de recursos para o SUS no valor de R\$ 2,5 bilhões, em descumprimento ao que determina a Lei Complementar nº 141/2012. Somados todos os efeitos negativos, temos como resultado o agravamento do subfinanciamento das ações e serviços de saúde, que em 2014, correspondeu a 3,9% do PIB, em contraposição aos parâmetros internacionais de 7,0% do PIB em gasto público em saúde, patamar no qual se reconhece que os sistemas de saúde, além de públicos, passam a cumprir função positiva na redução de desigualdades sociais.

Acrescente-se que o gasto privado em saúde soma cerca de 5% do PIB e beneficia apenas um quarto da população brasileira, composto por pessoas com melhores condições econômicas. Neste sentido, é injusto que os planos privados de saúde ainda recebam subsídios públicos por meio da renúncia ou de incentivos fiscais. São recursos que deixam de financiar o SUS em favor do setor privado que, recentemente, foi favorecido mais uma vez com a permissão da entrada de capital estrangeiro na assistência à saúde.

Em 2013, o Movimento Saúde+10, coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde, mobilizou e unificou a luta da sociedade brasileira em prol da ampliação do financiamento de um sistema público e de qualidade na atenção à saúde, reunindo mais de 2,2 milhões de assinaturas para a apresentação de um projeto de lei de iniciativa popular (PLC 321/2013) com a proposta da alocação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas para o orçamento federal do SUS.

A defesa dos 10% das Receitas Correntes Brutas (ou 19,3% em termos de receitas correntes líquidas) como parâmetro da aplicação mínima em ações e

serviços públicos de saúde representa a continuidade da luta histórica pelo fortalecimento do financiamento do SUS.

Aqui vale lembrar os princípios constitucionais da vedação de retrocesso e de proteção insuficiente. Para que não sejam desrespeitados, as leis do ciclo orçamentário não podem prever recursos proporcionalmente menores para as ações e os serviços públicos de saúde do que os que foram aplicados em 2014, com base em regra de transição (art. 2º da EC 86/2015) que, direta ou indiretamente, não respeite o art. 60, § 4º, I e IV da Constituição Federal de 1988.

Nesse cenário, o Conselho Nacional de Saúde assume a responsabilidade em denunciar os enormes prejuízos para a assistência à saúde da população decorrentes da aprovação da EC 86/2015 e propõe os seguintes eixos de luta pelo financiamento adequado do SUS:

1) Rejeição da atual política econômica que está provocando recessão e desemprego e a consequente mudança da orientação desta política para a promoção do crescimento e distribuição da renda, inclusive com a eliminação do contingenciamento orçamentário limitador da execução dos gastos sociais;

2) Enfrentamento da dívida pública federal que restringe a capacidade de financiamento das políticas sociais (somente em 2014, os valores de juros, amortização e refinanciamento da dívida pública federal foram de R\$ 170,6 bilhões, R\$ 191,7 bilhões e R\$ 616,8 bilhões, respectivamente);

3) Recomposição do orçamento de 2015 do Ministério da Saúde, denunciando tanto os efeitos deletérios sobre a assistência à saúde do corte de R\$ 11,7 bilhões, como a não compensação prevista pela Lei Complementar nº 141/2012 dos Restos a Pagar cancelados em 2012 e 2013, equivalente ao total de R\$ 2,5 bilhões (em valores nominais), que deveriam ter sido gastos adicionalmente ao valor da aplicação mínima até o final de 2014;

4) Combate a qualquer redução no orçamento do Ministério da Saúde nos próximos anos, acompanhando a tramitação das leis orçamentárias para que não seja desrespeitado o princípio da vedação de retrocesso, a exemplo do §8º do art. 35 incluído no Projeto de Lei de Diretrizes Orçamentárias/2016 pela Comissão Mista de Orçamentos do Congresso¹, estabelecendo que, em 2016, o valor da aplicação mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS) "...não poderá ser inferior ao valor resultante da aplicação da regra constante do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012";

5) Exclusão imediata da DRU (Desvinculação das Receitas da União) por se tratar de fonte indispensável para o financiamento da seguridade social, modificando a

PEC 87/2015 que prorroga esta desvinculação até 2023 e aumenta de 20% para 30% a retenção da receita arrecadada pertencente ao Orçamento da Seguridade Social;

6) Retomada da mobilização social do Movimento Saúde+10, para alterar a EC 86/2015, principalmente no que se refere:

6.1) Ao percentual de aplicação mínima, estabelecendo o equivalente das 10% das Receitas Correntes Brutas para apurar o valor da aplicação mínima em ASPS;

6.2) À aplicação dos recursos do Pré-Sal, retomando condição de adicional ao valor da aplicação mínima em ASPS nos termos disciplinados originalmente pelo art. 4º, da Lei 12.858/2013;

6.3) À execução orçamentária obrigatória das emendas parlamentares individuais, retirando estas despesas do cômputo da aplicação mínima em ASPS;

7) Revisão geral da renúncia de receita ou dos gastos tributários da União, especialmente os subsídios públicos aos planos e seguros privados de saúde;

8) Revisão da Lei de Responsabilidade Fiscal em relação à limitação dos gastos de pessoal vinculados às ASPS;

9) Revisão da política de patentes relacionada aos insumos e produtos da área da saúde, fortalecendo os interesses nacionais e da saúde pública; e

10) Revisão do orçamento nacional da saúde, seja pela alteração de tributos já incorporados ao Orçamento da Seguridade Social, seja pela inclusão de novas fontes, sempre sob os princípios básicos que:

a) Sejam exclusivas para o SUS e prioritariamente para as ações e serviços de natureza pública, sem aprofundar o caráter regressivo da tributação vigente no Brasil, mas suficientes para assegurar a responsabilidade pública com a saúde;

b) Tenham previamente definidas a destinação destes recursos para a mudança do modelo de atenção, para que a atenção primária seja a ordenadora do cuidado, e para a valorização dos servidores públicos da saúde.

c) Novas fontes poderiam envolver: (i) a ampliação da alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL) para instituições financeiras dos atuais 9% para 18%; (ii) a criação de uma contribuição sobre as grandes transações financeiras (CGTF) e a tributação das remessas de lucros e dividendos realizadas pelas empresas multinacionais, atualmente isentas, com destinação para a Seguridade Social; (iii) a aprovação da taxa sobre grandes fortunas com destinação para a Seguridade Social em tramitação na Câmara Federal; (iv) a revisão do DPVAT para ampliar a destinação de recursos ao SUS; e (v) a

elevação da taxaço sobre os produtos derivados de tabaco, sobre as bebidas alcoólicas e sobre as empresas que importam, fabricam e montam motocicletas.

Nesse período de realização da 15ª Conferência Nacional de Saúde, desde sua etapa municipal até a nacional, passando pela etapa estadual, o Conselho Nacional de Saúde convoca, mais uma vez, as brasileiras e os brasileiros - instituições, movimentos sociais e profissionais de saúde - para nos unirmos na construção de uma agenda estruturante da saúde no país, em defesa do SUS universal e igualitário, participando dos debates e engajando-se na luta pelo fim do subfinanciamento.”

Em seguida, pronunciou-se o **Sr. João Gabbardo dos Reis**. Após cumprimentar a todos, informou que estava de acordo com o documento do Conselho Nacional de Saúde lido pelo Sr. Ronald. Acrescentou que as alterações da Emenda nº 86, de 2015, representavam um risco, pois abriam a possibilidade de diminuição dos recursos para a saúde.

Enfatizou que os custos com a saúde estavam em crescimento exponencial, devido ao desenvolvimento de novas tecnologias, medicamentos, do envelhecimento populacional e do processo de judicialização. Acerca desse último assunto, o expositor ressaltou que, no Rio Grande do Sul, havia bloqueios junto à Secretaria da Fazenda em razão de decisões judiciais que superavam a cifra de R\$ 12 milhões de reais por mês, que perfaziam cerca de R\$ 250 milhões de reais por ano.

O Presidente do CONASS também advertiu a situação vigente representava a **maior crise que o SUS já enfrentou** e que não era possível postergar a busca por soluções (grifo nosso).

Realçou que é preciso estabelecer, também, a fonte dos recursos para a saúde, seja mediante taxaço de grandes fortunas e mudança na regra de restituição de imposto de renda por pagamento de planos de saúde, seja pela taxaço mais elevada sobre cigarros.

Por fim, manifestou-se o **Sr. Mauro Guimarães Junqueira**, Presidente do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS. Após saudar os presentes e agradecer a oportunidade de contribuir para o assunto, ratificou as falas dos expositores precedentes. Ressaltou que, em 2014, os municípios e estados aplicaram recursos em

saúde além do mínimo constitucional. Os municípios excederam o piso em R\$ 22 bilhões e os estados, por sua vez, em R\$ 6 bilhões. Afirmou, também, que, há 20 anos, a União contribuía com 75% dos recursos para o financiamento das ações e serviços de saúde. Em 2014, esse valor era de apenas aproximadamente 42%.

Outra questão a que o expositor se ateve foi a de que 75% dos recursos utilizados nas ações e serviços de saúde eram para pagamento de pessoal. Sugeriu que a Lei de Responsabilidade Fiscal fosse flexibilizada, pois não era possível diminuir a quantidade de recursos humanos em saúde, para o ajuste aos desígnios da lei, em razão da peculiaridade da área, pois, segundo ele, “**saúde é gente cuidando de gente**” (grifo nosso).

O Presidente do CONASEMS acrescentou que a dotação orçamentária inicial para o Fundo Nacional de Saúde de 2015 foi de 112 bilhões e a de 2016 será de 102 bilhões – com uma sensível redução de 10 bilhões. Ele também expôs outros números que demonstram o subfinanciamento da saúde em diversas áreas.

Audiência Pública realizada em 10 de setembro, com a presença do Senhor Carlos Octávio Ocké Reis e das Senhoras Ana Maria Costa e Fabiola Sulpino Vieira

O **Sr. Carlos Octávio Ocké Reis** iniciou a sua apresentação opinando que a Emenda à Constituição nº 86, de 2015, representa um retrocesso não só em relação à proposta do Saúde + 10, como também à Emenda à Constituição nº 29, de 2000. Para ilustrar sua declaração, aduziu que, em 2014, a União havia investido em ações e serviços de saúde 14,38% da receita corrente líquida e, em 2016, devido à nova regra constitucional, o piso do investimento seria de apenas 13,2%.

Acrescentou que discutir a PEC nº 1, de 2015, no atual cenário de recessão e ajuste fiscal, é uma tarefa difícil, mas necessária. Ressaltou que o País foi rebaixado pela Agência de Risco “Standard & Poor’s” – fato que poderia agravar ainda mais a situação econômica vigente. Enfatizou

que o Projeto de Lei Orçamentária Anual deste ano havia sido apresentada com um déficit de 0,5% do Produto Interno Bruto (PIB).

Ainda sobre o cenário econômico pátrio, o expositor lembrou que o Ministro da Fazenda, Joaquim Levy, declarou ser necessário aumentar os juros para combater a crise. No entanto, esclareceu que essa medida não é adequada, pois, atualmente, os juros consomem 8% do PIB. Como alternativa, sugeriu que o Poder Público reagisse à crise investindo em políticas sociais, pois essas, historicamente, mostraram-se capazes de atuar como políticas anticíclicas. Defendeu, assim, a utilização da política de saúde como mitigadora dos efeitos da recessão. Para exemplificar, utilizou-se do modelo do SUS, que, conforme alegou, aumenta o aporte de recursos para inovações tecnológicas; garante emprego; desconcentra renda, pois libera recursos das famílias para o consumo de outros bens e serviços; além de combater a inflação.

Especificamente acerca da PEC nº 1, de 2015, alertou que o valor equivalente a 10% da receita corrente bruta (proposta inicial do Saúde + 10) seria superior aos 18,7% previstos na PEC. Em seguida, ressaltou que a discussão acerca do estabelecimento de percentual fixo da receita da União para a saúde é importante, mas que também devem ser estudadas outras fontes de recursos. Nesse contexto, mencionou que estudo realizado em parceria com a Receita Federal demonstrou que os gastos indiretos em saúde (advindos de renúncias fiscais relativas ao Imposto de Renda de Pessoa Física, Imposto de Renda da Pessoa Jurídica, indústrias farmacêuticas e hospitais filantrópicos) somavam cerca de R\$ 10,5 bilhões, e que esses recursos poderiam ser mais bem utilizados no aumento da equidade e da eficiência do SUS.

Ao final, acrescentou outras sugestões para o aumento das fontes de recursos para a saúde, como:

- 1 – aumento da contribuição social sobre o lucro líquido;
- 2 – instituição de tributo (imposto ou contribuição social) sobre grandes fortunas;

3 – estipulação de nova alíquota do Imposto de Renda da Pessoa Física (superior a 27,5%);

4 – taxação de lucros e dividendos de empresa, como já o fazem diversos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE);

5 – aumento da alíquota do imposto incidente nos bens resultantes de herança ou doação.

A **Sra. Ana Maria Costa** começou a sua palestra falando da importância do Cebes para a atual configuração do SUS. Ressaltou que a instituição existe desde 1976, e que foi criada pelos militantes do Movimento Sanitário, como o Dr. Sérgio Arouca, que produziram o documento denominado “A questão democrática da Saúde”, usado como base para a seção da Constituição Federal dedicada à saúde.

Em seguida, realçou que o cenário futuro da saúde era complexo, em razão de diversos fatores, como o envelhecimento populacional e a expansão das doenças crônicas. Informou que, em 15 anos, haveria necessidade de pelo menos 37% a mais de investimento em saúde, para fazer frente a essas situações, que demandariam adaptações, como a ampliação da política de atendimento domiciliar a idosos.

A expositora também tratou do tema tributário. Destacou que hoje havia 60 milhões de brasileiros vinculados a planos de saúde, que eram beneficiados por renúncia fiscal. Segundo ela, isso representava claro desrespeito às diretrizes traçadas na CF/88 acerca do sistema de saúde pátrio.

Outro assunto abordado foi a inadequação da Lei de Responsabilidade Fiscal no campo da saúde. Conforme a especialista, essa lei impõe aos gestores uma obrigação de pouca exequibilidade, já que a saúde é essencialmente promovida por pessoas. Dessa maneira, o limite de gastos com pessoal nessa área deveria ser maior.

Ao final da exposição, alertou que a brecha contida no art. 199 da Constituição Federal que permite, nos casos ressaltados em lei, a

participação de empresas de capitais estrangeiros na assistência à saúde, demonstra que a lógica do mercado prevalece nesse campo, em detrimento da questão social.

A **Sra. Fabiola Sulpino Vieira**, iniciou a sua palestra apontando a demora na regulamentação da questão do financiamento da saúde no Brasil. Além de demonstrar que foram necessários doze anos para edição da Emenda à Constituição nº 29, de 2000, e mais doze anos para a sua regulamentação, por meio da Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, a expositora criticou o fato de os recursos adicionais aprovados para a saúde (como as emendas parlamentares) estarem incluídos no valor do piso mínimo de investimento.

Posteriormente, informou que, em 2014, investiu-se R\$ 216 bilhões em saúde, mas destacou que a maior parte das receitas provinha dos estados e municípios e que a participação da União estava diminuindo ao longo dos anos.

Outro ponto destacado pela expositora foi a possibilidade de redução do investimento na saúde em razão da Emenda à Constituição nº 86, de 2015. Conforme demonstrou, de 2016 a 2020, se fosse mantida a regra da Emenda à Constituição nº 29, de 2000, provavelmente a quantidade de recursos federais para a saúde seria maior. Ela ressaltou, porém, que o trabalho foi feito com base em projeções do IPEA.

A Sra. Fabiola Sulpino Vieira também fez várias estimativas acerca dos impactos da aprovação da PEC nº 1, de 2015. Para tanto, traçou 3 cenários: receita corrente líquida maior que o PIB, receita corrente líquida igual ao PIB e receita corrente líquida menor que o PIB.

Audiência Pública realizada em 17 de setembro, com a presença dos Senhores Luiz Soares Koury e José Luiz Dantas Mestrinho

O **Sr. Luiz Soares Koury** iniciou a sua palestra informando que hoje, no Brasil, há cerca de 6 mil hospitais, dos quais 1.753

são filantrópicos. Acrescentou que 42% das internações do SUS são feitas em hospitais filantrópicos, e que essas instituições empregam 140 mil médicos, além de criarem mais 480 mil empregos diretos.

Outro assunto abordado foi a defasagem da tabela do SUS. Para comprovar sua argumentação, apresentou um levantamento do reajuste de diversos produtos desde o início do Plano Real. Enquanto a tabela do SUS foi reajustada em 93,66%, a energia elétrica o foi em 962,19% e o gás em 1.025,12%. Também ofereceu dados que mostram que os custos das filantrópicas chegaram a R\$ 24,7 bilhões, e que as receitas pagas foram de R\$ 14,9 bilhões, perfazendo um déficit de R\$ 9,8 bilhões – dos quais já estão descontados os valores que as instituições usufruíram em isenções.

Quanto ao perfil do endividamento dos hospitais filantrópicos, esclareceu que 56,1% da dívida existente foi contraída com o sistema financeiro, 16,9% com fornecedores, 12% com impostos e contribuições, 6,8% com passivo trabalhista e 8,2% com salários atrasados.

Para demonstrar a repercussão negativa da falta de reajuste na estrutura das filantrópicas, alegou que o desequilíbrio entre o custo do serviço prestado ao SUS e a receita paga pelo Poder Público ensejava “crise permanente, endividamento crescente, pressão sobre orçamentos municipais, depreciação física e tecnológica, precarização das relações de trabalho, baixos salários e rotatividade, redução de leitos, fechamento de hospitais, incapacidade de respostas às necessidades da população, urgências e emergências superlotadas, imagem do segmento em constante risco e judicialização da saúde”.

Por fim, ressaltou que a participação da União no financiamento da saúde só havia diminuído nos últimos anos, bem como salientou que o gasto per capita dos planos de saúde é quase dez vezes superior ao do SUS (R\$ 2.107,01 contra R\$ 273,62), e que isso era um indício de que era necessário incrementar os recursos para a saúde pública.

O **Sr. José Luiz Dantas Mestrinho**, por sua vez, começou a sua exposição relembrando um pouco da história do Movimento

Saúde + 10. Em seguida, ressaltou a iniciativa do Deputado Vanderlei Macris, primeiro signatário desta PEC, de resgatar o intuito do movimento na proposição.

O expositor também tocou no assunto da redução da participação da União no financiamento da saúde. Demonstrou que, em 12 anos (de 2000 a 2012), a União reduziu a sua participação no orçamento da saúde de 59% para 45%. Também acrescentou que os gastos públicos de saúde no Brasil são muito pequenos, se comparados aos de outros países, como o Reino Unido, a França e até mesmo a Argentina, e demonstrou insatisfação com a redução do orçamento da saúde como medida de enfrentamento da crise.

Na palestra, o Sr. José Luiz ainda mencionou que as etapas do Programa de Aceleração do Crescimento para a saúde haviam fracassado, pois não atingiram as metas. Segundo informou, apenas 26% das ações foram concluídas.

Ao final, alertou que o País tem poucos leitos para 1000 habitantes (2,3), número baixo, se comparado à média mundial (2,7), bem como demonstrou uma listagem de perdas para a saúde pública provenientes do subfinanciamento e da conseqüente má remuneração dos procedimentos.

Audiência Pública realizada em 24 de setembro, com a presença das Senhoras Goretti Reis e Fábria Almeida Richter

A **Senhora Goretti Reis** estreou a sua palestra agradecendo a oportunidade de participar da reunião e defendendo o SUS. Mostrou, também, como era a proposta de financiamento da saúde no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

Em seguida, explicou o intuito da PEC em análise e apresentou projetos que tramitaram ou tramitam na Casa acerca do assunto. Destacou o resultado da EC 86, de 2015, que estipulou que, até 2018, atingir-

se-ia o piso obrigatório para a União de 15% da Receita Corrente Líquida, o que, segundo ela, correspondia a apenas 8% da Receita Corrente Bruta. Criticou, também, que, com essa alteração constitucional, os recursos advindos das emendas parlamentares para a saúde passariam a fazer parte do piso, o que, na prática, retirava do gestor a possibilidade de aplicar o dinheiro nas áreas demandadas e dava ao parlamentar a possibilidade de arbitrar o destino dos recursos. Também reprovou o processo de judicialização da saúde, por dificultar o planejamento do uso dos recursos.

Informou, com base em números da Organização Mundial de Saúde, que os gastos com a saúde têm sido crescentes no mundo. Em 1997, 8% do PIB mundial, o que equivale a 3 trilhões, eram aplicados em saúde. Já em 2009, o valor havia subido para 9,4% do PIB mundial. No âmbito da OCDE, apresentou a previsão segundo a qual, em 2020, os países membros estariam investindo 16% do PIB em saúde.

Destacou, também, que os municípios estavam sofrendo sobrecarga. Para demonstrar esse fato, apresentou quadro que deixa claro o aumento dos recursos humanos municipais em saúde, em detrimento dos estados e da União. Ressaltou, ainda, a redução real da participação da União no financiamento ao longo dos anos. Para tanto, informou que o investimento per capita público no ano de 2014 foi de R\$ 1.069,80. Enfatizou, no entanto, que, de 2002 a 2014, esse valor variou em 293,11%. Dessa variação, a parcela federal correspondeu a 221,11% e a estadual e municipal somada representou 371,28%.

Ao citar as problemáticas do SUS, deixou claro que o Brasil já tem uma carga tributária de 37% do PIB e que não é viável adicionar mais despesas públicas às já existentes.

Ao final, explicitou que levantamento realizado em 2014, encomendado ao Datafolha pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Paulista de Medicina, após entrevistar 2.418 pessoas, revelou a percepção dos brasileiros acerca da saúde e do SUS. De acordo com os resultados, os serviços públicos e privados de saúde no Brasil são considerados regulares, ruins ou péssimos por 93% da população. Sobre a

qualidade dos serviços, 70% dos que buscaram o SUS disseram estar insatisfeitos e atribuíram avaliações que variam de péssimo a regular. O levantamento também mostrou que os principais problemas enfrentados pelo setor incluem filas de espera, acesso aos serviços públicos e gestão de recursos. De acordo com o estudo, a saúde é apontada como a área de maior importância para 87% dos brasileiros. Para 57%, o tema que deve ser tratado como prioridade pelo governo federal. Na opinião de quase 60% dos entrevistados, o SUS não tem recursos suficientes para atender bem a todos, de forma equânime.

Para concluir, citou uma manifestação do falecido ex-Ministro da Saúde Adib Jatene, segundo o qual “aos 21 anos, o Sistema Único de Saúde (SUS) vive um 'paradoxo'. É gratuito e aberto a todos, mas tem menos dinheiro do que a iniciativa privada gasta para atender menos gente. Em nenhum outro país é assim, segundo a OMS. Despesa estatal brasileira é um terço menor do que a média mundial. Para especialistas, SUS exige mais verba. 'Orçamento precisa dobrar”.

Já a **Sra. Fábria Almeida Richter** iniciou a sua palestra ressaltando que, apesar de a responsabilidade pela saúde ser de todos os entes federados, é nos municípios que ocorre a cobrança do cidadão pelos seus direitos. Segundo mencionou, “é no município que tudo acontece”. Esclareceu como é feita a distribuição de responsabilidades a cada ente (atenção básica, competência municipal; média e alta complexidade, competência dos Estados e da União). Destacou, também, a importância e a necessidade da flexibilização dos investimentos em saúde, concedendo mais força ao gestor.

Em seguida, afirmou que as disposições constitucionais e legais acerca da saúde são avançadas, mas que a aplicação prática dos direitos não é eficiente. Demonstrou que, embora a Emenda nº 29, de 2000, e o seu regulamento, a Lei Complementar nº 141, de 2012, tenham trazido inovações importantes para o financiamento da saúde, não previram a vinculação de percentual a ser investido pela União. Acrescentou que, em virtude desse fato, progressivamente o município tem assumido a execução

dos Programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde e, mesmo sendo o ente que menos arrecada tributos, compromete cada vez mais as suas receitas com Saúde, aplicando em média 22% (acima dos 15% estabelecidos na Constituição Federal).

Consecutivamente, demonstrou, com base nos valores pretéritos investidos em saúde pela União, como o estabelecimento do piso de investimento em 10% da receita corrente bruta traria mais recursos para a saúde. Em 2014, por exemplo, a União aplicou cerca de R\$ 94 bilhões em saúde. Se vigesse a regra dos 10% da receita corrente bruta naquele ano, o valor chegaria a aproximadamente R\$ 137 bilhões.

Por fim, recomendou a elaboração de estudos, em função de cenários da Receita Corrente Líquida, para melhor compreensão das potencialidades da PEC nº 1, de 2015.

I.f - A Necessidade de Ampliação do Financiamento da Saúde

O aumento do gasto público em saúde é uma necessidade. De acordo com o ex-Ministro da Saúde José Gomes Temporão, em palestra feita no Seminário CONASS, em 2013, 70% da população brasileira depende exclusivamente do SUS (150 milhões de pessoas) para seus cuidados de saúde, enquanto 30% possuem coberturas privadas, mas **também** se utilizam do SUS para serviços como transplantes, medicação de alto custo, atendimentos de emergência, vacinas, tratamento da Aids, entre outros.

Nesse contexto, é preciso esclarecer que o trabalho do SUS não se restringe ao atendimento da população necessitada nas unidades de saúde. Mais do que isso, esse sistema promove ações e serviços que abrangem todos os cidadãos brasileiros. Apenas a título de ilustração, informamos que é o SUS que custeia cirurgias complexas de transplantes de órgãos, distribui medicamentos – inclusive de alto custo-, controla epidemias,

promove ações de vigilância sanitária e de saúde do trabalhador, entre tantas outras atividades.

O aumento dos recursos para o SUS não significa, todavia, que as iniciativas de melhoria da gestão devam cessar. Prova disso é que, em 2013, a "Bloomberg", complexo norte-americano de empresas de comunicação, que tem por objetivo oferecer instrumentos para análises do mercado de ações, títulos financeiros e valores, entre outros, mediu, em levantamento, a eficiência dos serviços de saúde em 48 países.

Para o cálculo, os especialistas utilizaram-se de informações das bases de dados do Banco Mundial, Fundo Monetário Internacional e Organização Mundial de Saúde, que indicaram critérios de expectativa de vida, média do custo do serviço de saúde e percentual desse custo em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) per capita de cada país. O Brasil teve a pior classificação de todo o grupo, ficando na 48ª posição.

Vê-se, assim, que a questão do financiamento do SUS tem de ser analisada sob dois prismas: o da quantidade de recursos e o da qualidade do gasto. **Esta PEC visa a solucionar o primeiro problema.**

Os gastos com saúde crescem significativamente com o passar do tempo. As populações têm ficado cada vez mais longevas, o que leva à transição demográfica. Com o envelhecimento populacional, os dispêndios com saúde aumentam, pois, por uma questão fisiológica, a média dos idosos, em geral, apresenta mais moléstias e intercorrências que a média dos jovens. De acordo com dados recentes do IBGE, a expectativa média de vida é de 74,9 anos, e os idosos representam 10,8% da população. Isso enseja outra transição: a epidemiológica. Além das doenças infecciosas emergentes e reemergentes, têm-se destacado as doenças crônicas, cujo gasto para o tratamento costuma ser alto.

Na audiência pública realizada em 10 de setembro, a Sra. Ana Maria Costa, do Cebes, corroborou essa informação, ao mencionar que o cenário futuro da saúde era complexo, em razão de diversos fatores, como o envelhecimento populacional e a expansão das doenças crônicas. Informou

que, em 15 anos, haveria necessidade de pelo menos 37% a mais de investimento em saúde, para fazer frente a essas situações, que demandariam adaptações, como a ampliação da política de atendimento domiciliar a idosos.

Acerca do aumento da demanda de recursos na saúde, a Senhora Goretti Reis também informou, na audiência pública realizada em 24 de setembro, com base em números da Organização Mundial de Saúde, que os gastos com a saúde têm sido crescentes no mundo. Em 1997, 8% do PIB mundial, o que equivale a 3 trilhões, eram aplicados em saúde. Já em 2009, o valor havia subido para 9,4% do PIB mundial. No âmbito da OCDE, apresentou a previsão segundo a qual, em 2020, os países membros estariam investindo 16% do PIB em saúde.

A transição alimentar também impactou seriamente os orçamentos. Em 1975, 3% da população era obesa. Em 2013, a parcela da população nessa condição era de 17,9%. De acordo com o Ministério da Saúde, as doenças relacionadas à obesidade custam R\$ 488 milhões todos os anos aos cofres públicos. Aproximadamente 25% desse valor destinam-se a pacientes com obesidade mórbida.

Some-se a isso o fato de cada vez mais cidadãos recorrerem à Justiça para receber do Estado medicamentos e tratamentos a que não tiveram acesso na rede pública, num processo denominado pelos especialistas de “judicialização da saúde”.

Com isso, os entes são obrigados a dispor de recursos sem planejamento prévio, o que acaba por desorganizar o seu orçamento já tão contingenciado, de modo que os gestores ficam impedidos de direcionar seus esforços para um modelo focado na solução de necessidades básicas e serviços de prevenção da população – ideia base do SUS.

Acerca desse último assunto, é importante enfatizar que o Sr. João Gabbardo dos Reis, Presidente do CONASS, ressaltou, na audiência pública realizada no dia 3 de setembro, que, no Rio Grande do Sul, havia bloqueios junto à Secretaria da Fazenda em razão de decisões judiciais que superavam a cifra de R\$ 12 milhões de reais por mês, que perfaziam cerca de

R\$ 250 milhões de reais por ano. A Senhora Goretti Reis, Deputada Estadual do Sergipe, na audiência pública realizada no dia 24 de setembro, também ressaltou o fato de a judicialização dificultar a capacidade de planejamento do gestor local.

Se isso não bastasse, os novos tempos trouxeram um constante processo de incorporação tecnológica, com insumos de alto custo. Nesse cenário, os prestadores de serviço e o complexo industrial da saúde pressionam pela adoção de tecnologias inovadoras – muitas vezes de valor exorbitante.

No entanto, apesar dessa demanda crescente por recursos, dados da [Organização Mundial de Saúde](#) comprovam que o governo brasileiro investe menos na saúde dos cidadãos do que a média mundial. No País, 47,5% dos recursos investidos na saúde vêm do Estado e 52,5% das famílias. A diferença existente entre o investimento brasileiro e o de outros países com serviços nacionais de saúde (ordenados por sistemas estatais e financiados com recursos fiscais) é gritante. Enquanto o Estado brasileiro investiu US\$ 523 (dólares americanos) per capita em 2013, a Dinamarca investiu US\$ 5,3 mil, a Suécia US\$ 4,6 mil e o Reino Unido US\$ 3 mil. Os Estados Unidos, que apresentam um modelo liberal de sistema de saúde, em que predomina o gasto privado, investiram US\$ 4,3 mil por pessoa. Vê-se, assim, que o Brasil apresenta uma composição de gasto em saúde incompatível com o de um sistema público universal.

Importante salientar que, na audiência pública realizada no dia 24 de setembro, a Senhora Goretti Reis informou que o investimento per capita público no ano de 2014 foi de R\$ 1.069,80. Destacou, no entanto, que, de 2002 a 2014, esse valor variou em 293,11%. Dessa variação, a parcela federal correspondeu a 221,11% e a estadual e municipal somada representou 371,28%.

Esses dados também foram enfatizados pelo Sr. José Luiz Dantas Mestrinho, na audiência pública realizada no dia 17 de setembro. O palestrante informou que os gastos públicos de saúde no Brasil são muito pequenos, se comparados aos de outros países, como o Reino Unido, a

França e até mesmo a Argentina, e também demonstrou insatisfação com a redução do orçamento da saúde como medida de enfrentamento da crise.

E essa situação gera descontentamento na população. Num levantamento divulgado em dezembro de 2012 pela Confederação Nacional do Transporte, cada entrevistado apontou as duas áreas que mais precisavam melhorar no Brasil. A resposta mais ecoada foi “saúde”, citada por 87,4% das pessoas.

Outra investigação, realizada em 2014, e enfatizada pela Senhora Goretti Reis na audiência pública de 24 de setembro, teve resultados semelhantes. A pesquisa, encomendada ao Datafolha pelo Conselho Federal de Medicina e pela Associação Paulista de Medicina, após entrevistar 2.418 pessoas, revelou a percepção dos brasileiros acerca da saúde e do SUS.

De acordo com os resultados, os serviços públicos e privados de saúde no Brasil são considerados regulares, ruins ou péssimos por 93% da população. Sobre a qualidade dos serviços, 70% dos que buscaram o SUS disseram estar insatisfeitos e atribuíram avaliações que variam de péssimo a regular. O levantamento também mostrou que os principais problemas enfrentados pelo setor incluem filas de espera, acesso aos serviços públicos e gestão de recursos. De acordo com o estudo, a saúde é apontada como a área de maior importância para 87% dos brasileiros. Para 57%, o tema que deve ser tratado como prioridade pelo governo federal. Na opinião de quase 60% dos entrevistados, o SUS não tem recursos suficientes para atender bem a todos, de forma equânime.

Diante do exposto, fica claro que é preciso aumentar os recursos em saúde no País. Para tanto, podem-se adotar diversas posturas.

Uma delas é o incremento da tributação, mecanismo que foi bastante utilizado ao longo da história pátria. Porém, essa medida tem de ser analisada com muito comedimento, pois, atualmente, a cobrança de tributos dos cidadãos já é demasiada. De acordo com pesquisa do Instituto Assaf, que analisa a carga tributária brasileira com base nos dados do Impostômetro da Associação Comercial de São Paulo, a carga tributária per

capita anual cresceu 277,3% entre 2000 (quando era de R\$ 2.086,21) e 2013, quando chegou a R\$ 7.872,14. Assim, utilizar-se dessa via para aumentar a disponibilidade de dinheiro para a saúde pode representar, em primeira análise, uma medida penosa para os cidadãos e para os setores produtivos, que teriam de aumentar o valor de seus produtos e, conseqüentemente, perderiam competitividade nas transações internacionais.

A Senhora Goretti Reis, na audiência pública realizada em 24 de setembro de 2015, ao citar as problemáticas do SUS, deixou claro que o Brasil já tem uma carga tributária de 37% do PIB e que não é viável adicionar mais despesas públicas às já existentes.

Outra maneira é aumentar o piso de investimento da União – ente federado que mais arrecada impostos. Nos próximos capítulos, defenderemos a viabilidade desta medida, que representa o objeto desta PEC.

I.g – Financiamento da Saúde

O modelo de saúde insculpido na Constituição estabeleceu para o Estado o dever de ampliar o acesso a serviços de saúde a “*todos os brasileiros*” e de garantir a integralidade, inclusive em relação à assistência^{1e2}. A “*universalidade*”, em termos de direito e de exercício da cidadania, conferiu a garantia de acesso às ações e serviços de saúde a quem delas precisar e a “*integralidade*” atribuiu ao SUS o atendimento de qualquer agravo ou patologia, em todos os níveis de complexidade.

Portanto, ampliou as demandas e, conseqüentemente, a pressão sobre os gastos públicos, sem que houvesse à época garantia de recursos em volume adequado e suficiente para atender às novas necessidades. Colocava-se assim o desafio de redirecionar parcela significativa

1 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, conforme art. 7º da Lei nº 8.080, de 1990.

2 Constituição: Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

“Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: 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.

de recursos e de criar novas fontes de financiamento para ampliar a cobertura de ações e serviços de saúde para toda a população brasileira.

Dessa forma, a questão do financiamento da saúde no período pós-Constituição de 1988 (CF/1988) tem representado um ponto nevrálgico de discussão.

Início do Financiamento

A princípio, consideraram-se recursos do SUS os advindos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), acrescidos de outros oriundos dos tesouros nacional, estaduais e municipais (art. 198, caput e §1º da CF)³. Portanto, o financiamento da saúde é da corresponsabilidade das três esferas de governo.

A primeira referência do quanto deveria ser empregado para o financiamento do SUS foi feita no art. 55 do ADCT, ao prever que – enquanto não aprovada a lei de diretrizes orçamentárias (LDO) – trinta por cento (30%), no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego (art. 239), fossem destinados à saúde⁴.

No entanto, essa vinculação foi temporária. O texto constitucional deixou ao arbítrio dos Poderes Executivo e Legislativo a definição do percentual de recursos da União para a saúde para os anos seguintes. A cada nova LDO, um valor diferente poderia ser proposto.

No âmbito dos estados, municípios e Distrito Federal, a realidade era semelhante: a CF/1988 determinava a sua participação no financiamento do SUS, mas não estabelecia um parâmetro fixo para tanto. Com isso, as incertezas só aumentavam.

³ “Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: (...) § 1º O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.”

⁴ “Art. 55. 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.”

A partir de 1993, as contribuições previdenciárias⁵ deixaram de ser repassadas à saúde em virtude dos desequilíbrios que se afiguravam nas contas da previdência social. A saúde deixou de contar com o repasse dos recursos da contribuição social de empregadores e empregados e, com a Emenda Constitucional nº 20, de 1998, que modificou o art. 167, XI, foi constitucionalmente vedada a utilização dos recursos provenientes das contribuições sociais de que trata o art. 195, I, a, e II, para a realização de despesas distintas do pagamento de benefícios do regime geral de previdência social.

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

Portanto, o Setor deixou de contar com os recursos da contribuição social de empregadores e empregados desde 1993, que passaram a ser destinados exclusivamente à previdência social. Para cobrir a falta desses recursos, o setor chegou a realizar empréstimos junto ao Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT).

A CPMF

Depois de longos debates sobre o financiamento da saúde, já na gestão do Ministro Adib Jatene, a solução encontrada pelo Congresso Nacional para atenuar os problemas financeiros na área foi a criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira –CPMF, que vigorou de 1997 a 2007 (CPMF)⁶. Configurar o tributo como contribuição social era

⁵ Contribuição dos Empregadores e dos Trabalhadores para a Seguridade Social.

⁶ A origem da CPMF está na Emenda Constitucional nº 3, de 1993, cujo art. 2º autorizou que lei complementar instituisse o chamado Imposto Provisório sobre Movimentação Financeira – IPMF até 31 de dezembro de 1994, fixando alíquota máxima de

fundamental no equacionamento do problema, tanto para encurtar o prazo de início da cobrança do tributo (noventena), quanto para evitar questionamentos jurídicos em relação à vinculação do produto da arrecadação integralmente ao Fundo Nacional de Saúde.

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

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

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

Como mencionado, na origem, a CPMF foi instituída para custeio de ações e serviços públicos de saúde. Todavia, com o advento da EC nº 21, de 1999, a Contribuição passou também a financiar o pagamento de

0,25%. A arrecadação do IPMF foi iniciada em 26 de dezembro de 1993, mas foi suspensa no período de 15 de setembro a 31 de dezembro de 1993 por liminar em Ação Direta de Inconstitucionalidade. O imposto voltou a ser cobrado a partir de 1º janeiro de 1994 e vigorou até 31 de dezembro do mesmo ano. A arrecadação do IPMF é apenas residual sobre movimentação financeira gerados em 1994

aposentadorias e pensões a cargo do INSS e ações de combate e erradicação da pobreza⁷.

A arrecadação da CPMF sujeitava-se à regra geral de desvinculação de 20% tratada no próximo item. É oportuno ressaltar, no entanto, que a parcela da arrecadação da CPMF destinada ao Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza não se submeteu à citada desvinculação em decorrência da vigência da DRU, por disposição expressa da Emenda Constitucional que instituiu aquele Fundo⁸.

Vale lembrar que no primeiro ano de vigência ficou evidenciado que a criação da contribuição não era, por si, garantia de maiores recursos para a Saúde, uma vez que outras fontes, que financiavam tradicionalmente o setor, passaram a ser usadas para outras áreas.

Essa constatação, facilmente visualizada no gráfico abaixo, fez com que o Congresso Nacional inserisse nas LDOs, a partir de 1998 (Lei nº 9.473, de 1997), regra em que se fixava valor mínimo de aplicação em saúde, tendo por base a dotação autorizada no exercício anterior⁹. Essa regra permaneceu até a LDO 2000 (Lei nº 9.811, de 1999), após o que passou a vigorar aquela traçada pela EC nº 29, de 2000.

Gráfico I

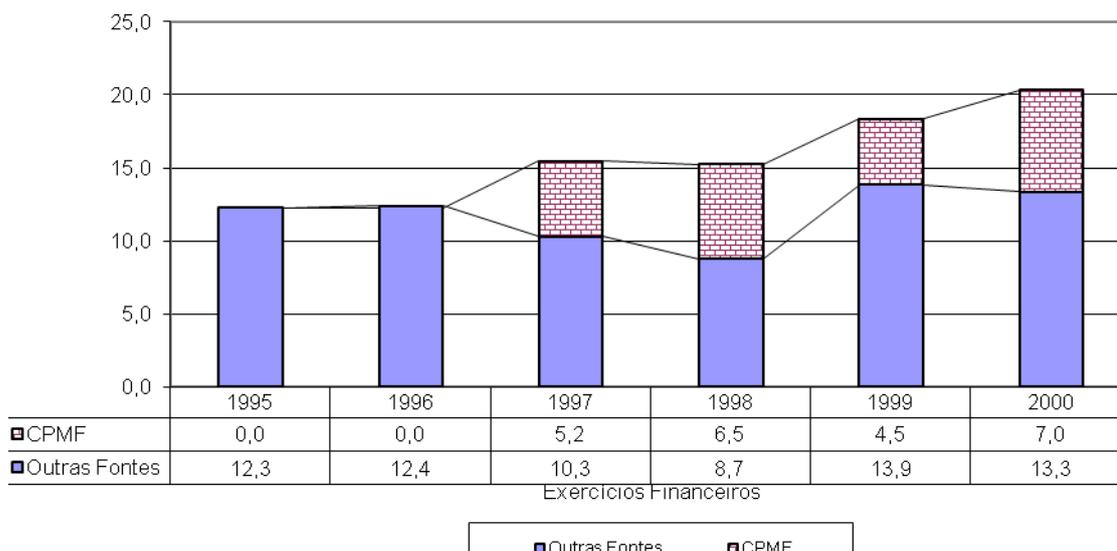
⁷ Da alíquota de 0,38% cobrada pela CPMF, 0,20% era destinada à saúde; 0,10%, à Previdência e 0,08%, ao Combate e Erradicação da Pobreza.

⁸ Emenda Constitucional nº 31/2000

⁹ Com efeito, na LDO 1998 (Lei nº 9.473/1997), foi inserido o seguinte dispositivo: “Art. 37 No exercício de 1998 serão aplicados, em ações e serviços de saúde, no mínimo, recursos equivalentes aos autorizados em 1997.”

Gastos Federais com Ações e Serviços Públicos de Saúde - 1995 a 2000

Valores em R\$ bilhão



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

Desvinculação de Receitas da União (DRU)

No ano 2000, com a EC nº 27, foi criada a chamada Desvinculação de Receitas da União (DRU), que sucedeu antigos Fundos (Fundo Social de Emergência e do Fundo de Estabilização Fiscal)¹⁰ e estabeleceu que seria desvinculado de órgão, fundo ou despesa, no período de 2000 a 2003, vinte por cento (20%) da arrecadação de impostos e

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

contribuições sociais da União, excetuando-se apenas a arrecadação oriunda da contribuição social do salário- educação (art. 76 ADCT).

No ano de 2003, por meio da EC nº 42, a DRU foi prorrogada até o ano de 2007, quando foi também agregada a Contribuição de Intervenção do Domínio Econômico – CIDE- como receita passível de desvinculação. Em 2007, a EC nº 56 promoveu nova prorrogação até 2011 e a EC nº 68 aprovou a dilação da vigência até o exercício de 2015.

De acordo com as regras impostas, a desvinculação de receitas da União incidiu sobre tributos destinados a financiar serviços públicos, como saúde, educação e trabalho. Dessa forma, um dos efeitos da DRU seria transferir recursos do orçamento da seguridade social para o orçamento fiscal da União. No entanto, tendo em vista a EC nº 29, de 2000, prever a obrigação de aplicação de montante mínimo – independentemente da origem dos recursos -, a partir da vigência da Emenda Constitucional da Saúde a desvinculação não afetou a aplicação no Setor.

Emenda Constitucional nº 29, de 2000 (Emenda Constitucional da Saúde)

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

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

I - no caso da União:

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

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

II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157

e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e III - no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.

A EC nº 29, de 2000, definiu a origem dos recursos que financiariam os entes subnacionais (art. 198, §2º, II e III, da CF) e previu a edição periódica de lei complementar para revisar os percentuais de vinculação dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde por parte dos entes federados, estabelecer os critérios de rateio e a fiscalização e controle dos recursos (art. 198, §3º, da CF)¹¹.

Assim, com a edição da EC nº 29, de 2000, foram estabelecidos níveis mínimos de aplicação de recursos na saúde por parte das três esferas de governo. A própria Constituição definiu as bases de incidência dos recursos a serem aplicados por Estados e municípios e determinou que lei complementar estabelecesse os respectivos percentuais, assim como a base de apuração e o percentual a ser aplicado pela União.

Previu ainda regra transitória para regular a aplicação mínima até a vigência da mencionada lei complementar. Segundo o art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), Estados e Municípios seriam obrigados a investir, no mínimo, 12% e 15% de suas receitas próprias, respectivamente; e a União deveria gastar o correspondente ao empenhado no ano anterior, acrescido da variação do Produto Interno Bruto – PIB nominal.

Tal regra transitória deveria ser aplicada somente até 2004. Porém, em face da não aprovação da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, da CF, a aplicação federal em saúde continuou sendo realizada

¹¹ Constituição. Art. 198 (...) § 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I - os percentuais de que trata o § 2º;

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

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

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

com base na disposição provisória até o advento da Lei Complementar nº 141, de 2012 (art. 77, I, “b”, e § 4º do ADCT)¹².

Não obstante os dispositivos da EC nº 29, de 2000, serem autoaplicáveis, desde logo ficou evidenciada a necessidade de haver esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar a perfeita aplicação pelos agentes públicos. A precariedade na definição de ações e serviços públicos de saúde ensejou questionamentos acerca das despesas que estavam sendo computadas no piso, sem que representassem efetivamente gastos com saúde¹³.

Lei Complementar nº 141/2012: a Regulamentação da EC nº 29/2000

Após doze anos da promulgação da EC nº 29, de 2000, o país passou a contar com a regulamentação da Emenda Constitucional da Saúde. A norma manteve, em grande parte, o entendimento do Conselho

¹² Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

(...)

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

(...)

§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000).

¹³ **Bolsa-Família**: embora constitua ação de transferência de renda às famílias em situação de extrema pobreza – portanto, de caráter tipicamente assistencial –, parte dos recursos a ela destinados foram alocados no orçamento do Ministério da Saúde e computados no piso de aplicação em saúde. Com isso, cerca de R\$ 3,3 bilhões reservados à saúde acabaram, no período de 2003 a 2005, financiando ação de assistência social. Essa situação foi sanada com a decisão da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização - CMO, no processo orçamentário de 2006, de centralizar no Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS toda a dotação destinada à Bolsa-Família; **Saneamento em municípios com mais de 30 mil habitantes**: a partir de 2004, diversas ações que estavam a cargo da extinta Secretaria de Desenvolvimento Urbano – SEDU, atual Ministério das Cidades, foram transferidas para o Ministério da Saúde. Nessa situação encontram-se todas aquelas do programa Serviços Urbanos de Água e Esgoto, com exceção das voltadas a melhorias sanitárias, abastecimento d’água e coleta e tratamento de esgoto em municípios com população de até 30 mil habitantes, que tradicionalmente já faziam parte da programação da Saúde. Os gastos com essas ações, no período de 2004 a 2006, foram de R\$ 602,1 milhões, podendo o montante ser ainda maior, haja vista que na ação genérica saneamento básico para controle de agravos, que atende qualquer município – acima ou abaixo de 30 mil habitantes – foram investidos no mesmo período recursos da ordem de R\$ 403,7 milhões; **Farmácia Popular**: tendo em vista os medicamentos desse programa serem colocados à disposição da população mediante venda a preços subsidiados, havia entendimento de que não devia integrar o piso da saúde, por ferir os princípios da universalidade e da equidade insculpidos na Constituição. Ademais, seria excludente, na medida em que não atenderia a parcela mais carente da população, a qual, por não dispor de recursos, não teria condições de comprar medicamentos, mesmo a preços baixos. O gasto do Ministério da Saúde com esse programa, no período de 2004 a 2006, foi de R\$ 227,1 milhões; **Saúde Suplementar**: por não atenderem também aos princípios constitucionais da universalidade e equidade que devem nortear o Sistema Único de Saúde (SUS), os gastos afetos à saúde suplementar computados no piso da saúde tem sido também questionados, visto estarem voltados precipuamente para a regulação das operadoras de planos privados de saúde e suas relações com prestadores e consumidores. O total gasto com essas ações, no período de 2000 a 2006, foi de aproximadamente R\$ 499,8 milhões.

Nacional de Saúde¹⁴, mas definiu explicitamente o que deveria ser considerado como “ações e serviços públicos de saúde-ASPS”.

Essa definição legal é fundamental para a aplicação do piso constitucional. Somente a partir da delimitação do que pode ser considerado ASPS é possível conferir eficácia à EC nº 29, de 2000, e definir um mínimo de financiamento permanente para o setor. Afinal, o estabelecimento de percentuais de aplicação mínima - sem delimitação do núcleo básico do sistema (do conjunto de ações e serviços públicos de responsabilidade exclusiva do setor saúde) -, não garante a aplicação da EC nº 29, de 2000, uma vez que cada ente federado continuaria podendo realizar despesas naquilo que considerasse saúde.

Nesse sentido, pode-se dizer que a LC nº 141, de 2012, introduziu um componente qualitativo na análise do gasto de saúde, com a fixação de regras, diretrizes e condições para identificação de despesas passíveis de serem consideradas como “ações e serviços públicos de saúde”.

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

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

Movimento Saúde + 10

¹⁴ Resolução CNS nº 322, de 2003

Diante dessa situação, setores da sociedade civil se organizaram, sob a designação de Movimento Saúde + 10, para fazer chegar ao Congresso Nacional pleito por ampliação dos recursos para o Sistema Único de Saúde.

O Movimento Saúde + 10 teve início em reunião histórica na sede do Conselho Federal de Psicologia, na capital federal, em março de 2012. De natureza suprapartidária e objetivos apolíticos, o movimento surgiu para exigir a definitiva priorização do direito à saúde, para o devido cumprimento dessa prerrogativa, com qualidade, nos moldes integrais, universais e igualitários.

De fato, entidades de diversos segmentos, intelectuais e gestores de todo o País se uniram em torno desse objetivo e buscaram a adesão de cidadãos que apoiassem a ideia. A coordenação nacional inicial do programa foi composta por representantes da Ordem dos Advogados do Brasil, Associação Médica Brasileira, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Fórum Sindical dos Trabalhadores, Força Sindical, Confederação Nacional dos Trabalhadores em Saúde, Federação Nacional dos Farmacêuticos, Pastoral da Saúde, Conselho Nacional de Saúde e Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

Foram coletadas e auditadas, ao todo, **1.896.592** assinaturas numa sugestão de minuta que, nesta Casa, converteu-se no Projeto de Lei Complementar (PLP) nº 321, de 2013 (apensado ao PLP nº 123, de 2012).

Não se pode deixar de ressaltar que, na audiência pública realizada no dia 3 de setembro, o Sr. Ronald Santos informou que, após a entrega da sugestão legislativa nesta Casa, mais cidadãos aderiram à causa, principalmente no estado de Minas Gerais. No total, o Movimento chegou ao impressionante montante de **2.146.670** assinaturas.

Evento da entrega das assinaturas colhidas pelo Movimento Saúde + 10



Esse PLP, em razão de sua origem intrinsecamente popular e de seu pleito incontestavelmente meritório, teve excelente recepção na Câmara dos Deputados. A proposta pleiteava a alteração da Lei Complementar nº 141, de 2012, de forma a fixar a “*receita corrente bruta*” como base de cálculo do montante a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde e a estabelecer o percentual mínimo de 10% sobre a citada base como mínimo de aplicação no Setor.

A Emenda Constitucional nº 86, de 2015

Apesar de toda a mencionada mobilização popular, a alteração constitucional promovida em 2015 pôs fim às expectativas do Movimento Social. A Emenda à Constituição (EC) nº 86, de 2015, não só instituiu o chamado Orçamento Impositivo - com a garantia de execução de emendas individuais ao orçamento -, como também alterou a Emenda Constitucional da Saúde nos seguintes aspectos:

- ✓ revogação do dispositivo constitucional que delegava a lei complementar a fixação de normas para apuração do piso federal em saúde;
- ✓ fixação, na própria Carta Política, de base de cálculo e percentual mínimo de aplicação federal (receita corrente líquida do exercício e 15%); e
- ✓ vinculação de metade das emendas individuais ao orçamento a despesas com ASPS e obrigatoriedade de que sejam computadas no piso federal.

Portanto, a partir da EC nº 86, de 2015, a fixação de percentuais e de parâmetros de cálculo para apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pela União passou a exigir tratamento constitucional, e não mais de lei complementar. Inviabilizado o acolhimento da proposta popular, surge a presente proposta que reitera a vontade daqueles que foram às ruas pleiteando mais recursos para o Sistema Único de Saúde; porém, sob a forma de emenda à constituição, para adequá-la aos princípios constitucionais e à técnica legislativa.

Como mencionado anteriormente, a Emenda Constitucional da Saúde (EC nº 29, de 2000) estabeleceu “*bases de cálculo*” para apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas esferas subnacionais e delegou a lei complementar a competência para determinar a forma de apuração do piso constitucional da União e os percentuais a serem utilizados para cálculo dos recursos mínimos de Estados e Municípios.

Determinou ainda que, na ausência da lei complementar, seriam aplicados os percentuais de 12% e 15% respectivamente para Estados e Municípios. Para a União, foi prevista regra transitória, também constante do ADCT, determinando a aplicação anual de montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior acrescido do percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto.

Evolução dos Gastos de Saúde

A Emenda Constitucional da Saúde entrou em vigência em 2000, momento em que a União respondia por parcela majoritária dos recursos destinados ao Setor. Desde então, a participação federal vem decrescendo (Piola¹⁵), o que pode ser constatado a partir dos dados relacionados na Tabela I, com a participação da União chegando a 42% em 2014.

Em que pese o crescimento nominal das despesas federais verificado entre 2000 e 2014 (crescimento de R\$ 20,4 bilhões para R\$ 91,9 bilhões), percebe-se a redução da participação relativa da União ao longo do período, em relação aos entes subnacionais. No ano de 2000, a União respondia por aproximadamente 59% do gasto público; contudo, essa participação foi reduzida, chegando a 43%, em 2008, e 42%, em 2014. Por sua vez, a participação dos demais entes federados aumentou, de 20% para 26%,

¹⁵ Piola, Sérgio Francisco. Artigo “Estruturas de financiamento e gasto do sistema público de saúde”, que serviu de base para a publicação “A Saúde no Brasil em 2013 Diretrizes para a Prospecção Estratégica do Sistema de Saúde Brasileiro para 2030”, Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro : Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012.

no caso de Estados, e de 21% para 31%, no caso de Municípios, entre 2000 e 2014¹⁶.

Tabela I
Evolução dos Gastos Públicos em Saúde e Participação Relativa

Entes Federados	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006		2007	
	R\$	%														
União	20,4	59	22,5	55	24,7	52	27,2	50	32,7	49	36,5	48	40,7	47	44,3	46
Estados	7,0	20	9,4	23	10,8	23	13,3	25	17,3	26	19,7	26	23,0	26	26,0	27
Municípios	7,4	21	9,3	23	12,0	25	13,8	25	16,4	25	20,3	27	23,6	27	26,4	27
Gasto Público Total	34,7	100	41,2	100	47,5	100	54,3	100	66,4	100	76,4	100	87,3	100	96,7	100

Entes Federados	2008		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
	R\$	%												
União	48,7	43	58,3	47	62,0	45	72,3	45	78,2	45	83,1	43	91,9	42
Estados	31,0	28	32,3	26	37,3	27	41,5	26	44,8	26	52,3	27	57,3	26
Municípios	32,5	29	34,5	28	39,3	28	46,0	29	52,0	30	59,9	31	67,4	31
Gasto Público Total	112,1	100	125,1	100	138,5	100	159,8	100	175,1	100	195,3	100	216,6	100

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais; e União: SIAFI 2000-2014. OBS: (1) Dados de Estados e Municípios: foram utilizadas as informações sobre despesa própria da análise dos balanços efetuada pela equipe do Siops; (2) Os dados referem-se apenas aos municípios que transmitiram em cada ano, que corresponde a uma média de 99% do total de municípios entre 2001 e 2009. Dados preliminares, ainda sujeitos a revisão com análise de balanço; (3) Dados da União: foram extraídos do SIAFI, Esfera Seguridade Social, Órgão Ministério da Saúde, segundo interpretação anterior à Lei Complementar nº 141, de 2012.

Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização da Câmara dos Deputados/Núcleo de Saúde

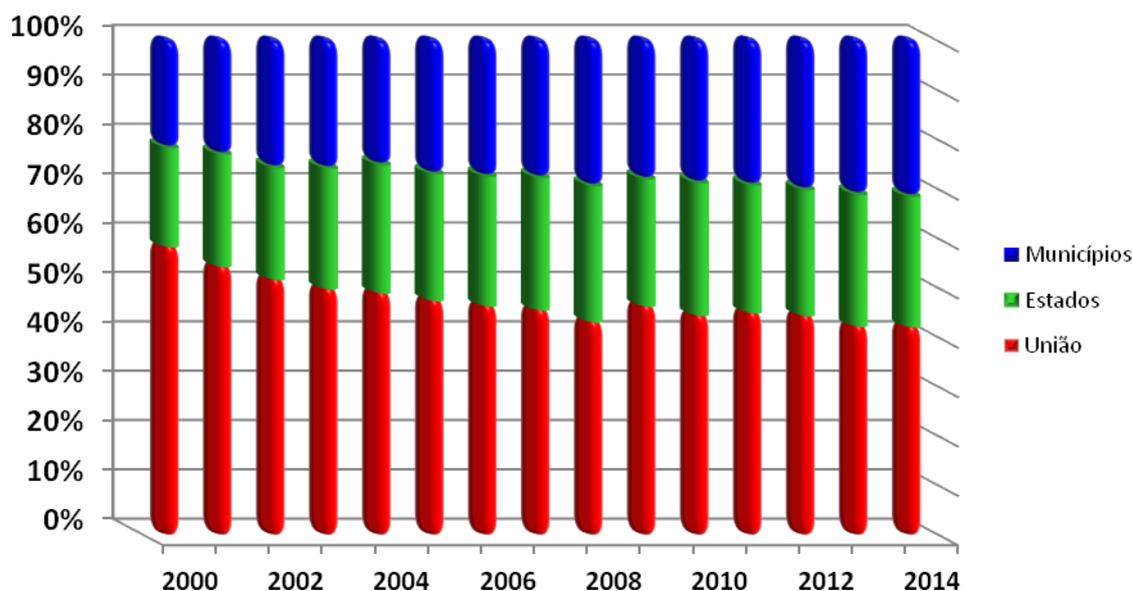
É ainda importante mencionar que a EC nº 29, de 2000, fixou regra de transição para a adequação de Estados e Municípios aos novos percentuais de aplicação em saúde, de forma que aqueles que estivessem aplicando percentuais inferiores aos previstos na emenda constitucional (12% para Estados e 15% para Municípios)¹⁷ pudessem elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004. Porém, mesmo tendo por base os gastos de 2004, verifica-se que os entes subnacionais financiaram 61% desse acréscimo, com aportes adicionais, sobretudo, dos municípios, cujo montante aplicado em 2004 correspondia a 25% do total de gasto públicos em saúde e, em 2014, foi ampliado para 31%.

¹⁶ Vide Nota Técnica nº 12, de 2013 – CONOF/CD - Publicada pela Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira da Câmara dos Deputados e intitulada “Financiamento da Saúde: Brasil e outros países com cobertura universal”. Disponível em <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2013/NTn12de2013FinanciamentodaSadeBrasilOutrosPasesV.Prel..pdf>. Acesso em 30/07/2013.

¹⁷ Conforme art. 77, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT).

Percebe-se, portanto, que houve ampliação real de gastos federais em saúde ao longo dos anos. Entretanto, proporcionalmente à participação dos entes subnacionais, a participação federal no financiamento do Sistema Único de Saúde foi sendo reduzida como se verifica no Gráfico 1.

Gráfico 1
Participação Relativa nos Gastos públicos em Saúde



A Participação Federal em Percentual do PIB e da Receita Corrente Líquida e Bruta

A redução da participação federal no Setor Saúde é percebida ainda em termos de comprometimento das Receitas Correntes e do Produto Interno Bruto (PIB).

Em 2000, o gasto da União com saúde equivalia a 14% da Receita Corrente Líquida (RCL) – ou 8,1% da Receita Corrente Bruta (RCB). Esses percentuais de comprometimento, porém, não foram mantidos nos anos subsequentes. Conforme dados constantes da Tabela II, a União chegou a aplicar menos de 12% da RCL nos exercícios de 2006 a 2008, e menos de 7% da RCB nos exercícios de 2005, 2007 e 2008.

No que tange à aplicação em saúde em termos de percentuais do PIB, verifica-se que, com exceção do exercício financeiro de

2009, que atingiu 1,80%, os demais exercícios alcançaram no máximo em 1,7%.

Tabela II

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

Ano	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
%ASPS/RCB	8,1%	7,8%	7,2%	7,1%	7,3%	6,9%	7,0%	6,7%	6,4%	7,5%	7,0%	7,0%	6,9%	6,8%	7,4%
% ASPS/RCL	14,0%	13,4%	12,3%	12,1%	12,4%	12,0%	11,8%	11,5%	11,4%	13,3%	12,4%	12,9%	12,7%	12,7%	14,3%
%ASPS/PIB (ano corrente)	1,7%	1,7%	1,7%	1,6%	1,7%	1,7%	1,7%	1,6%	1,6%	1,8%	1,6%	1,7%	1,7%	1,6%	1,7%

Fonte: RCB e RCL: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/component/content/article/49-contabilidade-publica/603-relatorio-resumido-de-execucao-orcamentaria>; PIB: <http://www.bcb.gov.br/?INDECO>. . Despesas com ações e serviços públicos de saúde: Siops/MS, <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

Legenda: RCB - Receita Corrente Bruta; RCL - Receita Corrente Líquida.

Elaboração: Consultoria de Orçamento e Fiscalização Financeira

Alternativas para Ampliação do Financiamento

Hoje os recursos mínimos a serem aplicados pela União em Saúde “*derivam da aplicação de percentual calculado sobre a receita corrente líquida federal*” (art. 198, §2º, I, da Constituição, com a redação da EC nº 86, de 2015). Por sua vez, o conceito de receita corrente líquida (RCL) compreende o somatório das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, transferências correntes e outras receitas também correntes, deduzidas no caso da União dos valores transferidos aos Estados e Municípios por determinação constitucional ou legal, e as contribuições afetas à participação do empregado e do empregador na previdência (cf. Lei de Responsabilidade Fiscal¹⁸).

Dessa forma, salvo poucas exceções afetas a recursos não pertencentes à União (como repartição tributária, FPM, FPE e outros), a RCL engloba todos os tributos federais, e a ampliação da arrecadação, seja por meio da majoração de exações existentes seja pela criação de novas, tende a ampliar esse somatório.

Diante da vinculação do piso federal à RCL, a criação de tributos – ainda que específicos e exclusivos para financiamento do Setor -,

¹⁸ Art. 2º, IV, da Lei Complementar nº 101, de 2000.

não garante acréscimo para a Saúde de montante equivalente à nova exação. Vale dizer, a criação de tributo, sem a ampliação do percentual da RCL, ampliaria o volume de recursos vinculados à Saúde como consequência natural da ampliação da base de cálculo, mantendo-se a mesma proporção da RCL, e o ingresso da nova fonte de recursos – representada pelo tributo criado – seria compensado pela retirada/diminuição de outras fontes que hoje financiam o Setor.

Assim, para efetivamente se priorizar a Saúde na alocação e na utilização dos recursos federais arrecadados, é necessária a ampliação do percentual previsto no inciso I do §2º do art. 198 da Constituição¹⁹. Como forma de compensar o aumento dessa participação da Saúde na RCL, há a possibilidade de se ampliar a arrecadação federal por meio do aumento de alíquotas de tributos já existentes ou da criação de novos, sem a necessidade de atrelá-los ao Setor.

Considerando esse quadro, verificamos que tramitam no Congresso Nacional centenas de proposições que possibilitariam o aumento da RCL, e conseqüentemente dos recursos destinados à Saúde. Dentre essas proposições salientamos as que: criam a tributação grandes fortunas; instituem contribuições de intervenção no domínio econômico sobre a produção de diversos produtos (bebidas, tabaco, e outros); criam novas faixas de imposto de renda Pessoa Física, instituem a tributação sobre a distribuição de lucros e dividendos das empresas, tributam as transações financeiras, ampliam a alíquota da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL), revisam a tributação sobre heranças, e revogam diversos benefícios tributários concedidos.

Vale a pena comentar que, dentre as diversas propostas, a tributação das grandes fortunas está prevista na Constituição desde a sua promulgação, no entanto, até a presente data não foi instituída.

¹⁹ Hoje, previsto em 15% para ser alcançado em 5 anos.

A Proposta de 19,4% da RCL

O “*Movimento Saúde +10*” pleiteava a aplicação federal em ações e serviços públicos de saúde de dez por cento da receita corrente bruta (RCB) da União. Entretanto, a partir da EC nº 86, de 2015, o cálculo dos recursos mínimos foi fixado em, no mínimo, quinze por cento da receita corrente líquida (RCL).

A PEC apresentada manteve o parâmetro da RCL, mas atualizou o percentual de forma a alcançar montante equivalente ao pleiteado originalmente pelo Movimento. Em nosso Substitutivo, ajustamos o percentual para valores conhecidos de 2014, propondo a utilização de 19,4%.

Em se considerando o exercício fechado de 2014, a aplicação de 19,4% da RCL teria significado a aplicação em ações e serviços públicos de saúde de R\$ 124,47 bilhões (ou 10% da receita corrente bruta), o que representa acréscimo de R\$ 32,57 bilhões em relação ao piso de 2014, como demonstrado na Tabela III .

Tabela III
Ajuste do Percentual para 19,4% da RCL

Valores em Bilhões de R\$

ITEM	Proposta de ASPS R\$	Equivalência em % da RCB (1)	Regra Anterior ASPS	Acréscimo
19,4% da RCL	124,47	10%	91,9	32,57

RCB: 1.243,3 bilhões e RCL: 641,6 bilhões, conforme demonstrativo da STN.

É importante mencionar que o percentual pleiteado pelo Movimento é o que permite recuperar a participação relativa da União existente ao fim da regra de transição imposta pela EC nº 29, de 2000, quando o governo federal respondia por aproximadamente 50% das despesas totais de saúde (cf. Tabela IV).

Tabela IV

Participação Relativa dos Entes Federados Segundo a Proposta

Valores em bilhões de R\$

Valores Aplicados em 2014			Proposta		
Entes Federados	R\$	%	Acréscimos R\$	Valores Finais R\$	%
União	91,9	42%	32,6	124,5	50%
Estados	57,3	26%	--	57,3	23%
Municípios	67,4	31%	--	67,4	27%
Gasto Público Total	216,6	100%	--	249,2	100%

Fonte: Estados e Municípios: SPO/MS e Siops, a partir de notas técnicas produzidas pelo Siops com a análise dos balanços estaduais e municipais; e União: SIAFI 2000-2014.

Elaboração: Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados/Núcleo da Saúde

A proposta, apesar de estar longe de representar uma solução definitiva para o financiamento do Sistema de Saúde, atenua a situação dramática de subfinanciamento pela qual passa o Setor.

Dessa forma, propomos que o percentual mínimo se inicie com 15% e seja progressivamente ampliado até atingir 19,4%, em seis anos. Tomando por base a o valor da RCL prevista na proposta de orçamento para 2016, a aplicação mínima em saúde prevista em nosso Substitutivo ampliaria os recursos do Setor no primeiro exercício em mais de R\$ 13 bilhões. Na Tabela V, são apresentados os valores dos recursos mínimos calculados segundo a regra vigente e comparados com novos valores apurados segundo nosso Substitutivo, a partir da RCL estimada para 2016.

Tabela V

Projeção dos Pisos da Saúde: *Regra Atual e Substitutivo*
(com base na projeção de RCL constante da Proposta Orçamentária para 2016)

Valores em bilhões de R\$

Exercício	Regra EC 86, de 2015		Substitutivo PEC		Diferença
	%	R\$	%	R\$	R\$
1º Ano	13,2%	100,25	15,0%	113,92	13,67
2º Ano	13,7%	104,04	16,0%	121,51	17,47
3º Ano	14,1%	107,08	17,0%	129,11	22,02
4º Ano	14,5%	110,12	18,0%	136,70	26,58
5º Ano	15,0%	113,92	18,7%	142,02	28,10
6º Ano	15,0%	113,92	19,4%	147,33	33,42

Elaboração: Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados/Núcleo da Saúde

I.i – Emenda nº 1, de 2015, à Proposta de Emenda à Constituição

A Emenda nº 1, de 2015, da Sra. Leandre e outros, acrescenta os §§ 7º e 8º ao art. 198 da Constituição Federal de 1998, para definir critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios.

Esclarecemos que o art. 198, §3º, II, da Constituição Federal, informa que 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, com o objetivo de progressiva redução das disparidades regionais, serão estabelecidos por lei complementar, reavaliada a cada cinco anos.

Dessa maneira, entendemos que, se o Congresso Nacional dispuser acerca desse assunto por emenda à constituição, elevá-lo-á ao “status” constitucional, e não mais poderá modificá-lo mediante a edição de uma lei complementar. Assim, quaisquer alterações que se façam necessárias terão de ser aprovadas com o quórum de 2/3 dos membros de cada Casa, em dois turnos de discussão e votação – e não apenas por maioria absoluta dos membros da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, em turno único de discussão e votação. Ocorrerá, portanto, um engessamento relativo da matéria.

Outro ponto para o qual é preciso dedicar especial atenção é que o Constituinte Originário estabeleceu que as ações e serviços públicos de saúde integrassem uma rede regionalizada, hierarquizada, organizada de acordo com diretrizes, entre as quais se destaca a descentralização, com direção única em cada esfera do governo.

A descentralização redefine a responsabilidade entre os entes e reforça a importância dos Poderes Executivos estaduais, distrital e municipais, para a promoção da democratização, melhora da eficiência, da efetividade e dos mecanismos de prestação de contas e acompanhamento das políticas públicas.

Dessa forma, em se regulando na Carta Política a destinação específica de recursos de saúde repassados pela União, os municípios, o Distrito Federal e os estados terão **menos autonomia** na escolha da aplicação das receitas, de acordo com as suas especificidades.

Acrescentamos que o art. 36 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Orgânica da Saúde, determina que “o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União”. Ademais, destaca que “os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde (SUS), e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária”.

Diante disso, percebemos que é mais adequado que cada lei orçamentária estabeleça, periodicamente, a destinação dos recursos, após a execução do processo ascendente de planejamento, dos municípios até a União. A imposição constitucional de valores, independentemente de aferição das necessidades locais dos entes federados, contraria a dinâmica proposta na Lei Orgânica da Saúde.

Antes de passar para o voto, gostaríamos de manifestar os nossos agradecimentos.

Agradecemos, primeiramente, ao Presidente desta Comissão, o Deputado Geraldo Resende, cuja dedicação viabilizou as atividades parlamentares necessárias à condução deste trabalho. Esse engajamento demonstrou o seu comprometimento com a questão da saúde do povo brasileiro.

Em nome do nosso Presidente, também agradecemos aos demais colegas parlamentares membros desta Comissão, que trabalharam conjuntamente nas audiências e nos debates, fornecendo contribuições sólidas, que possibilitaram a construção deste Relatório.

Não podemos deixar de destacar a atuação de todos os participantes das audiências públicas, que nos trouxeram subsídios consistentes, informações precisas e dados atualizados, sem os quais o nosso trabalho não ficaria completo.

Agradecemos, ainda, à Secretária-Executiva desta Comissão, a Senhora Mirna Pessoa, bem como todos os servidores integrantes do setor de comissões especiais. Enfatizamos, também, os imprescindíveis serviços dos Consultores Mário Gurgel, Wagner Primo e Mônica Rubinstein, que se dedicaram ao trabalho desta relatoria, e da Senhora Belisiani da Silva, do nosso gabinete que não poupou esforços para me acompanhar em todas as etapas desta jornada.

Por fim, agradecemos a todos que se empenham, diariamente, pela manutenção do SUS, e àqueles que uniram esforços para fazer chegar a esta Casa o ideal do Movimento Saúde + 10. Sem o apoio desses cidadãos, nada disso seria possível. A todos eles, o nosso muito obrigado.

II – VOTO DA RELATORA

Após várias audiências públicas realizadas no âmbito desta Comissão, não nos restam dúvidas de que a EC 86/2015 precisa ser alterada, para garantir o sistema de saúde público e gratuito previsto nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal. Os debates contaram com a participação da representação do controle social, por meio do Conselho Nacional de Saúde, dos secretários estaduais e municipais de saúde, profissionais de saúde, instituições da sociedade civil que estudam as questões do SUS, prestadores de serviços, representação de prefeitos e dos legisladores e legislativos estaduais.

A PEC nº 1, de 2015, de autoria do nobre Deputado Vanderlei Macris e outros é fundamental para assegurarmos mais recursos para a saúde e evitarmos o evidente colapso na prestação de serviços do SUS.

E os debates e sugestões apresentadas foram essenciais ao nos oferecer subsídios valiosos para aprimorar ainda mais o texto normativo.

A proposição tem a clara intenção de resgatar o “*Movimento Saúde +10*”, cujo objetivo é fixar para a União o piso de aplicação em saúde de 10% da receita corrente bruta (RCB). Considerando os dados mais recentes da arrecadação Federal, divulgados pela Secretaria do Tesouro Nacional para o exercício de 2014, alteramos a proposta para ajustar o percentual final para 19,4% da RCL, e não mais 18,7% como pretendido pelo autor.

Conforme demonstrado abaixo, a destinação de 19,4% da RCL do exercício de 2014 implica a aplicação de R\$ 124,47 bilhões em ações e serviços públicos de saúde – equivalente a 10% da receita corrente bruta de 2014. Tal ampliação representa acréscimo de R\$ 32,57 bilhões em relação ao piso de 2014, que foi da ordem de R\$ 91,9 bilhões.

Ajuste do Percentual para 19,4% da RCL

Valores em Bilhões de R\$

ITEM	Proposta de ASPS R\$	Equivalência em % da RCB ⁽¹⁾	Regra Anterior ASPS	Acréscimo
19,4% da RCL	124,47	10%	91,9	32,57

RCB de 2014: 1.243,3 bilhões e RCL de 2014: 641,6 bilhões, conforme demonstrativo da STN.

A fim de diluir o impacto, propomos que o percentual mínimo se inicie com 15% e seja progressivamente ampliado até atingir, em seis anos, 19,4%.

Tomando por base o valor da RCL prevista na proposta orçamentária para 2016, a aplicação mínima em saúde prevista no Substitutivo que apresentaremos ampliará os recursos do Setor no primeiro exercício em mais de R\$ 13 bilhões, conforme mostramos a seguir.

Projeção dos Pisos da Saúde: Regra Atual x Substitutivo
(com base na projeção de RCL constante da Proposta Orçamentária para 2016)

Valores em bilhões de R\$

Exercício	Regra EC 86/2015		Substitutivo PEC		Diferença
	%	R\$	%	R\$	R\$
1º Ano	13,2%	100,25	15,0%	113,92	13,67
2º Ano	13,7%	104,04	16,0%	121,51	17,47
3º Ano	14,1%	107,08	17,0%	129,11	22,02
4º Ano	14,5%	110,12	18,0%	136,70	26,58
5º Ano	15,0%	113,92	18,7%	142,02	28,10
6º Ano	15,0%	113,92	19,4%	147,33	33,42

Elaboração: Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados/Núcleo da Saúde

Também inserimos no Substitutivo a regra “*contra retrocessos*”, que veda aplicações em ações de serviços públicos de saúde em montante inferior ao mínimo calculado para o exercício anterior.

Tal regra visa a garantir a manutenção do patamar de gasto calculado para o ano precedente e, assim, evitar que eventual crise econômica justifique a redução do valor a ser aplicado em saúde de um exercício para outro. Como a Saúde contempla inúmeras despesas obrigatórias e o custeio do próprio Sistema, o mínimo apurado para aplicação não pode sofrer reduções.

Desta forma, caso a RCL caia bruscamente em um exercício, a aplicação do ano corrente deverá ser, no mínimo, equivalente ao calculado para o ano anterior. Destacamos que tal dispositivo não é impeditivo de aplicação superior ao mínimo, mas terá o objetivo de inibir o decesso a níveis mínimos aplicados anteriormente.

Introduzimos o inciso V ao § 3º do art. 198 com o propósito de delegar formalmente à Lei Complementar a tarefa de disciplinar os critérios de apuração dos recursos mínimos para as três esferas, segundo as bases e percentuais constitucionalmente previstos.

Além dos parâmetros já previstos na Constituição, é necessário regular a apuração do piso constitucional e a demonstração do seu atendimento. Situações específicas, como a definição do estágio da despesa para considerá-la para fins de atendimento do piso constitucional ou as formas

de reposição de despesas em decorrência de descumprimentos de aplicações mínimas, também devem ser reguladas.

Postergamos a vigência da Emenda Constitucional para o primeiro dia do exercício financeiro subsequente ao da sua promulgação e, em decorrência, a revogação do art. 2º da EC nº 86, será, também, a partir do primeiro dia do exercício financeiro subsequente ao de promulgação da nova Emenda Constitucional. Essas alterações evitarão conflitos com a regra de transição constante na EC nº 86, e garantirão, no ano de promulgação, previsão constitucional de montante mínimo a ser aplicado em Saúde.

Entendemos ainda que as emendas parlamentares individuais não atendem à programação ou ao planejamento que as despesas de saúde exigem. Por essa razão, propomos ajuste ao art.166 da Constituição para vedar o cômputo dessas despesas para fins de apuração do piso constitucional do Setor.

A Emenda nº 1, de 2015, da Deputada Leandre, conforme demonstrado, pretende definir critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, Distrito Federal e Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios. Louvamos a iniciativa da nobre Deputada, mas não podemos acatá-la, sob o risco de, ao introduzir a questão no texto constitucional, provocar engessamento relativo da matéria. Acreditamos que esta questão deveria ser discutida e tramitar na Casa como projeto de lei complementar.

Feita essa análise, antes de, derradeiramente, explicitarmos o nosso voto, reiteramos, mais uma vez, a importância do *“Movimento Saúde + 10”*. Nunca é excessivo enfatizar o esforço daqueles que fizeram chegar à Casa do Povo a demanda por mais recursos para o SUS. Sem cada um desses cidadãos e cidadãs que saíram às ruas em busca de apoio ao movimento, não estaríamos aqui, neste momento histórico, deliberando a respeito daquilo que representa um divisor de águas para a saúde pública brasileira.

Sabemos que a aprovação desta PEC não resolverá todos os problemas do SUS. Longe disso. Neste momento, buscamos, apenas, um modo de assegurar e ampliar as conquistas que alcançamos nestes 27 anos de história. Sem o aumento de recursos, o sistema pode vir a ruir. E foi exatamente esse risco que levou os fundadores do “*Movimento Saúde + 10*” a defenderem o seu ideal apolítico e apartidário que, por todas as razões já explicadas neste documento, agora consta desta PEC. Imperioso salientar que essa PEC, e o substitutivo ora apresentado, resgatam e representam as 2.146.670 assinaturas encaminhadas a esta Casa Legislativa, apostas ao Projeto de Lei de Iniciativa Popular que resultou o PLP 321/2013. Em última análise, ao sermos favoráveis a esta proposição, estaremos confirmando a vontade de mais de 2 milhões de brasileiros.

Não podemos deixar de ressaltar a importância e magnitude da matéria, que, apesar de orçamentária e financeira, vai além dos números e estimativas. **Esta é uma proposta para salvar vidas.**

Diante do exposto, o nosso voto é:

- a- pela admissibilidade da Emenda de nº 1, de 2015, apresentada nesta Comissão Especial;
- b- no mérito, pela aprovação da PEC nº 1, de 2015, nos termos do Substitutivo apresentado, e pela rejeição da Emenda de nº 1, de 2015.

Sala da Comissão, em de de 2015.

Deputada Carmen Zanotto
Relatora

**SUBSTITUTIVO À PROPOSTA DE EMENDA À CONSTITUIÇÃO Nº 1, DE
2015**

Altera o art. 198 da Constituição Federal, para dispor sobre o valor mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde, de forma escalonada em cinco exercícios: 15%, 16%, 17%, 18%, 18,7% e 19,4% e dá outras providências.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte emenda ao texto constitucional:

Art. 1º Os arts. 166 e 198 da Constituição Federal passam a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 166.

§ 10. A execução do montante previsto no § 9º, inclusive custeio, não será computada para fins de cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais.

....."(NR)

"Art.198.....

§ 2º.....

I – no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a dezenove inteiros e quatro décimos por cento.

§ 3º.....

.....
V – os demais critérios e normas necessários para apuração dos recursos mínimos de que trata o §2º.

.....
§7º Fica vedada a aplicação em ações serviços públicos de saúde de montante inferior ao mínimo calculado para o exercício anterior.” (NR)

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantido, no mínimo:

I – quinze por cento da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II – dezesseis por cento da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III – dezessete por cento da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV – dezoito por cento da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; e

V – dezoito inteiros e sete décimos por cento da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional; e

VI – dezenove inteiros e quatro décimos por cento da receita corrente líquida no sexto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Art. 3º Esta Emenda Constitucional entra em vigor no primeiro dia do exercício financeiro subsequente ao de sua promulgação.

Art. 4º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015, a partir do primeiro dia do exercício financeiro subsequente ao de promulgação desta Emenda Constitucional.

Sala da Comissão, em de de 2015.

Deputada Carmen Zanotto

Relatora