



## PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 306, DE 2008

Dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.

**Autor:** Senado Federal

**Relator:** Deputado Rafael Guerra

### I – RELATÓRIO

Aprovado no Senado Federal o Projeto de Lei nº 121/2007 – Complementar, de autoria do Senador Tião Viana, a proposição em tela veio à Câmara dos Deputados para que esta exerça sua função de Casa revisora, nos termos do preceituado pelo art. 65 da Constituição Federal, passando a ser identificado como Projeto de Lei Complementar nº 306/2008.

Em despacho da Mesa Diretora da Câmara dos Deputados, conforme dispõe o seu Regimento Interno (RICD), a presente proposição foi distribuída à apreciação da Comissão de Seguridade Social e Família, da Comissão de Finanças e Tributação (mérito e art. 54, RICD) e da Comissão de Constituição e Justiça e Cidadania (art. 54, RICD), em regime de prioridade de tramitação, sendo aprovado, em 14/5/2008, Requerimento de Urgência (art. 155, RICD) para apreciação da matéria, restando, assim, às Comissões o prazo de cinco sessões, concomitantemente, para sobre ela decidir (art. 52, RICD).

O objetivo da proposição é regulamentar os §§ 2º e 3º do art. 198 da Constituição Federal, alterado pela Emenda Constitucional nº 29/2000 (EC 29/2000), no sentido de determinar o montante de recursos mínimos a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, bem como estabelecer regras para repasse e aplicação desses recursos, e ainda prever mecanismos de fiscalização e controle da gestão da saúde.



Em razão do regime de urgência em que se encontra a matéria, o prazo de apresentação de emendas corre em conjunto para todas as comissões às quais constam do despacho da Mesa, e o parecer a elas, se houver, será apresentado em Plenário.

É o Relatório

## II – VOTO DO RELATOR

A pressão por serviços e ações de saúde em nossa sociedade tem aumentado de forma constante, seja pela elevação da expectativa de vida da população, seja pela crescente necessidade de utilização de métodos complexos na assistência à saúde, além de outros fatores. Um paradigma para a ampliação do acesso à saúde pública (assistência hospitalar) foi instituído pela Constituição Federal de 1988, quando o Estado deixou de atender somente aos contribuintes do sistema previdenciário (antigo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), ou seja, o trabalhador formal, o que à época se determinava como saúde pública (apenas a promoção de saúde e prevenção de doenças, com ações de vacinação, campanhas de eliminação de vetores causadores de doenças, etc). Com a determinação insculpida no art. 196 de nossa Carta Magna, de atribuir-lhe o caráter de universalidade, integralidade e isonomia, estabeleceu-se a saúde como direito de todos e dever do Estado.

A Constituição estabeleceu, transitoriamente, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), que o montante de 30% do orçamento da seguridade social seria destinado ao setor saúde. Com efeito, as LDO para os exercícios financeiros de 1990 e 1991 não traziam em seu bojo determinação alguma sobre os recursos para atender especificamente o setor saúde, sendo somente nos exercícios de 1992 e 1993 que a vinculação de 30% do orçamento da seguridade social para o setor saúde foi efetivada nas LDO. Considerando tal metodologia para determinar o *quantum* a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, o orçamento para 2008 deveria destinar cerca de R\$ 96,15 bilhões, em detrimento dos R\$ 48,58 bilhões aportados na LOA 2008. Ainda no exercício de 1993, diante do agravamento do déficit previdenciário, a impossibilidade de se repassar o montante estipulado pela LDO criou uma situação emergencial, que demandou, inclusive, a realização de empréstimos junto ao Fundo de Amparo do Trabalho (FAT) para suprir a necessidade de recursos do setor saúde.

Essa situação instou o Congresso Nacional, diante da crescente necessidade do setor e preocupado em garantir um fluxo de recursos suficiente, senão, no mínimo, constante, a aprovar, em 2000, a Emenda Constitucional nº 29. De forma transitória, até o exercício financeiro de 2004, a emenda estabeleceu para os Estados e Municípios e o Distrito Federal a vinculação de 12% e 15%, respectivamente, de suas receitas correntes, e no caso da União utilizou a despesa empenhada em ações e serviços públicos de saúde no ano de 1999, acrescido de 5%, como base para os pisos futuros, devendo, a cada exercício,



o valor apurado no ano anterior (orçamento empenhado) ser acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB.

Muito embora o texto constitucional pareça-nos suficientemente claro, a ausência da regulamentação é responsável por alguns problemas para dar efetividade à aplicação do texto constitucional. Um deles diz respeito à fixação do *quantum* a ser aplicado e outro à definição das ações e serviços públicos de saúde que realmente concorrem para atender ao princípio da universalidade e integralidade, entre outros, previstos no art. 198 da Carta Maior.

Em relação ao montante, inicialmente o Poder Executivo utilizou um critério que se chamou de “base fixa”, fundamentado em entendimento da Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), segundo o qual o valor a ser destinado em serviços e ações de saúde nos exercícios de 2001, até a edição da lei complementar, seria a aplicação do crescimento nominal da economia sobre o piso do ano anterior. Com efeito, tal entendimento injetou menos recursos no setor, pois tomou como base não o gasto realizado no exercício anterior, mas tão somente o valor mínimo a ser aplicado, de modo que os gastos de um exercício não impactariam os pisos futuros.

Entretanto, em 20 de março de 2002, o Plenário do Tribunal de Contas da União (TCU) por meio da Decisão nº 143, em resposta a questionamento realizado por esta Comissão, assentou o entendimento de que a aplicação de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde deve ser o da “base móvel”, ou seja, a variação nominal do PIB aplicada sobre o montante efetivamente empenhado no ano anterior.

Outro fator que foi objeto de questionamento é a mudança de metodologia na apuração do PIB, alterada em 2006. O Produto Interno Bruto brasileiro foi recalculado desde 1999, o que implicaria o ajuste no valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde, já que o PIB apurado nos exercícios passou a ser diferente daquele utilizado para base de fixação de recursos mínimos em ações e serviços de saúde.

O governo federal entende que, para se obter o piso de 2007, basta aplicar a variação do PIB – já recalculado – de 2007 sobre 2006, que foi de 10,16%, sobre o valor efetivamente executado em 2006 – baseado na metodologia anterior de cálculo do PIB – que foi de R\$ 40.746,2 milhões, quando deveria ter sido de R\$ 41.319,2 milhões segundo nova metodologia de cálculo do PIB. Assim, o piso para 2007 cai de R\$ 44.683,2 milhões para R\$ 44.063,5 milhões, ou seja, sistemática que prejudica o setor, somente na determinação do piso de 2007, em R\$ 619,6 milhões, sem falar que tal método repercute negativamente na determinação do piso de 2008, que, sem considerar o recálculo dos pisos anteriores, cai de R\$ 49.223,1 milhões para R\$ 48.540,5 milhões, ou seja, nova queda de R\$ 682,6 milhões, acumulando R\$ 1.302,3 milhões, somente no estabelecimento dos pisos de 2007 e 2008 sem recalcular pisos pretéritos. O montante de recurso que foi subtraído do setor de saúde por aplicação de critérios mais favoráveis à área econômica, chega a R\$ 2.430,6 milhões, desde a edição da EC 29/2000, conforme demonstrado no quadro a seguir.



Piso da Saúde conforme NOVO cálculo do PIB			Valores em R\$ Milhões			
Ano	PIB		Valor Mínimo em Ações e Serviços de Saúde			Diferença (E-D)
	Nominal (A)	$\Delta$ % Anual ( $B = A_t / A_{t-1}$ )	Base Fixa (C)	Base Móvel (D)	Executado (E)	
1999	1.065.000,0		18.353,0			
2000	1.179.482,0	10,75%	19.270,6	19.270,6	20.351,5	1.080,9
2001	1.302.136,0	10,40%	21.342,1	22.539,2	22.474,1	(65,1)
2002	1.477.822,0	13,49%	23.561,4	24.883,0	24.736,8	(146,2)
2003	1.699.948,0	15,03%	26.740,4	28.240,3	27.179,5	(1.060,7)
2004	1.941.498,0	14,21%	30.759,6	32.484,9	32.701,2	216,3
2005	2.147.943,0	10,63%	35.130,4	37.347,9	36.491,2	(856,7)
2006	2.322.818,0	8,14%	38.865,9	41.319,2	40.746,2	(573,0)
2007	2.558.821,3	10,16%	42.030,1	44.683,2	44.287,3	(395,9)
2007 (calc. Exec)				44.063,5		223,8
2008	2.837.900,0	10,91%	46.300,5	49.223,1	48.592,9	(630,2)
2008 (calc. Exec)				48.540,5		52,4
					Perda acumulada	<b>(2.430,6)</b>

O projeto busca corrigir estas falhas e corretamente muda o paradigma da fixação do piso, no âmbito da União, de despesa para receita. A determinação do piso mínimo de recursos em ações e serviços públicos em saúde, baseado na receita, e não mais na despesa, elimina um efeito nefasto para o setor, pois a ocorrência de situações extemporâneas, onde há a necessidade de uma maior intervenção do governo, força, inevitavelmente, o gestor a implementar ações emergenciais em detrimento de outras já programadas no orçamento. Contudo, a despeito disso, não poderá elevar a execução total em ações e serviços públicos de saúde, já que o incremento do gasto no setor, mesmo que por motivo aleatório, implicará em aumentar, futuramente, o montante a ser destinado a ações e serviços públicos de saúde. Ademais, a área econômica do governo, na definição da programação financeira, promove o “contingenciamento” por meio da limitação de movimentação e empenho das despesas que excedem o piso da saúde. Como a limitação é passada aos órgãos por fonte de recursos, e não por programação, o gestor acaba por ter que optar por qual política pública de saúde deixará de executar para dar cabo às necessidades mais prementes.

Assim, acreditamos ser acertada a utilização das receitas correntes brutas como base de cálculo para apuração dos recursos mínimos para saúde, pois a avaliação da série histórica do PIB em comparação com a evolução das receitas correntes mostra que houve um maior incremento dessas últimas, sugerindo uma base mais favorável. Cabe destacar que a determinação de maiores recursos para a saúde traz implicações diretas sobre a oferta de serviços públicos de saúde para a população, refletindo na construção de um Sistema Único de Saúde que melhor atenda às necessidades de saúde da população e promova a equidade.

Nesse sentido, o projeto em análise avança na determinação de recursos mínimos para aplicação em ações e serviços de saúde, promovendo um incremento estimado de R\$ 12,3 bilhões já em 2008, com a vinculação de 8,5% da Receita Corrente Bruta, e escalonando para 9,0%, 9,5% e



10,0% em 2009, 2010 e 2011, respectivamente, totalizando, ao final, a projeção do aporte de mais R\$ 30,5 bilhões para o setor.

**Recursos adicionais para aplicação em Ações e Serviços Públicos de Saúde**

Ano	Δ% PIB <sup>1</sup>	RCB <sup>2</sup> R\$ milhões	PLP 306/2008		EC 29/2000 (R\$ milhões)	
			% RCB	R\$ milhões	Piso	Acréscimo
2008	9,7%	716.015,9	8,5%	60.861,4	48.540,5	12.320,9
2009	9,7%	785.648,5	9,0%	70.708,4	53.261,0	17.447,4
2010	9,7%	862.052,8	9,5%	81.895,0	58.440,6	23.454,4
2011	9,7%	945.887,4	10,0%	94.588,7	64.124,0	30.464,7

<sup>1</sup> Variação do PIB conforme PLDO 2009 (IPCA 4,5% e crescimento real do PIB de 5,0%)

<sup>2</sup> Receita Corrente Bruta prevista na LOA 2008 e projetada para 2009 a 2011 segundo variação do PIB

No que tange aos Estados, Distrito Federal e Municípios, à lei complementar cabe apenas definir os percentuais mínimos a serem aplicados, já que a base de cálculo para estes entes federativos está fixada no art. 198 da Constituição Federal e não está sujeita à regulamentação da lei complementar, sendo simplesmente reproduzida na regulamentação. Destarte, a proposta mantém a mesma definição constante do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, quais sejam, 12% para Estados e 15% para Municípios e o Distrito Federal. O projeto prevê, ainda, no entanto, que os entes federados, cuja a aplicação do mínimo em saúde se encontrar abaixo do determinado na data de início da sua vigência, terão até o exercício de 2011 para se adequarem, devendo a diferença ser reduzida à razão de, pelo menos, um quarto por ano.

De outro lado, o estabelecimento do que efetivamente é gasto em ações e serviços públicos de saúde, bem assim a exclusão dos gastos que não mais poderão compor a base de aplicação mínima, representa outro avanço para o setor. Somente o aporte mais adequado de recursos ao setor já não é suficiente para a garantia de uma aplicação mais efetiva, e, assim, torna-se necessária a criação de mecanismos que impeçam que sobre a base passem a incidir artifícios que resultem na sua diminuição, reduzindo, por via de consequência, nominalmente os recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde. Tal situação foi vivenciada durante a ausência da regulamentação da EC 29/2000, como a execução de despesas relativas à Transferência de Renda com Condicionais (Bolsa Família) que retirou mais de R\$ 3,2 bilhões de recursos da saúde entre 2003 e 2005, a Farmácia Popular, que não atende aos preceitos de universalidade e gratuidade do SUS, em detrimento da ação de Assistência Farmacêutica Básica, despesas com saneamento básico que não visem exclusivamente à eliminação de vetores transmissores de doenças, dentre outras.

A ausência da regulamentação da EC 29/2000 implicou na delimitação das ações e serviços públicos de saúde meramente no âmbito institucional, considerando como tais, aquelas despesas constantes do programa de trabalho do Ministério da Saúde, deduzidas as despesas com serviço da dívida (juros e amortização), inativos e o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, conforme preconiza a Lei de Diretrizes Orçamentárias, a cada ano. Para se retirar essa “redoma” institucional, não mais vinculando somente ao Ministério da Saúde o desenvolvimento de ações e serviços públicos de saúde, é imprescindível formalizar a conceituação normativa prevista na proposta, que toma como base os princípios



CÂMARA DOS DEPUTADOS  
COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

6

da equidade, da universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema e da integralidade da atenção, conforme preceitua a Constituição Federal e a Lei nº 8.080/90.

É inegável a relevância do tema tratado por este projeto e diante de toda argumentação exposta, além da oportunidade que não se pode deixar de regulamentar tão importante assunto de interesse direto da população, manifestamos o voto favorável, no mérito, do Projeto de Lei Complementar nº 306/2008, na forma aprovada pelo Senado Federal.

Sala da Comissão, em            de            de 2008.

Deputado **RAFAEL GUERRA**  
Relator