



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 3.766, DE 2015

(Do Sr. André Abdon)

Altera a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, para instituir mecanismos de controle social sobre os recursos públicos de saúde.

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA E

CONSTITUIÇÃO E JUSTIÇA E DE CIDADANIA (ART. 54 RICD)

APRECIÇÃO:

Proposição Sujeita à Apreciação Conclusiva pelas Comissões - Art. 24 II

PUBLICAÇÃO INICIAL

Art. 137, caput - RICD

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º. Esta Lei altera a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, para instituir mecanismos de controle social sobre os recursos públicos de saúde.

Art. 2º. Altera a redação do § 2º do art. 1 da Lei nº 8.142/90 e acrescenta-se os seguintes dispositivos:

“Art. 1º (...)

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, que ingressarão mediante eleição direta dos respectivos membros interessados, para atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.(NR)

§ 6º. O poder público municipal realizará curso de capacitação dos conselheiros municipais de saúde, em matérias relativas a finanças públicas, políticas públicas, programas, ações e serviços de saúde.

§ 7º. Os Conselhos municipais de saúde deverão assegurar transparência da gestão e a participação efetiva da população no processo decisório das ações de saúde.

§ 8º. O repasse de informações à sociedade ocorrerá por meio da internet, garantindo informações claras e pormenorizadas sobre os gastos com a saúde efetuados com recursos municipais e enviados pelo governo estadual e federal, por meios de endereços eletrônicos de acesso público na rede”.

Art. 3º. O art. 3º da Lei 8.142/90, passa a vigorar acrescido dos seguintes dispositivos:

“Art. 3º (...)

§ 4º. O poder público municipal deverá prestar contas, trimestralmente, ao Tribunal de Contas do Município, onde houver e, na ausência deste, ao Tribunal de Contas do respectivo Estado, da aplicação dos recursos destinados a saúde pelo repasse de recursos.

§ 5º. O uso indevido dos recursos repassados aos Municípios para aplicação na saúde e apurados pelo Tribunal de Contas respectivo, acarretará a suspensão do referido repasse até ulterior decisão deste órgão colegiado.

Art. 4º. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 5°. Revogam-se as disposições em contrário

JUSTIFICATIVA

O objetivo deste projeto de lei é criar mecanismos de controle social capazes de contribuir para a transparência no gasto do dinheiro público repassado aos Municípios para aplicação na saúde, visando a eficiência na prestação dos serviços de saúde a população e o combate à corrupção.

Sabemos que, muitas vezes o problema não está no montante dos recursos aplicados na saúde, mas, na má gestão desse dinheiro que condena milhões de brasileiros a um atendimento médico hospitalar precário e desumano.

A saúde é, hoje, a maior preocupação dos brasileiros. Quase metade da população brasileira (49%) diz que melhorar os serviços de saúde deve ser prioridade para o governo federal. A informação é da pesquisa Retratos da Sociedade Brasileira - Problemas e Prioridades para 2014, feita pela Confederação Nacional da Indústria (CNI) em parceria com o IBOPE Inteligência.

Independentemente do grau de escolaridade e do nível de renda familiar, a preocupação com a saúde lidera a lista do que o brasileiro acha que deve ter prevalência nas políticas do governo federal.

A saúde é o principal problema do Brasil, na opinião de 58% dos entrevistados. A segurança pública e a violência aparecem em segundo lugar, citada por 39%. Em seguida são listadas as drogas (33%), a educação (31%) e a corrupção (27%).

As preocupações variam de acordo com o porte da cidade. Os moradores de locais com menos de 20 mil habitantes se preocupam mais com a saúde (40%), com a geração de empregos (32%) e com a segurança pública (26%). Os que estão em municípios com mais de 100 mil habitantes também estão preocupados com saúde (40%), mas a segurança pública aparece em segundo lugar, com 39% das citações, e em terceiro citam a educação (26%). Apenas 15% deles se preocupam com a geração de empregos.

No entanto, o direito a um atendimento digno nos serviços de saúde tem sido violado constantemente por gestores da saúde que fazem da fraude e da corrupção o seu meio de administrar. A falta de fiscalização e transparência na aplicação dos recursos destinados a saúde, principalmente, por meio de repasses intergovernamentais, são os fatores que mais contribuem para este triste cenário.

Nesse sentido, um dos diretores da Advocacia Geral da União (AGU), André Luiz Mendonça, afirma que, as áreas de educação e saúde são as que mais sofrem com desvios de verbas no Brasil, devido à pulverização dos recursos. "Quando você pulveriza o dinheiro público, você dificulta a fiscalização e até mesmo a percepção de que você tem que fiscalizar. Então nas pequenas obras, nos pequenos repasses, é que nós encontramos o maior fluxo de casos", afirmou Mendonça em entrevista ao jornal local "O Globo". De acordo com o responsável pelo Departamento de Patrimônio e Probidade da AGU, cerca de 60% a 70% do total de casos de corrupção envolvendo dinheiro público no Brasil concentram-se nos sectores de saúde, educação e saneamento básico.

A corrupção é perversa porque influencia negativamente os resultados das ações do Estado e leva à degradação dos indicadores sociais. O programa da CGU audita as transferências da União para os municípios, selecionando 60 municípios com menos de 500.000 habitantes a cada sorteio. No processo, é publicado um relatório contendo informações sobre as irregularidades encontradas relacionadas a fraudes em compras, desvio de recursos públicos para ganhos privados e superfaturamento de bens e serviços.

Vale mencionar o relatório dos professores da FGV, Avelino e Ciro Biderman, publicado em 2013 e intitulado “A Doença da Corrupção: o Desvio de Fundos e a Saúde Pública nos Municípios Brasileiros”. A partir do resultado desse estudo, os professores conseguiram construir um índice que mostrou que a corrupção prejudica os padrões de saúde relacionados com a mortalidade em hospitais e estabelecimentos de saúde. Isso porque acabam faltando equipamentos adequados que deveriam ser adquiridos por meio dos recursos desviados por ações fraudulentas.

A pesquisa de Avelino e Biderman comprova a necessidade de ações de combate à corrupção no sentido de garantir a melhoria no atendimento de saúde. Esse é um setor bastante vulnerável a atos ilícitos, pois está cercado de incertezas. Não se sabe precisamente quem irá adoecer, quando, que tipo de tratamento será necessário ou quão eficiente o tratamento será. Os pacientes não têm informações suficientes para buscar melhor preço e qualidade. E são diversos atores envolvidos no processo: governo, planos e sistemas de saúde, hospitais, fornecedores de suprimentos e pacientes. No Brasil, há ainda o desafio adicional do Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe uma série de benefícios decorrentes da descentralização, porém acabou por dificultar o controle de recursos por conta da complexidade da forma de financiamento.

Daí a importância de criarmos mecanismos de controle social capazes de contribuir para a transparência dos gastos públicos com saúde.

Conselhos municipais de saúde

A estratégia adotada no país reconhece o município como o principal responsável pela saúde de sua população. A partir do Pacto pela Saúde, de 2006, o gestor municipal assina um termo de compromisso para assumir integralmente as ações e serviços de seu território.

Os municípios possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado.

O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normalização federal e o planejamento estadual. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer

Dentro da estrutura da saúde pública municipal, merece destaque os Conselhos municipais de saúde.

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo órgão colegiado — composto por representantes do governo, prestadores profissionais de serviço da saúde e usuários —, atua na formação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na

instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões são homologadas pelo chefe do Poder Executivo legalmente constituído em cada esfera do governo.

Os conselhos podem ser instrumentos privilegiados para fazer valer os direitos, rompendo com as tradicionais formas de gestão, possibilitando a ampliação dos espaços de decisões/ações do poder público, impulsionando a constituição de esferas públicas democráticas e sendo potenciais capacitores dos sujeitos sociais para processos participativos mais amplos e de interlocução ético-política com o Estado.

Ocorre que, a complexidade dos assuntos discutidos nas reuniões dos Conselhos, em particular os financeiros, e a falta de conhecimento técnico sobre os mesmos, impede os conselheiros de terem uma visão mais ampla do uso dos recursos destinados a saúde municipal, facilitando a ação daqueles que aproveitam dessa lacuna para cometer fraude e desvios. Em outras palavras, a falta de capacitação dos conselheiros e a eleição indireta para o cargo, fragiliza o controle social e a transparência dos gastos municipais em saúde.

Estudos promovidos por Wendhausen e Caponi (2002) demonstram que, mudança na compreensão das funções dos conselheiros após a capacitação comprova uma provável mudança de atitude na prática, demonstrando a importância da realização do curso de capacitação para que os conselheiros possam exercer suas funções. Observa-se a insuficiente participação dos conselheiros na discussão sobre o orçamento, além disso, o controle social sobre os recursos públicos de saúde é um desafio para os conselheiros, já que são inúmeras as dificuldades para efetivá-lo. Primeiro, porque é uma prática recente que vem substituir toda uma postura de submissão que trata os recursos como uma questão melindrosa e intocável, restrita à esfera de técnicos e administradores. Em seguida, porque os instrumentos de prestação de contas ainda são muito complexos, o que dificulta a compreensão para fins de avaliação.

Ademais, as informações sobre as receitas são um domínio do gestor, de cujo critério depende conhecer ou não o conselho de saúde. Observa-se que, o controle social dos representantes dos usuários sobre as contas do gestor tem sido a meta mais difícil de ser alcançada em quase todos os conselhos de saúde do país. Os conselheiros não repassam, de maneira eficaz, informações para a população. Especialistas no assunto indicam que os conselhos de saúde não precisam de mais normas, leis, mas sim de uma política mais transparente, com mais voz e que envolva de forma direta e orgânica as questões de informação e de comunicação em massa.

Assim, o repasse de informações à sociedade e a discussão sobre orçamento são fatores a serem aprimorados. Nota-se que, a principal forma de ingresso ao conselho é a indicação e não a eleição, o que não favorece a participação efetiva da sociedade.

Por fim, após a capacitação, os conselheiros de saúde obtiveram consciência da falta de informação existente e, portanto, compreenderam suas funções e aprimoraram seus conhecimentos.

Diante desse cenário, o Projeto de lei que ora apresento estabelece: eleição direta para ocupar o cargo de conselheiro, curso de capacitação dos conselheiros, prestação de contas ao TCE dos recursos repassados, publicação clara e pormenorizada da aplicação dos recursos

destinados a saúde, suspensão do repasse de recursos quando apurado o uso indevido e a prestação de contas à sociedade por meio da internet.

Pela relevância do tema para a sociedade, peço o apoio dos nobres pares para a aprovação deste projeto de lei.

Sala das sessões, 25 de novembro de 2015.

Deputado ANDRÉ ABDON (PRB/AP)

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA

Coordenação de Organização da Informação Legislativa - CELEG

Serviço de Tratamento da Informação Legislativa - SETIL

Seção de Legislação Citada - SELEC

LEI Nº 8.142, DE 28 DE DEZEMBRO DE 1990

Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º O Sistema Único de Saúde (SUS), de que trata a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, contará, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

I - a Conferência de Saúde; e

II - o Conselho de Saúde.

§ 1º A Conferência de Saúde reunir-se-á a cada quatro anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis correspondentes, convocada pelo Poder Executivo ou, extraordinariamente, por esta ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

§ 3º O Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS terão representação no Conselho Nacional de Saúde.

§ 4º A representação dos usuários nos Conselhos de Saúde e Conferências será paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

§ 5º As Conferências de Saúde e os Conselhos de Saúde terão sua organização e normas de funcionamento definidas em regimento próprio, aprovadas pelo respectivo Conselho.

Art. 2º Os recursos do Fundo Nacional de Saúde - FNS serão alocados como:

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

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

III - investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde;

IV - cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3º Os recursos referidos no inciso IV do art. 2º desta lei serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

§ 1º Enquanto não for regulamentada a aplicação dos critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, será utilizado, para o repasse de recursos, exclusivamente o critério estabelecido no § 1º do mesmo artigo.

§ 2º Os recursos referidos neste artigo serão destinados, pelo menos setenta por cento, aos Municípios, afetando-se o restante aos Estados.

§ 3º Os Municípios poderão estabelecer consórcio para execução de ações e serviços de saúde, remanejando, entre si, parcelas de recursos previstos no inciso IV do art. 2º desta Lei.

Art. 4º Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

I - Fundo de Saúde;

II - Conselho de Saúde, com composição paritária de acordo com o Decreto nº 99.438, de 7 de agosto de 1990;

III - plano de saúde;

IV - relatórios de gestão que permitam o controle de que trata o § 4º do art. 33 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990;

V - contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento;

VI - Comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários - PCCS, previsto o prazo de dois anos para sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará em que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

FIM DO DOCUMENTO