

## COMISSÃO DE FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO - CFT

### Projeto de Lei 1.721 de 2015

Altera dispositivos da Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, inseridos pelo art. 142, da Lei nº. 13.097, de 19 de janeiro de 2015.

**Autora:** JANDIRA FEGHALI

**Relator:** DARCÍSIO PERONDI

#### I – RELATÓRIO

O projeto de lei em análise, de autoria da Deputada JANDIRA FEGHALI (PC do B), tem por objetivo modificar o artigo 23 e revogar o artigo 53-A da Lei nº. 8.080/1990, para reverter alterações estabelecidas pelo artigo 142 da Lei nº. 13.097/2015, cujo teor permitiu a participação direta ou indireta, inclusive, controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde, nas hipóteses previstas na lei.

Segundo a justificativa da autora, a abertura de capital estrangeiro na área da saúde seria negativo e produziria as consequências de quebra da universalidade, redução da capacidade de os gestores do SUS estabelecerem diretrizes de atenção; dificuldades para o desenvolvimento do setor privado

nacional na área de assistência à saúde; redução na qualidade da atenção à população; drenagem de profissionais da saúde que atuam no setor público para o setor privado; e iniquidade na distribuição de recursos para saúde.

A proposta tramitou na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF) e na Comissão de Desenvolvimento Econômico de Desenvolvimento Econômico, Indústria, Comércio e Serviço (CDEICS), tendo sido aprovada em ambas comissões. Atualmente encontra-se em tramitação na Comissão de Finanças e Tributação (CFT) da Câmara dos Deputados e, após, tramitará na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania (CCJC).

É o relatório.

## **II - VOTO**

O projeto de lei 1.721/2015, de autoria da I. Deputada Jandira Feghali do PCdoB/RJ, tem como objetivo principal reverter a autorização legislativa dada pela Lei nº 13.097/2015 à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros na assistência à saúde.

Cabe a esta Comissão avaliar o efeito das propostas sobre as finanças públicas federais. Para avaliar seus possíveis impactos orçamentários e financeiros, vale trazer a conhecimento alguns dados sobre investimento estrangeiro no sistema de saúde brasileiro.

O projeto de lei em questão encontra-se na contramão das políticas de investimento estrangeiro do mundo, na medida em que a evolução do fluxo e do estoque do Investimento Estrangeiro Direto (IED) apresenta tendência de crescimento, notadamente na Ásia e nos países desenvolvidos.

Dados da UNCTAD<sup>1</sup> mostram que a Ásia recebeu 39% do fluxo de IED mundial, seguido pela América do Norte com 23% do fluxo total. A Europa e a América Latina receberam 13% e 11%, respectivamente e a África recebeu apenas 4%.

Com relação ao estoque de capital estrangeiro, a Europa possuía, em 2018, 35% do estoque de IED mundial (US\$ 11,3 trilhões), seguido pela América do Norte com 26% (US\$ 8,4 trilhões) e pela Ásia com 24% do estoque total de IED (US\$ 7,6 trilhões). A América Latina e Caribe possuíam, à época, 6% desse estoque (US\$ 2,1 trilhões) e a África possuía apenas 3% (US\$ 895 bilhões) de todo o estoque mundial de IED.

Assim como o ingresso de IED é fundamental para o crescimento do mundo e, igualmente, do Brasil, ele também pode ser, particularmente importante para o desenvolvimento do segmento de saúde no país.

O ingresso de IED em saúde no Brasil foi bastante tímido no período considerado entre 2010 e 2014, não ultrapassando os US\$ 20 milhões/ano e a razão principal para esse baixo volume estava diretamente relacionado com as restrições legais existentes à época.

No entanto, com a entrada em vigor da Lei nº 13.097/2015, o ingresso de IED na saúde teve um incremento, para US\$ 1.338 milhões em 2015 e finalizou a ano de 2018 com US\$ 139 milhões, haja vista que o capital estrangeiro no setor de saúde brasileiro passou a ser garantido pelo artigo 142 da Lei nº 13.097/2015, que alterou o artigo 23 da Lei nº 8.080/1990.

---

<sup>1</sup> <http://unctad.org/en/pages/DIAE/World%20Investment%20Report/Annex-Tables.aspx> disponível em 03/12/2019.

Noutro ínterim, o Gasto Total em Saúde no Brasil é de cerca de 8% do PIB; 4,4% do PIB é de gastos privados (55% do total) e 3,8% PIB de gastos públicos (45% do total). Os dados são do Relatório “Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil”, publicado pelo Banco Mundial no final de 2018.<sup>2</sup> O documento destaca que mesmo o país tendo um sistema de saúde público universal, o gasto privado em saúde no Brasil é superior ao gasto público, diferentemente do padrão de países desenvolvidos com sistemas parecidos, como o Reino Unido e a Suécia.

Em 2014, os Estados Membros da Organização Pan-Americana da Saúde firmaram estratégia para o acesso universal à saúde e cobertura universal de saúde, com a qual se comprometeram a aumentar o gasto público em saúde até atingir a meta de referência de 6% do produto interno bruto (PIB).<sup>3</sup>

Estudo publicado em 2018 pela Revista Pan-Americana de Saúde Pública calculou que, com a projeção de crescimento econômico atual, o Brasil poderia alcançar a meta de investir 6% do PIB em gasto público de saúde apenas no ano de 2064.<sup>4</sup>

Diante desse percentual, o Brasil se encontra no 64º lugar da distribuição mundial (considerando 183 países), sendo esse valor próximo à média da América Latina e Caribe (3,6%) e inferior à da OCDE (6,5%), estes últimos com uma estrutura etária mais envelhecida relativamente ao caso brasileiro.

Neste momento é importante explicitar a existência de permissivo legal específico para a participação do capital estrangeiro na saúde suplementar

---

<sup>2</sup> <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/documents/10180/318974/AspectosFiscaisSa%C3%BAde2018/a7203af9-2830-4ecb-bbb9-4b04c45287b4> disponível em 18/11/2019.

<sup>3</sup> *Idem.*

<sup>4</sup> *Ibidem.*

brasileira. O artigo 1º, § 3º 5 da Lei nº 9.656/1998, que dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, autoriza o investimento estrangeiro em operadoras brasileiras de planos de saúde. Entendeu-se que a participação de capitais estrangeiros seria benéfica a livre concorrência e, em última instância, ao usuário final do referido serviço de saúde.

O capital estrangeiro tem um efeito positivo sobre a demanda por planos de saúde, pois permite que as empresas se capitalizem, aumentem a concorrência e promove uma melhora no oferecimento da qualidade de atendimento.

A Agência Nacional de Saúde - ANS, como órgão regulador responsável pela normatização, fiscalização e controle do mercado de saúde suplementar no país, também fixou entendimento no sentido de ser possível a participação de capitais estrangeiros em operadoras de planos de saúde com rede própria, desde que esta participação seja benéfica a livre concorrência e preserve os direitos dos consumidores e prestadores, como usuários finais do serviço.

Contudo, a reprimenda do artigo 23 da Lei 8080/90, ocasionará uma dicotomia no setor de saúde brasileiro, em que somente as operadoras de planos de saúde poderão receber investimentos estrangeiros enquanto os demais elos da cadeia de saúde (hospitais, clínicas diagnósticas, clínicas populares dependerão, a grosso modo, de investimentos internos. Olvida-se que o investidor, seja ele nacional ou estrangeiro, analisa a integralidade do setor que receberá o aporte de capital e não apenas microssistemas dele (setor de saúde público e setor de saúde privada). Assim, manter esse tratamento dicotômico a todos os elos da cadeia da saúde ocasionará

---

<sup>5</sup> Art 1º Submetem-se às disposições desta Lei as pessoas jurídicas de direito privado que operam planos ou seguros privados de assistência à saúde, sem prejuízo do cumprimento da legislação específica que rege a sua atividade.  
(...)

<sup>3º</sup> As pessoas físicas ou jurídicas residentes ou domiciliadas no exterior podem constituir ou participar do capital, ou do aumento do capital, de pessoas jurídicas de direito privado constituídas sob as leis brasileiras para operar planos privados de assistência à saúde.

insegurança jurídica, com consequência direta na redução do volume de investimento no setor privado e na pressão sobre a necessidade de mais investimentos na saúde pública. Explica-se.

É de se ver que o IED, além de permitir investimentos e tecnologias de ponta, inclusive, em pesquisa, permite impulsionar o segmento de saúde suplementar e, por conseguinte, a tendência de crescimento de beneficiários, o que, ao fim e ao cabo, significa menor pressão sobre o sistema de saúde pública.

Logo, quanto mais brasileiros utilizam o Serviço de Saúde Suplementar (cerca de 47 milhões - Set/2019), há, necessariamente, uma diminuição significativa nos gastos com saúde pública produzindo uma folga orçamentária no SUS e menor pressão sobre a necessidade de mais investimentos para atendimento dessa demanda.

O ingresso de IED, assim como qualquer ingresso de investimento privado na economia brasileira, amplia o acesso a planos de saúde e a prestação de serviços médico-hospitalares privados com consequente redução de gastos *per capita* no setor de saúde pública, a fim de atender o comando constitucional de acesso universal, integral e igualitário à saúde a toda a população brasileira, hoje, com 210 milhões de habitantes. Assim, na medida em que menos cidadãos brasileiros utilizam o Sistema Único de Saúde e são atendidos pelo Sistema de Saúde Suplementar, proporcionalmente menor será o impacto no atendimento efetivo dos cidadãos e, via de consequência, superior será a quantidade e qualidade do atendimento, não precisando a União Federal dispor de mais recursos ainda para atender minimamente o atendimento à saúde dos brasileiros. É evidente a viabilização de acesso ao SUS à população brasileira, o que demonstra que o conteúdo contido no Projeto de Lei nº 1.721/2015 está equivocado e, além de não atingir o

objetivo pretendido pela eminente Deputada Jandira Feghali, ainda potencializa os problemas da saúde pública.

Por outro lado, no que concerne à receita da saúde, a Emenda Constitucional nº 95/2016 (PEC do teto dos gastos públicos) alterou a Constituição Federal de 1988 para instituir um novo regime fiscal, onde está expressa a limitação do crescimento das despesas do governo brasileiro durante o prazo de 20 (vinte) anos, a partir de 2016, podendo ser revisitado em 10(dez) anos, e alcançou os três poderes da União, além do Ministério Público Federal e a Defensoria Pública.

A correção das despesas do governo federal deve observar a inflação dos últimos doze meses até o mês de junho do ano anterior, fazendo-se expressa exceção ao setor de saúde que deve manter a diretiva constitucional da aplicação mínima de recursos em ações e serviços públicos de saúde (ASPS).

Dentre os gastos públicos, o relatório sobre “Aspectos Fiscais da Saúde no Brasil”, elaborado pela Secretaria do Tesouro Nacional, afirma que a União foi responsável pelo gasto de 43% da despesa pública total na saúde, vindo a sua participação se reduzindo ano após ano. O valor mínimo gasto em 2017 foi de R\$ 117,1 bilhões, segundo informação da Secretaria do Tesouro Nacional.<sup>6</sup> Em 2018, foram autorizados R\$ 130 bilhões, dos quais apenas R\$ 108 bilhões acabaram efetivamente executados. Em 2019, o orçamento destinado ao setor de saúde em 2019 foi de R\$ 132,8 bilhões.

Segundo a PEC do Teto dos Gastos Públicos, a partir de 2018, a aplicação mínima deverá corresponder ao mínimo do ano anterior, atualizado

---

<sup>6</sup> Considerando a série histórica desde 2003, deixaram de ser utilizados R\$ 174 bilhões do orçamento da saúde, o que fez com que a destinação insuficiente de recursos tenha levado ao fechamento de 34 mil leitos no país nos últimos oito anos.<sup>6</sup>

pelo IPCA acumulado nos 12 meses encerrados em junho do exercício anterior, o que implica em dizer que, em termos reais, deve ser mantido o valor mínimo gasto em 2017 e, somente pode ser aumentado, desde que haja diminuição de gastos por outros ministérios.

Tal o contexto já absolutamente preocupante da destinação de gastos públicos para a saúde no Brasil, soma-se o recente contexto de recessão econômica que reacendeu, ainda mais, as preocupações sobre o controle de gastos públicos, notadamente, após a vigência da Emenda Constitucional n. 95/2016.

Portanto, em razão da limitação da emenda constitucional do teto de gastos, bem como a não possibilidade de se ampliar o orçamento público no caso dos efeitos da repriminção em questão, ter-se-á uma ampliação da massa populacional que, pela falta do investimento privado e a falta de investimento NO setor privado, acabará por buscar a saúde pública.

Em que pese o projeto de lei não tratar diretamente sobre aumento sobre o gasto público, não pairam dúvidas sobre o resultado da pressão no gasto. Na medida em que a chance de o investimento privado contribuir para a melhora do ambiente dos negócios na saúde privada, o reflexo natural e a ampliação do acesso por aqueles que atualmente utilizam somente a saúde pública. Clínicas populares, laboratórios de diagnóstico, hospitais privados, na medida em que recebem mais os investimentos, acabam por produzir uma escala que melhora o acesso dessa camada da população. Ao se proibir o capital estrangeiro, os projetos deveriam ter trazido os estudos que comprovem que a retirada do investimento não trará impacto sobre o gasto *per capita* na saúde pública. Portanto, o Projeto mostra-se incompatível e inadequado do ponto de vista orçamentário e financeiro.

Quanto ao mérito, além dos argumentos já expostos anteriormente quando da análise dos aspectos que demonstram a inadequação financeira e orçamentária, não pairam dúvidas que a proposição é indiscutivelmente inoportuna. A ampliação do capital estrangeiro em empresas de saúde no Brasil traz como consequência imediata não só a ampliação do volume de investimentos na área de saúde, mas geram oportunidades de empregos qualificados e melhores rendas, além de produzir avanços importantes para melhorar o estado de saúde das pessoas em razão da inovação tecnológica e do próprio avanço científico no cuidado global da saúde.

Diante do exposto, submeto a este colegiado meu voto pela **incompatibilidade** com as normas orçamentárias e financeiras e pela **inadequação** orçamentária e financeira do **Projeto de Lei nº 1.721, de 2015**, de modo terminativo, na forma do art. 54, II do RICD. E, no mérito pela **rejeição do Projeto de Lei nº 1.721, de 2015**.

Sala da Comissão, em 09 de dezembro de 2019.

**DARCÍCIO PERONDI**

Relator