

AVULSO NÃO
PUBLICADO –
REJEIÇÃO NA
COMISSÃO DE
MÉRITO



CÂMARA DOS DEPUTADOS

PROJETO DE LEI N.º 3.257-A, DE 2004

(Do Sr. Geraldo Resende)

Acresce parágrafo ao artigo 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências; tendo parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, pela rejeição deste e do de nº 5.244/05, apensado (relator: DEP. RAIMUNDO GOMES DE MATOS).

DESPACHO:

ÀS COMISSÕES DE:

SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA;

FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO (ART. 54 RICD); E

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

APRECIÇÃO:

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

S U M Á R I O

I - Projeto inicial

II - Projeto apensado: 5.244/05

III - Na Comissão de Seguridade Social e Família:

- parecer do relator
- parecer da Comissão

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 3º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

“ Art. 3º ”

§ 4º É vedada à Unidade Federativa depositária dos recursos o estabelecimento de condições que inviabilizem a autonomia da esfera estatal recebedora.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil continuam se caracterizando pela insuficiência de recursos, pela fragmentação organizacional, pela regressividade na captação de receitas e pela falta de equidade na sua alocação, pela desigualdade no acesso, pela dificuldade no processo de descentralização, pela ineficiência na gestão e pela baixa eficácia das ações de saúde.

O esforço sempre crescente de racionalizar a oferta de serviços face às restrições orçamentárias tem gerado uma estratégia equivocada de garantir a eficiência dos gastos, mediante a fragmentação da atenção integral à saúde em dezenas de programas, projetos e atividades, isolados entre si e cada um vinculado à determinados requisitos para receber os repasses federais, ou a itens específicos do orçamento do Ministério da Saúde.

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios, o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a implantação do Piso da Atenção Básica- PAB e a separação dos recursos para o financiamento da atenção básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial.

O PAB Fixo de cada município vem sendo calculado tendo por base um valor *per capita*, sendo transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Já o PAB variável depende da adesão de Estados e Municípios aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, Farmácia

Básica, Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Desta forma, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm sido forçadas a abandonar princípios sustentados pela Constituição, de políticas de caráter universal, em favor de políticas focalizadas para setores da população. O repasse de recursos tem sido condicionado, portanto, a um certo grau de renúncia às decisões políticas locais.

As grandes conquistas do repasse Fundo a Fundo e da autonomia dos Fundos de Saúde tornaram-se, portanto, quase ilusórias. Ou seja, a quase totalidade de cada uma das dezenas de gastos vinculados e também a remuneração dos prestadores é que têm sido, de fato, condicionantes para o recebimento dos repasses.

Esta exacerbação do fracionamento da atenção integral, gerada no Ministério da Saúde tem atingido também prioridades de abrangência nacional e responsabilidades intransferíveis do Ministério da Saúde, entre outras, a erradicação de algumas endemias as quais se encontram atualmente diluídas e pouco assumidas no conjunto das dezenas de projetos e programas.

O repasse regular e automático é incompatível com a celebração de convênio ou instrumento equivalente, que pressupõe acordo de vontade dos partícipes e se sujeita a uma normatividade específica para a sua celebração, com exigências e formalidades várias. Essas formalidades e exigências, partindo da esfera estatal depositária dos recursos, ferem a autonomia da esfera estatal recebedora.

Os recursos consignados no orçamento da União para transferência aos Estados, DF e Municípios para financiamento das ações e serviços de saúde, alocados no Fundo Nacional de Saúde, deveriam ser repassados de forma automática, conforme critérios previstos na Lei Orgânica da Saúde e desde que os Municípios, Estados e DF preencham os requisitos previstos na Lei, a saber: contar com fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreira, cargos e salários.

É, pois descabida a forma como a esfera federal vem efetuando o repasse de recursos Fundo a Fundo para Estados e Municípios tendo em vista, sobretudo, que a construção do SUS prevista na Lei n.º 8.080/90, preconiza o planejamento e orçamento ascendente, com metas de serviços pactuadas segundo as realidades locais e regionais.

Nem esta diretriz, nem aquelas previstas nas Normas Operacionais do Sistema estão sendo cumpridas, motivo pelo qual está sendo proposto o Projeto de Lei em referência.

Sala das Sessões, 30 de março de 2004.

Deputado Geraldo Resende
PPS/MS

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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.

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 4 (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 este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, 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 70% (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 2 (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.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes, e dá outras providências.

DISPOSIÇÃO PRELIMINAR

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

**TÍTULO I
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

.....
.....

**PROJETO DE LEI N.º 5.244, DE 2005
(Do Sr. Ivan Paixão)**

Acresce parágrafo ao art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.

DESPACHO:

APENSE-SE AO PL 3.257/2004

APRECIÇÃO:

Proposição sujeita à apreciação conclusiva pelas Comissões - art. 24, II

O CONGRESSO NACIONAL decreta:

Art. 1º O art. 3º da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, passa a vigorar acrescido do seguinte § 4º:

“ Art. 3º

§ 4º É vedada à Unidade Federativa depositária dos recursos o estabelecimento de condições que inviabilizem a autonomia da esfera estatal recebedora.”

Art. 2º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

As Políticas Públicas de Saúde no Brasil continuam se caracterizando pela insuficiência de recursos, pela fragmentação organizacional, pela regressividade na captação de receitas e pela falta de equidade na sua alocação, pela desigualdade no acesso, pela dificuldade no processo de descentralização, pela ineficiência na gestão e pela baixa eficácia das ações de saúde.

O esforço sempre crescente de racionalizar a oferta de serviços face às restrições orçamentárias tem gerado uma estratégia equivocada de garantir a eficiência dos gastos, mediante a fragmentação da atenção integral à saúde em dezenas de programas, projetos e atividades, isolados entre si e cada um vinculado à determinados requisitos para receber os repasses federais, ou a itens específicos do orçamento do Ministério da Saúde.

Até 1997 não havia subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios, o que passou a ocorrer a partir de março de 1998 com a implantação do Piso da Atenção Básica- PAB e a separação dos recursos para o financiamento da atenção básica e para o financiamento da Assistência de Média e Alta Complexidade Ambulatorial.

O PAB Fixo de cada município vem sendo calculado tendo por base um valor *per capita*, sendo transferido de forma automática do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Já o PAB variável depende da adesão de Estados e Municípios aos programas prioritários definidos pelo Ministério da Saúde, tais como os Programas de Agentes Comunitários de Saúde, de Saúde da Família, de Combate às Carências Nutricionais, Farmácia Básica, Vigilância Sanitária e Epidemiológica.

Desta forma, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde têm sido forçadas a abandonar princípios sustentados pela Constituição, de políticas de caráter universal, em favor de políticas focalizadas para setores da população. O repasse de recursos tem sido condicionado, portanto, a um certo grau de renúncia às decisões políticas locais.

As grandes conquistas do repasse Fundo a Fundo e da autonomia dos Fundos de Saúde tornaram-se, portanto, quase ilusórias. Ou seja, a quase totalidade de cada uma das dezenas de gastos vinculados e também a remuneração dos prestadores é que têm sido, de fato, condicionantes para o recebimento dos repasses.

Esta exacerbação do fracionamento da atenção integral, gerada no Ministério da Saúde tem atingido também prioridades de abrangência nacional e responsabilidades intransferíveis do Ministério da Saúde, entre outras, a erradicação de algumas endemias as quais se encontram atualmente diluídas e pouco assumidas no conjunto das dezenas de projetos e programas.

O repasse regular e automático é incompatível com a celebração de convênio ou instrumento equivalente, que pressupõe acordo de vontade dos partícipes e se sujeita a uma normatividade específica para a sua celebração, com exigências e formalidades várias. Essas formalidades e exigências, partindo da esfera estatal depositária dos recursos, ferem a autonomia da esfera estatal recebedora.

Os recursos consignados no orçamento da União para transferência aos Estados, DF e Municípios para financiamento das ações e serviços de saúde, alocados no Fundo Nacional de Saúde, deveriam ser repassados de forma automática, conforme critérios previstos na Lei Orgânica da Saúde e desde que os Municípios, Estados e DF preencham os requisitos previstos na Lei, a saber: contar com fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreira, cargos e salários.

É, pois descabida a forma como a esfera federal vem efetuando o repasse de recursos Fundo a Fundo para Estados e Municípios tendo em vista, sobretudo, que a construção do SUS prevista na Lei n.º 8.080/90, preconiza o planejamento e orçamento ascendente, com metas de serviços pactuadas segundo as realidades locais e regionais.

Nem esta diretriz, nem aquelas previstas nas Normas Operacionais

do Sistema estão sendo cumpridas, motivo pelo qual está sendo proposto o Projeto de Lei em referência.

Sala das Sessões, 17 de maio de 2005

Deputado Ivan Paixão
PPS/SE

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

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 4 (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 este ou pelo Conselho de Saúde.

§ 2º O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviços, 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 70% (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 2 (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.

Art. 5º É o Ministério da Saúde, mediante Portaria do Ministro de Estado, autorizado a estabelecer condições para aplicação desta Lei.

Art. 6º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 28 de dezembro de 1990; 169º da Independência e 102º da República.

FERNANDO COLLOR

Alcení Guerra

LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990

Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Disposição Preliminar

Art. 1º Esta Lei regula, em todo o Território Nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado.

TÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS (ARTIGOS 2º E 3º)

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

.....

.....

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

I – RELATÓRIO:

O Projeto de Lei, ora em exame, propõe acrescentar o artigo 3º da Lei nº 8142 de 28 de dezembro de 1990, dispondo sobre a possibilidade da participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde.

A justificação apresentada pelo autor diz a que a subdivisão dos recursos transferidos para estados e municípios foi iniciada a partir de 1998 com a implantação do Piso de Atenção Básica e que a adesão às normas específicas para o recebimento de determinados valores, por vezes faz com que os entes federativos executores de políticas sejam forçados “a abandonar princípios sustentados pela Constituição”. Infere que o repasse regular e automático por meio de fundos de saúde é incompatível com a celebração de convênios e que o estabelecimento de condições fere a autonomia da esfera estatal recebedora.

Com fundamento no exposto, o autor julga descabida a forma como a esfera federal efetua o repasse de recursos fundo a fundo, motivo pelo qual foi apresentado este Projeto de Lei. Cabe ressaltar que a este PL foi apensado o Projeto de Lei Nº 5.244/05.

As matérias são de competência conclusiva das Comissões, cabendo à Comissão de Seguridade Social e Família manifestação quanto ao mérito, nos limites das competências regimentais. Posteriormente deverão manifestar-se as Comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania, respectivamente, quanto à adequação orçamentária e financeira e quanto à constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa. Não foram apresentadas emendas nos prazos previstos nos prazos regimentais.

É o Relatório.

II- ANÁLISE E VOTO DO RELATOR:

A Carta Magna previu no seu artigo 198 que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada, hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes da descentralização, atendimento integral e participação comunitária.

Em primeira análise importa dizer que a Constituição da República Federativa do Brasil de 5 de outubro de 1988 contemplou a idéia defendida pelo Movimento da Reforma Sanitária de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado. Todavia, o dever de garantir acesso universal e isonômico às ações e serviços de saúde constitui desafio relevante aos gestores do SUS e em que pese todos os seus esforços, muitas lutas ainda precisam ser enfrentadas. Entretanto, tal desafio não é exclusivo dos gestores do SUS e sim do Estado visto como um todo, composto por todos os seus entes.

Destaca-se que também prevê a Constituição Federal que instituições privadas poderão participar de forma complementar ao Sistema Único de Saúde e identifica instrumentos como o contrato de direito público ou convênio para dar forma a tal participação. O dispositivo legal confere incompatibilidade ao projeto legislativo proposto. A composição do SUS admite a participação de entes não governamentais e, portanto, a transferência financeira é impossível na modalidade regular e automática por meio de fundos de saúde. Não cabe às entidades privadas a constituição de fundo especial, assim como não lhes será próprio repasse financeiro de forma regular e automática. As entidades privadas atendem objeto e preço determinado em instrumento próprio e definido por lei. Mais ainda, segundo a hierarquia da norma, não há que lei ordinária alterar dispositivo constitucional.

Por tratar-se de sistema que abranja todos os entes federados, o modelo de governança do SUS conta em seu escopo com a Comissão Intergestores Tripartite (União, Estados e Municípios) para a avença acerca da normatização e padronização pretendida para o SUS. As pactuações decorrentes das atividades das Comissões Intergestores do SUS, por óbvio respeitam princípios e diretrizes determinados constitucionalmente.

Assim, as transferências regulares e automáticas de recursos pela modalidade fundo a fundo, havida entre entes federados são decorrentes de pactuação nas Comissões Intergestores.

A representatividade da gestão estadual do SUS, ou seja, das Secretarias Estaduais de Saúde e do Distrito Federal dá-se pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS que tem por finalidade promover o pleno exercício das responsabilidades das secretarias estaduais de saúde na política de saúde junto aos órgãos do governo federal e municipal, poder legislativo e entidades da sociedade, o que compreende a participação na formulação e tomada de decisões que digam respeito ao SUS. Da mesma forma, a representatividade da gestão municipal do SUS, diga-se das

secretarias municipais de saúde, dá-se pelo Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS que tem por tarefa promover e consolidar um novo modelo de gestão pública de saúde alicerçado em conceitos como descentralização e municipalização, proporcionando às secretarias municipais de saúde a participação na formulação das políticas públicas.

Outra característica da governança da política pública de saúde no Brasil é que em cada estado os Secretários Municipais de Saúde se organizam em Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde – COSEMS, que afiliados ao CONASEMS tem como uma de suas atribuições auxiliarem os municípios na formulação de estratégias voltadas ao aperfeiçoamento dos seus sistemas de saúde, primando pelo intercâmbio de informações e pela cooperação técnica.

Tanto o CONASS quanto o CONASEMS são entidades citadas na Lei 8142/90 que ora se pretende alterar, pelo que, é inadmissível desconhece-las.

Pelo exposto, contamos com o apoio dos nobres parlamentares para a **NÃO APROVAÇÃO** deste Projeto de Lei e seu apenso Nº 5.244 de 2005, dada a sua incompatibilidade com a Norma Superior e demais legislação existente sobre o tema.

Sala da Comissão, em 20 de novembro de 2009.

Deputado RAIMUNDO GOMES DE MATOS
Relator

III - PARECER DA COMISSÃO

A Comissão de Seguridade Social e Família, em reunião ordinária realizada hoje, rejeitou o Projeto de Lei nº 3.257/2004, e o PL 5244/2005, apensado, nos termos do Parecer do Relator, Deputado Raimundo Gomes de Matos.

Estiveram presentes os Senhores Deputados:

Vieira da Cunha - Presidente, Sueli Vidigal, Germano Bonow e Manato - Vice-Presidentes, Alcení Guerra, Aline Corrêa, Armando Abílio, Arnaldo Faria de Sá, Bel Mesquita, Chico D'Angelo, Cida Diogo, Darcísio Perondi, Dr. Paulo César, Dr. Talmir, Eduardo Barbosa, Elcione Barbalho, Geraldo Resende, Henrique Afonso, Jô Moraes, Jofran Frejat, José Linhares, Lael Varella, Raimundo Gomes de Matos, Ribamar Alves, Rita Camata, Saraiva Felipe, Antonio Cruz, Colbert Martins, Neilton Mulim, Paes de Lira, Ronaldo Caiado e Solange Almeida.

Sala da Comissão, em 28 de abril de 2010.

Deputado VIEIRA DA CUNHA
Presidente

FIM DO DOCUMENTO
