

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 1, DE 2003 **(Aposos os Projetos de Lei Complementar nº 159/2004 e nº 181/2004)**

Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal.

Autor: Deputado Roberto Gouveia

Relator: Deputado Guilherme Menezes

I – RELATÓRIO

O Projeto de Lei Complementar em epígrafe, de autoria do Deputado Roberto Gouveia, visa a regulamentar o § 3º do art. 198 da Constituição Federal, definindo o montante de recursos a ser destinado para ações e serviços públicos de saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios; os critérios de rateio e a fiscalização e controle desses recursos.

Com relação aos percentuais a serem aplicados pela União, o Projeto prevê a destinação, até o exercício de 2004, de, no mínimo, o montante aplicado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB. A partir de 2005, serão aplicados 11,5% das receitas advindas de impostos e contribuições da União, descontadas as transferências constitucionais. Esse montante não deverá ser inferior ao empenhado no exercício anterior, corrigido pela variação nominal do PIB ou pela taxa de incremento populacional, a que for maior.

O Projeto veda a inclusão de gastos com pagamento de amortizações, juros, encargos da dívida pública e previdenciários por não serem despesas com ações e serviços de saúde.

Os Estados e o Distrito Federal deverão aplicar 12% das receitas dos impostos previstos no art. 155 da CF e dos recursos de que tratam os

art. 157 e 159, inciso I, alínea *a* e inciso II da Constituição Federal, deduzidas as transferências aos Municípios.

Aos municípios e ao Distrito Federal incumbe aplicar 15% sobre o produto da arrecadação dos impostos previstos no art. 156 da Constituição Federal e dos recursos de que tratam os art. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º.

Quanto ao rateio dos recursos provenientes dos Estados, o Projeto de Lei Complementar prevê a destinação de 70% aos Municípios, dos quais 15% com base no critério populacional e o restante de acordo com análise técnica de programas e projetos combinada com os seguintes critérios: perfil demográfico e epidemiológico, características quantitativas e qualitativas da rede de saúde, desempenho técnico e financeiro do exercício anterior, níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais, previsão do plano quinquenal de investimentos da rede e ressarcimento a outras esferas de governo por serviços prestados.

Os 30% restantes serão aplicados nos Estados, segundo os mesmos critérios acima especificados.

A avaliação do montante a ser distribuído, segundo os critérios estabelecidos, será de responsabilidade dos respectivos Conselhos de Saúde.

A fiscalização do cumprimento das normas instituídas pelo presente Projeto de Lei Complementar ficará a cargo dos respectivos tribunais de contas e será acompanhada pelo Tribunal de Contas da União, o qual emitirá relatório das aplicações previstas na Lei Complementar.

O descumprimento do previsto na presente Proposição configura crime de responsabilidade e sujeita o ente infrator às seguintes penalidades: intervenção federal, impedimento para receber transferências voluntárias, impedimento para obter garantia de outro ente e para contratar operações de crédito.

Segundo o Autor, a presente Proposição tem por objetivo cumprir dispositivo constitucional, no sentido de permitir a perfeita aplicação da Emenda Constitucional nº 29, que alterou o art. 198 da CF para garantir recursos públicos mínimos para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Refere o Autor que acontecimentos recentes, quanto à interpretação dos dispositivos alterados pela Emenda Constitucional nº 29, evidenciam a urgência da sua regulamentação, que poderá esclarecer e definir os pontos que estão gerando controvérsia.

Ao Projeto de Lei Complementar acima ementado, foram apensados o PLP nº 159/2004, de autoria do Deputado Geraldo Resende, e o PLP nº 181/2004, do Deputado Rafael Guerra, ambos tratando da regulamentação do art. 198, § 3º da Constituição Federal.

As Proposições foram distribuídas, para análise e parecer quanto ao mérito, à Comissão de Seguridade Social e Família. Em seguida, deverão ser avaliadas pelas Comissões de Finanças e Tributação e de Constituição e Justiça e de Cidadania.

Tratando-se de Lei Complementar, a matéria deve, obrigatoriamente, ser apreciada em Plenário, quando poderá receber emendas, conforme disposto no Regimento Interno.

II - VOTO DO RELATOR

Inicialmente, há que se louvar a iniciativa dos Autores, dada a relevância do tema e a necessidade imperiosa de se garantir a plena eficácia dos dispositivos constitucionais que pretendem direcionar recursos mínimos para a saúde, viabilizando o Sistema Único de Saúde universal, equânime e pautado na integralidade da atenção, conforme o preceituado na Carta Magna.

Romper com obstáculos orçamentários e financeiros para prestar uma assistência de qualidade à saúde e que atenda as necessidades da população é uma missão das mais relevantes a ser cumprida pelos agentes públicos. Nesse sentido, a regulamentação do art. 198 da Constituição Federal, conforme estabelecido em seu § 3º, representa um passo fundamental, pois elimina controvérsias existentes quanto ao montante e à forma de distribuição dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pela União.

Pela complexidade do assunto e por envolver definições que trarão sérios impactos sobre o setor, é importante que seja amplamente discutido pelos diferentes segmentos interessados. Nesse sentido, foi constituído um grupo temático para discutir a regulamentação do § 3º do art. 198, o qual é integrado por representantes do Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Ministério da

Fazenda/Secretaria do Tesouro Nacional, Conselho Nacional de Saúde, Conselho de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, Conselho de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados, Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal, Associação dos Membros dos Tribunais de Contas - ATRICON, Organização Pan-americana da Saúde, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Associação Brasileira de Economia da Saúde - ABRES, Conselho Federal de Contabilidade, Fundação Getúlio Vargas e Banco do Brasil, além de diversas personalidades que individualmente contribuíram de forma a mais conseqüente com suas participações.

Esse grupo elaborou o documento intitulado "Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e a Regulamentação da Emenda Constitucional 29", que serviu de base para que o Conselho Nacional de Saúde aprovasse a Resolução 322, de 08 de maio de 2003, a qual apontou algumas diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional nº 29, enquanto não fosse editada a Lei Complementar prevista na Constituição Federal.

Cremos que os aspectos consensuais obtidos dentro do grupo de discussão devem ser levados em consideração quando da elaboração e aprovação da lei complementar prevista. Assim, a apreciação que ora fazemos dos Projetos de Lei Complementar em comento ocorre à luz dos resultados desse processo democrático de discussão, que envolveu segmentos técnica e politicamente importantes no trato da saúde.

O Projeto de Lei Complementar nº 1/2003, do ilustre Deputado Roberto Gouveia, tem o mérito de representar o passo inicial para a definição das normas que concretizarão a destinação de recursos financeiros mínimos para a saúde, contribuindo, pois, para a melhor estruturação do SUS, de forma a que ele esteja preparado para dar respostas efetivas às necessidades de saúde da população.

No entanto, há diversos aspectos que precisam ser modificados, aprimorados e incluídos, no Projeto principal e nos a ele apensados, o que nos leva a apresentar Substitutivo para contemplar as principais questões advindas do processo de discussão coletiva acima mencionado.

O primeiro aspecto diz respeito ao montante dos recursos a ser destinado pela União – único ente para o qual a EC nº 29 não definiu uma base vinculável para o período após 2004, deixando expressamente a tarefa para a Lei Complementar. O PLP nº 1/2003 propõe a destinação de 11,5% (onze e meio por cento) sobre o total de receitas da União advindas de impostos e contribuições, descontadas as transferências constitucionais, enquanto o PLP nº 181/2004 propõe

3% do valor nominal do Produto Interno Bruto – PIB. O terceiro projeto não trata dessa questão.

O estabelecimento da base de cálculo e do percentual sobre ela incidente para a determinação do montante mínimo de recursos a ser destinado para a saúde é uma tarefa de grande responsabilidade dos legisladores, pois trará implicações diretas sobre a oferta de serviços públicos de saúde para a população. Os recursos destinados para a saúde são um fator decisivo para a definição do SUS que queremos construir, um SUS que atenda às necessidades de saúde da população e que promova a equidade.

Entendemos que a proposta contida nos Projetos ora analisados não contemplam a melhor opção no que diz respeito ao montante de recursos da União para a saúde. Acreditamos que uma base de cálculo mais apropriada que as receitas de impostos e contribuições da União ou que o PIB é a das receitas correntes. Nossa proposta é que a União destine, para ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 10% de suas receitas correntes brutas, o que representa um avanço concreto e realista em relação ao montante atualmente destinado. Em termos monetários, tomando o exercício financeiro de 2002, isso representaria um montante de cerca de trinta e quatro bilhões de reais. Já a proposta contida no Projeto principal, que é a de tomar como base de cálculo as receitas de impostos e contribuições deduzidas as transferências constitucionais, representa um montante de recursos da ordem de vinte e oito bilhões de reais. Em relação ao PIB, a avaliação da série histórica de evolução do PIB em comparação com a evolução das receitas correntes mostra que houve maior incremento dessas últimas, tendência que, a permanecer, sugere que as receitas correntes constituem-se base de cálculo mais favorável.

Após amplo debate com as áreas mais representativas do campo da Saúde Pública, evidenciou-se a necessidade de um maior aporte de recursos para o setor, pelo que sugerimos a alteração da base de cálculo e do percentual sobre ela incidente, conforme proposta contida no Substitutivo que ora apresentamos.

Os dispositivos que tratam dos recursos a serem destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2004 não procedem, pois essa é uma questão já regulada pela Emenda Constitucional nº 29, constando do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. À lei complementar cabe estabelecer normas para o período financeiro posterior a 2004, ou seja, a partir de 2005. Quanto à base de cálculo sobre a qual incidirão os percentuais mínimos a serem aplicados pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, essa é uma questão não sujeita à normatização da lei complementar,

estando já definida no art. 198 da Constituição Federal. Em relação à definição dos percentuais, que é o objeto a ser regulado pela lei complementar, concordamos com o previsto no texto dos Projetos, que mantêm a mesma definição constante do art. 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, ou seja, 12 e 15%. No Substitutivo, acrescentamos dispositivo para disciplinar como devem ser considerados os impostos arrecados pelo Distrito Federal, bem como as transferências constitucionais, que não podem ser segregados em base municipal ou estadual. Nossa proposta é que incidam sobre eles o percentual relativo à base estadual. Essa é uma questão que tem gerado polêmica e que precisa ter uma definição clara, capaz de eliminar as dúvidas existentes.

Entendemos que o presente Substitutivo possibilita um aporte mais adequado de recursos para o SUS. No entanto, isso por si só não basta. É preciso criar mecanismos para impedir que sobre a base de cálculo incidam artifícios que resultem na sua diminuição e, conseqüentemente, na redução nominal dos recursos destinados à saúde. Para tanto, nosso Substitutivo contempla diversos dispositivos com a finalidade de preservar as bases de cálculo, como os arts. 8º, 9º e 26.

Os recursos para o setor não devem ser vistos meramente do ponto de vista orçamentário e financeiro, mas, principalmente, do ponto de vista social e humano, pois trata-se da possibilidade de preservação da vida de milhões de brasileiros. Sob esse prisma, são absolutamente legítimas as propostas contidas no Substitutivo.

Quanto à distribuição de recursos da União para os demais entes da Federação e dos Estados para os Municípios, entendemos que é necessário avançar em relação ao estabelecido na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Com base em experiências bem sucedidas de alguns Estados e do próprio Ministério da Saúde, que já dispõe de metodologia desenhada própria, propomos que o critério básico para nortear a distribuição dos recursos seja o de “necessidades de saúde”.

Propomos, também, avançar na descentralização e reforçar as instâncias de decisão dos entes da Federação. Assim, a definição sobre os critérios de rateio dos recursos deve ser remetida para as instâncias gestoras: a Comissão Intergestores Tripartite, em âmbito federal, contemplando a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, e as Comissões Intergestores Bipartite, em âmbito estadual, congregando os gestores estaduais e municipais, as quais deverão pactuar também os montantes a serem alocados, anualmente. No entanto, para preservar o controle social do SUS e reconhecendo os Conselhos de Saúde como a instância máxima de deliberação do SUS, as decisões das Comissões sobre a

metodologia de rateio e sobre o montante de recursos deverão sempre ser aprovadas pelos Conselhos de Saúde do ente da Federação correspondente. Prevê-se, ainda, a possibilidade de remanejamento de parcelas dos recursos entre os Municípios, por meio de consórcios ou outras formas de cooperativismo intermunicipal, na perspectiva de efetivar a regionalização e a hierarquização da rede de serviços, mas sempre no marco da gestão pública do SUS.

A alocação dos recursos entre os entes da Federação, de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, deve ser feita fundo a fundo e, apenas excepcionalmente, mediante a modalidade de convênio ou outros instrumentos congêneres.

O Substitutivo aqui apresentado inclui a delimitação do campo a que correspondem as ações e serviços públicos de saúde, para pôr fim às controvérsias que a ausência de tal definição tem gerado e que causam problemas para os gestores quando da aplicação dos recursos. Essa definição conceitual é fundamental para garantir a perfeita aplicação do texto constitucional emendado. De outra forma, o setor ficaria sujeito à inclusão de ações não específicas de saúde, o que representaria, efetivamente, uma diminuição do montante de recursos, já que implicaria a assunção de mais obrigações a serem cobertas sem o aporte dos recursos correspondentes. Isso contraria o espírito que originou a Emenda Constitucional nº 29.

É importante, pois, que a Lei Complementar estabeleça o conceito normativo de “ações e serviços públicos de saúde”, que defina e circunscreva precisamente o universo de atividades que terá seu financiamento contabilizado no montante dos recursos vinculados à saúde, para fins de fiscalização e acompanhamento do cumprimento do disposto na Lei.

Para essa conceituação, são tomados os princípios da equidade, da universalidade de acesso aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de complexidade do sistema e da integralidade da atenção, tal como esculpidos na Constituição Federal e reafirmados na Lei nº 8.080/90. A conceituação proposta advém da distinção que deve ser feita entre “determinantes de saúde” e “ações e serviços de saúde”, esses últimos da alçada do Sistema Único de Saúde.

No que tange à fiscalização e controle, imprescindíveis para a garantia da aplicação devida dos recursos, propomos que sejam explicitados o controle externo, que cabe ao Poder Legislativo e aos Tribunais de Contas, e o controle interno e seus instrumentos, para incluir a ação do próprio Poder Executivo e dos Conselhos de Saúde. Com a finalidade de dar transparência e facilitar o controle da aplicação dos recursos, são propostas medidas que incluem a disponibilização e a divulgação das informações; ênfase nos Fundos de Saúde

enquanto unidades orçamentárias e gestoras dos recursos; estabelecimento de contas bancárias específicas, de acordo com a origem do recurso; formas de escrituração das contas da saúde; reforço do controle social, mediante a participação imprescindível dos Conselhos de Saúde e da população, inclusive por meio da realização de audiências públicas e outros instrumentos de participação.

O Substitutivo apresentado busca dar respostas claras e objetivas para lacunas que têm gerado controvérsias e problemas na definição e aplicação dos recursos vinculados às ações e serviços públicos de saúde. As propostas nele contidas pretendem aprimorar os Projetos analisados, tendo como norte o atendimento das necessidades de saúde e a promoção da equidade. Busca-se com elas atender os interesses do setor saúde, provendo o SUS dos recursos mínimos necessários para a oferta de ações e de serviços de qualidade e em quantidade suficientes para o atendimento das demandas de saúde da população.

Pela relevância do tema em questão e por toda a argumentação expendida, manifestamos voto favorável, no mérito, aos Projetos de Lei Complementar nº 1/2003, nº 159/2004 e nº 181/2004, na forma do Substitutivo apresentado.

Sala da Comissão, em de de 2004.

Deputado Guilherme Menezes
Relator

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

SUBSTITUTIVO AOS PROJETOS DE LEI COMPLEMENTAR Nº 1/2003, Nº 159/2004 E Nº 181/2004

Regulamenta o § 3º do artigo 198 da
Constituição Federal e dá outras providências.

O Congresso Nacional Decreta:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. Esta Lei Complementar estabelece, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição:

I - as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - os percentuais incidentes sobre impostos e transferências constitucionais para aferição dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pelos Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - 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, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

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

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como ente da Federação a União, cada Estado, o Distrito Federal e cada Município.

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º. Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no artigo 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde.

Art. 3º. Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I – vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II – atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III – capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS;

IV – desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;

V – produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados,

medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI – ações de saneamento básico próprio do nível domiciliar ou de pequenas comunidades, desde que aprovadas pelo Conselho de Saúde do ente da Federação, as efetivadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e outras a critério do Conselho Nacional de Saúde;

VII – ações de manejo ambiental vinculadas diretamente ao controle de vetores de doenças;

VIII – gestão do sistema público de saúde e operação das unidades prestadoras de serviços públicos de saúde;

IX - investimentos na rede física do SUS, que inclui a execução de obras de-recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde;

X – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XI – remuneração de pessoal ativo em exercício na área de saúde, incluindo os encargos sociais.

Parágrafo Único. Serão consideradas na apuração dos recursos mínimos de que trata esta Lei Complementar as despesas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios com amortização e encargos financeiros referentes a operações de crédito destinadas ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde, cujos recursos tenham sido efetivamente aplicados entre 1º de janeiro de 2000 e a data da publicação desta Lei.

Art. 4º. Não constituem despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos recursos mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas realizadas com:

I – pagamento de inativos e pensionistas, inclusive os da saúde;

II – pessoal ativo da área de saúde, quando em atividade alheia à respectiva área;

III – serviços mantidos preferencialmente para o atendimento de servidores ativos e inativos, civis e militares, bem como dos respectivos dependentes e pensionistas;

IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvado o disposto no inciso II do art. 3º desta Lei Complementar;

V – ações de saneamento básico em cidades em que os serviços sejam implantados ou mantidos com recursos provenientes de fundo específico, taxas, tarifas ou preços públicos;

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII – preservação e correção do meio ambiente realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação e por entidades não-governamentais;

VIII – ações de assistência social;

IX – obras de infra-estrutura urbana, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos.

CAPÍTULO III

DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Seção I

Dos Recursos Mínimos

Art. 5º. A União aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a dez por cento de suas receitas correntes brutas, constantes dos Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social, tomadas como base de cálculo.

§1º Para efeitos desta Lei Complementar, consideram-se receitas correntes brutas a integralidade das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências correntes e outras receitas também correntes.

Art. 6º. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, doze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art.155 e dos recursos de que tratam os art. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. Aplica-se o percentual de que trata o *caput* aos impostos arrecadados pelo Distrito Federal e às transferências previstas no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição, que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 7º. Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, quinze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os art. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, da Constituição Federal.

Art. 8º. Inclui-se na base de cálculo dos valores a que se referem os artigos 6º e 7º desta Lei Complementar o montante de recursos financeiros transferidos, em moeda, pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a título de compensação financeira pela perda de receitas decorrentes da desoneração das exportações, nos termos da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, bem como de outras compensações de mesma natureza que vierem a ser instituídas em face da perda de receitas de impostos e de transferências previstos no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição.

Art. 9º. Para efeito do cálculo da base da receita prevista nos artigos 6º e 7º desta Lei Complementar, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 10. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas, sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 11. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da

Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 12. Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão repassados aos Fundos de Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, por meio de contas especiais mantidas em instituição financeira oficial.

Parágrafo único. Para fins do previsto no *caput*, serão mantidas, separadamente, contas bancárias para o gerenciamento dos seguintes recursos:

I – provenientes da aplicação dos percentuais mínimos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, na forma prevista nos arts. 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar;

II – provenientes das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde;

III – provenientes de repasses de outros entes da Federação;

IV – provenientes de operações de crédito internas e externas vinculadas à saúde; e

V – outras receitas destinadas à saúde.

Art. 13. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento junto a órgão vinculado ao SUS da administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 14. Os recursos provenientes de taxas, tarifas ou multas arrecadados por entidades próprias da área da saúde que integram a administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas respectivas entidades, não sendo considerados, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 15. Os recursos de que trata esta Lei Complementar, enquanto não empregados na sua finalidade e ressalvados os casos previstos em lei, deverão ser aplicados em conta vinculada mantida junto à instituição financeira oficial, sob a

responsabilidade do gestor de saúde e de acordo com a legislação específica em vigor.

Parágrafo único. As receitas financeiras decorrentes das aplicações referidas no *caput* deverão ser utilizadas em ações e serviços públicos de saúde, não sendo consideradas, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos art. 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, observados os seguintes prazos:

I - recursos arrecadados do primeiro ao décimo dia de cada mês: até o vigésimo dia;

II - recursos arrecadados do décimo primeiro ao vigésimo dia de cada mês: até o trigésimo dia;

III - recursos arrecadados do vigésimo primeiro dia ao final de cada mês: até o décimo dia do mês subsequente.

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, respeitado o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, Distrito Federal e Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios, com base na habilitação da gestão e na prestação de serviços pela rede

conveniada e contratada do Sistema Único de Saúde, bem como o efetivamente realizado.

§ 3º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Art. 18. As transferências da União para Estados, Distrito Federal e Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, de forma regular e automática, de acordo com a programação elaborada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas e excepcionais, por proposta da Comissão Intergestores Tripartite e com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, os recursos de que trata o *caput* poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde de cada ente da Federação mediante a celebração de convênio ou outros instrumentos congêneres ou diretamente aos prestadores de serviços da rede conveniada ou contratada do SUS.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e serviços de saúde, respeitado o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais aos Municípios e a previsão anual de recursos para cada Município, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Fundo Estadual de Saúde manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios, com base na habilitação da gestão e na prestação de serviços pela rede conveniada e contratada do Sistema Único de Saúde, bem como o efetivamente realizado.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com a programação elaborada pelo Fundo de Saúde Estadual e aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas e excepcionais, por proposta da Comissão Intergestores Bipartite e com a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, os recursos de que trata o *caput* poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde dos Municípios mediante a celebração de convênio ou outros instrumentos congêneres ou diretamente aos prestadores de serviços da rede conveniada ou contratada do SUS.

Art. 21. Os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo intermunicipal, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no *caput* deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e com as normas operacionais do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Das Disposições Gerais

Art. 22. Para a fixação inicial dos recursos mínimos a que se referem os arts. 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar, serão consideradas as estimativas constantes das respectivas leis orçamentárias.

Parágrafo único. Os valores fixados na forma do *caput* serão apurados e ajustados a cada quadrimestre, em função do comportamento da arrecadação.

Art. 23. Para fins de aferição da aplicação dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas inscritas em Restos a Pagar até o limite de disponibilidade de caixa no Fundo de Saúde e, no caso da União, nas demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, provenientes dos recursos previstos nos art. 5º, 6º, 7º e 8º.

Art. 24. Eventual diferença que implique o não-atendimento dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente à apuração da diferença, sem prejuízo das sanções cabíveis.

Parágrafo Único. Aplica-se ainda o disposto no *caput* sempre que o cancelamento ou a prescrição de Restos a Pagar comprometer a aplicação do montante mínimo em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 25. Ficam vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 26. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo da receita de que tratam os artigos 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências previstas no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição Federal, inclusive aquelas vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 27. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias anuais e os planos de aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades perante os limites de recursos.

CAPÍTULO IV

DA TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência da Gestão da Saúde

Art. 28. O Poder Executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dará ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e instituições da sociedade, com ênfase no que se refere:

I – à explicitação, na prestação de contas anual, do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II – ao relatório de gestão do Sistema Único de Saúde;

III – à avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do Sistema Único de Saúde, no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e visibilidade serão asseguradas, também, mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do plano plurianual, do plano de saúde e do orçamento anual.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 29. Os órgãos e entidades da administração direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão instrumentos de registro contábeis que garantam a segregação das despesas quanto à execução das ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. O Fundo de Saúde promoverá a consolidação das contas referentes à execução das ações e serviços públicos de saúde por parte dos órgãos e entidades da administração direta e indireta do ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 31. A prestação de contas de recursos públicos prevista no artigo 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, e videnciará o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição, nesta Lei Complementar e nas demais normas legais concernentes.

Art. 32. As receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Público, assim como em demonstrativo específico no Relatório Resumido da Execução Orçamentária de que trata o art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 33. O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, ao Conselho de Saúde correspondente, em audiência pública nas Casas Legislativas respectivas e junto ao Conselho de Orçamento Participativo, onde houver, relatório detalhado, referente ao quadrimestre anterior, que contenha, no mínimo, as seguintes informações:

I – montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II – auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações; e

III – oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Parágrafo Único. O relatório de que trata o *caput* seguirá modelo a ser elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 34. O Poder Legislativo, com o auxílio dos Tribunais de Contas, o sistema de auditoria do Sistema Único de Saúde e o Conselho de Saúde de cada ente da Federação fiscalizarão o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase nos seguintes aspectos:

I – execução do plano de saúde anual;

II – alcance das metas para a saúde estabelecidas na respectiva lei de diretrizes orçamentárias;

III – aplicação dos recursos mínimos vinculados à saúde, de acordo com as normas previstas nesta Lei Complementar;

IV – transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V – aplicação dos recursos do SUS, especialmente no que se refere aos montantes mínimos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, observada a competência dos órgãos de fiscalização; e

VI – destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 35. O Ministério da Saúde manterá, de forma centralizada, sistema de registro eletrônico das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão, obrigatoriamente e em caráter declaratório, o sistema especificado no *caput*.

§ 2º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde, ou outro que venha a lhe substituir, apresentará as seguintes características:

I – processos informatizados de declaração, armazenamento e extração dos dados;

II – disponibilidade do programa de declaração;

III – publicidade dos dados declarados e dos indicadores calculados;

IV – realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar; e

V – presença de mecanismos que promovam a correspondência dos dados declarados no sistema e os demonstrativos contábeis publicados pelos entes

da Federação.

§ 3º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no *caput* a responsabilidade pela:

I – inserção de dados no programa de declaração;

II – fidedignidade dos dados declarados em relação aos demonstrativos contábeis; e

III – veracidade dos dados inseridos no sistema.

§ 4º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para a inserção ou remessa dos dados previstos neste artigo.

§ 5º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o relatório de gestão de que trata o art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 6º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do Sistema Único de Saúde e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público, à Controladoria-Geral da União e ao Tribunal de Contas do respectivo ente da Federação, para a adoção das medidas cabíveis.

Art. 36. O Ministério da Saúde disponibilizará, aos respectivos Tribunais de Contas, informações prestadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, para utilização nas atividades de fiscalização e controle externo daqueles órgãos.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dada ciência ao Ministério da Saúde e à direção local do SUS, para que sejam tomadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 37. Os Conselhos de Saúde avaliarão, no máximo, a cada quadrimestre, o relatório do gestor da saúde sobre a execução desta Lei

Complementar e a sua repercussão nas condições de saúde da população e na qualidade dos serviços de saúde do SUS.

Parágrafo único. Com base na avaliação dos relatórios referidos no *caput*, os Conselhos de Saúde encaminharão ao Chefe do Poder Executivo da respectiva esfera de governo as indicações quanto à adoção de medidas corretivas e contribuições para a formulação das políticas de saúde.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 38. A União prestará cooperação técnica aos Estados e ao Distrito Federal para a implementação do disposto no art. 19 desta Lei Complementar.

Art. 39. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste no treinamento e no desenvolvimento de recursos humanos e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 35 desta Lei Complementar, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na doação de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 40. Serão criadas, no âmbito da União e dos Estados, vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde, respectivamente, em caráter permanente, comissões de gestores de saúde com a participação paritária de representação das três esferas de governo – Comissão Intergestores Tripartite – nacionalmente, e das esferas estadual e municipal em cada Unidade Federada – Comissão Intergestores Bipartite, com a atribuição de discutir e pactuar sobre a execução da política de saúde, do planejamento, do plano de saúde e seu orçamento, da descentralização, da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, e, em especial, sobre os critérios de rateio de recursos da União para os Estados e dos Estados para os Municípios, nos termos desta Lei Complementar.

Parágrafo único. As decisões das comissões referidas no *caput* só poderão ser tomadas por consenso e deverão ser observadas pelos dirigentes do

SUS, em cada esfera de governo.

Art. 41. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar configuram crime ou ato de improbidade administrativa para os gestores e agentes públicos que lhe derem causa e serão punidas nos termos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940; a Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950; o Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967; a Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 42. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão,