

COMISSÃO DE SEGURIDADE SOCIAL E FAMÍLIA

PROJETO DE LEI Nº 3.350, DE 1997 (Apensado o Projeto de Lei nº 1.318, de 1999)

Dispõe sobre a instituição do Programa Nacional de Apoio à Saúde – PRONASA, com a finalidade de captar e canalizar recursos para o setor saúde.

Autor: Deputado JOSÉ LINHARES

Relatora: Deputada CIDA DIOGO

I - RELATÓRIO

O Projeto de Lei em epígrafe, de autoria do Deputado José Linhares, propõe a criação do Programa Nacional de Apoio à Saúde – PRONASA, com a finalidade de captar e canalizar recursos para o setor saúde, para serem utilizados na consecução de sete objetivos: I) promoção da regionalização do atendimento gratuito à saúde no País; II) proteção e viabilização da ação das instituições filantrópicas no campo da saúde; III) contribuição para o desenvolvimento científico no País; IV) preservação e desenvolvimento do patrimônio hospitalar brasileiro; V) estímulo ao intercâmbio de informações científicas; VI) estímulo à difusão do conhecimento científico; e VII) desenvolvimento e expansão do atendimento gratuito à saúde para as regiões menos favorecidas.

O Projeto prevê que o PRONASA seria financiado pelo Fundo nacional de Saúde (FNS), pelo Fundo de Investimento no Atendimento Gratuito à Saúde (FINAGRAS) e por incentivos a projetos médico-hospitalares de natureza filantrópica. Tais incentivos seriam restritos a projetos destinados ao atendi-



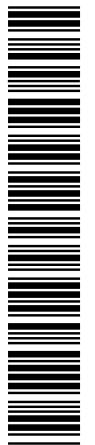
mento de “população carente de recursos”, sendo permitido à empresa doadora ou patrocinadora o abatimento no Imposto de Renda e a divulgação e veiculação de sua marca junto a obra patrocinada.

Os projetos médico-científicos e hospitalares, que receberiam recursos do PRONASA poderiam atender a diversas atividades, dentre as quais se destacam: bolsas de estudo no Brasil e no exterior, realização de congressos médicos, edição e distribuição de publicações, construção, manutenção, ampliação, conservação e restauração de serviços de atendimento público e gratuito à saúde, aquisição, produção e manutenção de equipamentos hospitalares, complementação do custeio ao atendimento gratuito à saúde, “onde o repasse do SUS é comprovadamente deficitário”, formação e desenvolvimento de centros de atendimento gratuito à saúde, divulgação nos espaços do Governo na mídia, de eventos e obras voltadas ao atendimento à saúde, campanhas de atendimento gratuito, contratação de serviços para elaboração de projetos, produção de remédios e equipamentos hospitalares. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde precisaria ouvir a Comissão Nacional de Incentivo à Saúde (CONISA) para incluir outras atividades relevantes.

O Capítulo II da Proposição trata do FNS, indicando cinco funções, em geral relacionadas com a captação e destinação de recursos para os projetos atendidos pelo PRONASA. A administração do FNS seria realizada pelo Ministério da Saúde e presidentes das entidades supervisionadas, sendo o Programa de Trabalho Anual “aprovado” pela CONISA. A execução financeira dos projetos caberia ao Ministério da Saúde. Há indicação explícita de que os recursos do FNS não poderiam ser usados para custear despesas diferentes das previstas no Projeto de Lei.

Os projetos seriam avaliados tecnicamente pelas “entidades fiscalizadoras”, mas dependeriam de aprovação final por parte do Ministério da Saúde. Instituições não aprovadas ficariam inabilitadas por três anos para recebimento de novos recursos.

O FNS funcionaria sob a forma de apoio a fundo perdido ou de empréstimo reembolsável e teria recursos provenientes de 13 fontes. Os proje-



7E9CA4BA35

tos seriam financiados em até 80% pelo FNS e o restante pelo proponente. O FNS estimularia instituições financeiras a formarem carteira para financiamento de projetos.

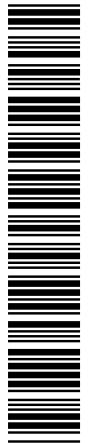
O Capítulo III do Projeto de Lei trata da instituição do FINAGRAS, que se destinaria a custear as seguintes atividades: construção e reforma de serviços de atendimento gratuito à saúde, produção de medicamentos e aparelhos hospitalares, pesquisa científica, edição de publicações e outras atividades de interesse público, ouvida a CONISA. O FINAGRAS seria regulamentado pela Comissão de Valores Mobiliários, ouvido o Ministério da Saúde, e seria constituído na forma de condomínio, sem personalidade jurídica, caracterizando comunhão de recursos.

A Proposição estabelece ainda as competências da administração do FINAGRAS, a isenção do Imposto sobre Operações de Crédito, Câmbio e Seguro, assim como, do Imposto sobre Proventos de Qualquer Natureza. Uma alíquota de 25% incidiria no Imposto sobre Renda na fonte sobre os rendimentos e ganhos de capital auferidos pelo FINAGRAS.

O Projeto em pauta indica que o Ministério da Saúde deverá estimular, por meio do Fundo Nacional de Saúde, a composição, por parte das instituições financeiras, de carteiras para o financiamento de projetos para saúde, com taxas de juros especiais a serem aprovadas pelo Banco Central do Brasil.

O Capítulo IV da Proposição aborda os incentivos a projetos de desenvolvimento de assistência gratuita à saúde. No caso de doações ou patrocínios, fica concedida às pessoas físicas ou jurídicas a possibilidade de opção de aplicação de parcelas do Imposto de Renda, tanto no apoio direto a projeto, apresentado por pessoas físicas ou jurídicas, de caráter público, privado ou filantrópico, como através de contribuições ao Fundo Nacional de Saúde.

Caberia à CONISA a decisão final a respeito dos projetos encaminhados ao Ministério da Saúde, funcionando, inclusive, como instância de recurso.



O Art. 22 indica que os projetos enquadrados nos objetivos da Proposição não poderiam ser objeto de apreciação subjetiva, quanto ao seu valor científico ou assistencial. O Art. 24 equipara a doações, as despesas relacionadas ao atendimento gratuito, como vacinas, medicamentos, equipamentos e instrumentos hospitalares, conservação e restauração do patrimônio hospitalar.

O Art. 25 inclui entre os meios para fomento ao atendimento gratuito, a produção de material de limpeza, equipamentos acústicos, televisivos ou de informática e de materiais de construção civil. No art. 26, estão previstas reduções no Imposto de Renda devido, num percentual de 100% no caso de doações.

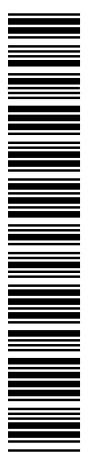
O Capítulo V apresenta as Disposições Gerais e Transitórias, destacando-se: o estímulo à institucionalização dos Conselhos de Saúde, a criação da CONISA, o estabelecimento de sistema de premiação anual, a instituição da ordem do Mérito à Saúde, a indicação de que o Executivo deve enviar mensagem ao Congresso Nacional relacionada à renúncia fiscal e a tipificação de crime relacionado à fraude no Imposto de Renda.

É digno de nota que a CONISA seria composta pelo Ministro da Saúde, representação de Secretários de Saúde de Unidades Federadas, além de representantes de instituições diversas, sem inclusão de representação de usuários.

A este Projeto, foi apensado o PL 1318, de 1999, do Deputado Heráclito Fortes, com finalidade semelhante.

O Projeto, que não está sujeito à apreciação conclusiva das Comissões, foi distribuído para a CSSF. Após a apreciação por essa Comissão, o Projeto tramitará na Comissão de Finanças e Tributação, para apreciação do mérito e da adequação financeira e orçamentária, e na Comissão de Constituição e Justiça e de Redação, para o exame dos aspectos de constitucionalidade e juridicidade da matéria.

É o Relatório.



7E9CA4BA35

II - VOTO DA RELATORA

A Proposição em análise demonstra a preocupação do ilustre Deputado José Linhares com a saúde da população carente de recursos e com o desenvolvimento do atendimento hospitalar no País. O esforço empregado na elaboração deste longo e denso Projeto e a relevância do tema impõem uma análise detalhada de seu mérito.

Nossa análise, pela identidade de opiniões, baseou-se, fortemente, no Parecer do nobre Deputado Henrique Fontana, não apreciado por esta Comissão.

Assim, entendemos que a criação do PRONASA poderia representar a formação de um sistema paralelo ao Sistema Único de Saúde (SUS), por pretender, como seu principal objetivo, criar mecanismos muito particulares para financiar e desenvolver o setor representado pelas instituições filantrópicas da área da saúde.

Os instrumentos propostos, bem como a gestão operacional e política, contrariam a essência das disposições constitucionais para a saúde. Distancia-se do processo, em que a conformação de um sistema único de saúde, descentralizado, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral e da participação da comunidade constituiu-se em um dos maiores avanços vividos pelo setor saúde em todos os tempos. Esses princípios estão estampados na Constituição Federal e repercutem nas leis que regulamentam o setor.

Quanto às filantrópicas, é certa a recomendação constitucional de seu papel no SUS, como é certo que devem estar sujeitas às regras do mesmo SUS, assim como devem estar a ele integradas. A proposição contém uma série de elementos ameaçadores deste mandamento constitucional.

Destaque-se a Lei nº 8.080, de 1990, que estabelece ser competência da direção nacional do SUS elaborar normas para regular as relações entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e os serviços privados contratados



de assistência à saúde. A Lei deixa claro o papel suplementar dos Estados e o papel predominantemente executor dos Municípios. Da mesma forma, o Projeto apresenta aspectos que poderiam romper com estas regras fundamentais para a viabilização do SUS.

Os demais objetivos do PRONASA, como o desenvolvimento técnico e científico, teriam efeito limitado e duplicariam ações que são atribuições de prestigiados órgãos governamentais de fomento à pesquisa e desenvolvimento da ciência. O braço executivo do PRONASA, a CONISA, desconheceria a existência do Conselho Nacional de Saúde, que é responsável, segundo a Lei nº 8.142, de 1990, pela formulação de estratégias e pelo controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. A CONISA teria, ainda, poderes para autorizar a execução de projetos, para aprovar o plano anual de trabalho e até se constituiria em instância para recursos. Caberia ao Ministério da Saúde, basicamente, o papel de financiador das atividades.

Preocupa-nos, portanto, a quebra da unidade do sistema de saúde brasileiro, pelo afastamento da proposição da essência do SUS, como, também a desconsideração do papel fundamental do Conselho Nacional de Saúde. Ademais, os Estados, Municípios e o Distrito Federal, teriam limitada ou nenhuma participação, como no caso dos Municípios, nas deliberações da CONISA. Desse modo, seria inviável ao gestor municipal, estadual e federal tentar organizar o atendimento de forma regionalizada e hierarquizada. Seria, sem dúvidas, um grande retrocesso e uma perda de enormes conquistas da sociedade brasileira.

Outro preceito constitucional que seria abalado é o da participação da comunidade. Contrastando com a numerosa representação de instituições do setor filantrópico e do empresariado, os usuários não estariam representados na CONISA, enquanto que no Conselho Nacional de Saúde, até mesmo por designação da Lei nº 8.142, de 1990, têm garantida a representação paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos.

Esses elementos de análise mais ampla e estrutural da proposição demonstram que a opção apresentada pelo autor, em sua justificada pre-



ocupação em encontrar saídas para a crise das filantrópicas, não foi a mais adequada. Pelo contrário, para solucionar um problema, põe em risco os princípios do Sistema Único de Saúde.

Ao se especificar a análise, identificamos que o Projeto prevê que o FNS seria administrado pelo Ministério da Saúde e pelos presidentes das entidades supervisionadas, contrariando o Art. 33 da Lei nº 8.080, de 1990, que atribui essa função ao Ministério da Saúde, sob a fiscalização do Conselho Nacional de Saúde. Além disso, a Proposição indica que os recursos do FNS não poderiam custear outras atividades que não as previstas na mesma, que são basicamente dirigidas ao setor filantrópico. Isso inviabilizaria por completo o SUS e contraria o que já está estabelecido no Art. 2º da Lei nº 8.142, de 1990, que assegura que os recursos do FNS serão alocados: nas despesas de custeio e de capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta, nos investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional, nos investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde, na cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal, incluindo os investimentos na rede de serviços, a cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e as demais ações de saúde.

A criação de um sistema paralelo de financiamento tenderá, em curto prazo, a desestruturar as ações e os serviços, hoje integrados. O SUS possui os fundos nacional, estadual e municipal de saúde, conta com processos coletivos de decisão, em que há participação privilegiada dos usuários do sistema de saúde, além dos governos, dos prestadores de serviços e dos trabalhadores de saúde, favorecendo a melhor utilização de seus recursos.

O Projeto apresenta grave problema conceitual ao vincular o atendimento gratuito à saúde quase que exclusivamente ao atendimento prestado por instituições filantrópicas. Todo o atendimento prestado pelo SUS é gratuito, em respeito aos princípios legais da universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência, e à integralidade da assistência, considerando os diversos níveis de complexidade do sistema.



7E9CA4BA35

Salientamos, também, a dificuldade em se justificar a renúncia fiscal representada pela dedução no Imposto de Renda de “doações” relacionadas à realização do “atendimento gratuito”. O Art. 24 equipara a doações, as despesas de atendimento gratuito como vacinas, medicamentos, equipamentos e instrumentos hospitalares, conservação e restauração do patrimônio hospitalar. É possível a situação em que tais atendimentos sejam remunerados por meio de convênio com o SUS e, nesse caso, o prestador do serviço seria beneficiado pela doação e pela remuneração. Indo além, se a instituição doadora tivesse alguma relação com o prestador de serviço, este seria beneficiado, mais uma vez, pela redução no imposto.

Outros aspectos merecem ser questionados, como: a previsão de que os projetos a serem financiados pelo PRONASA não poderiam “ser objeto de apreciação subjetiva, quanto ao seu valor científico ou assistencial”, - inviabilizando a avaliação do mérito de tais projetos; a inclusão de financiamento de atividades estranhas ao setor saúde, como a produção de material de limpeza, equipamentos acústicos, televisivos ou de informática e de materiais de construção civil; e a indicação de que instituições reprovadas na avaliação do Ministério da Saúde, não poderiam receber novos recursos por um período de três anos, deixando em aberto a possibilidade de que uma instituição fraudadora venha a se habilitar para receber recursos do Programa, após período relativamente curto.

Há de se notar que este projeto de lei data de 1997. A escassez dos recursos para a saúde ainda é uma realidade. Todavia, houve avanços, especialmente, com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000, embora merecedora de uma regulamentação, que efetivamente destine os recursos que o setor requer.

Quanto á crise das filantrópicas, ainda que persistam importantes dificuldades, nesta década muitas iniciativas foram tomadas, com alguns importantes avanços, como destacaremos a seguir.

Nos anos 1999 e 2000, foi implementado o Programa de Reestruturação Financeira e Modernização Gerencial das Santas Casas e Hospitais Filantrópicos vinculados ao Sistema Único de Saúde, com o objetivo de assegurar



7E9CA4BA35

melhoria e continuidade na prestação de serviços por essas unidades de saúde à comunidade em geral. O Ministério da Saúde atuou como gestor; o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), como instituição financiadora; a Caixa Econômica Federal (CEF), como agente do programa. Foram beneficiadas algumas das Santas Casas mais importantes do país.

Criação, em 2003, de um Grupo de Trabalho para a elaboração da política de reestruturação dos hospitais filantrópicos. Fruto deste trabalho, foi editado, em 2005, um Decreto Presidencial, que “institui Comitê Interministerial, no âmbito do Ministério da Saúde, com o objetivo de coordenar estudos e apresentar propostas necessários à melhoria das condições de atuação e atendimento dos hospitais conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS”.

Em 2004, o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde beneficiou muitos dos hospitais filantrópicos, que assumem também o papel de hospital escola.

Outra iniciativa voltada a apoiar as Santas Casas, em curso desde 2001, é o Programa Nacional de Incentivo à Parceria entre os Hospitais Filantrópicos sem fins lucrativos e o Sistema Único de Saúde. Trata-se de um incentivo adicional a ser pago aos hospitais filantrópicos e sem fins lucrativos habilitados; objetiva estimular o desenvolvimento das ações assistenciais e a sua realização em regime de parceria com o Poder Público, utilizando recursos federais, do Fundo de Ações Estratégicas e de Compensação – FAEC.

Merece atenção especial, contudo, o Programa de Reestruturação e Contratualização dos Hospitais Filantrópicos no Sistema Único de Saúde – SUS, instituído pela Portaria/GM/MS nº 1.721, de 21.09.2005.

A proposta tem como base o critério de adesão voluntária e tem o potencial de qualificar e humanizar a assistência, a gestão e a descentralização, além de trazer elementos que fortalecem o monitoramento, a avaliação, a regulação e os recursos empregados. O Programa prevê R\$ 200.000.000,00/ano para serem distribuídos entre os hospitais alvo da contratualização. Ganha especial importância, portanto, a relação das santas



7E9CA4BA35

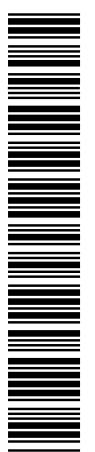
casas com as Secretarias de Saúde estaduais e municipais. Movimento oposto ao apresentado no Projeto de Lei.

O prazo para a adesão foi considerado exíguo pelas Santas Casas e passou a ser um dos principais pontos de reivindicação dos membros das Misericórdias. Esse aspecto mais a extinção do Código 7 e o Reajuste de Tabelas compuseram a pauta de discussão da audiência com o Ministro da Saúde, em meados de 2006, conduzida pela CMB – Confederação das Santas Casas de Misericórdia, Hospitais e Entidades Filantrópicas, com participação de parlamentares, de representantes da classe médica, Secretários de Saúde.

Desse encontro, pela sua relevância, destacamos o relacionado ao reajuste de tabelas, transcrevemos o esclarecedor informe da CMB, do dia 08 de fevereiro de 2007: “Segundo o Ministério, os estudos realizados sobre as disponibilidades orçamentárias estão a indicar que cerca de R\$ 200 milhões poderão vir a ser aplicados para reajustar procedimentos considerados prioritários pelo Pacto pela Vida, visto que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população, e pelo conjunto dos prestadores de serviços, em razão de forte defasagem entre custo para realização e a remuneração atual. Além desse volume de recursos, o Ministério está considerando que a unificação das tabelas do SIA e SIH-SUS (a ser implantada a partir de 1º de julho) vai gerar mais R\$ 70 milhões de gastos sobre o orçamento de 2007. Sob estas limitações é que a CMB deve, para este momento, fazer a sua proposta para reajuste de procedimentos.”

Destacamos, acima, algumas das muitas iniciativas adotadas pelo Executivo Federal direcionadas às Santas Casas de Misericórdia. Mas as pressões se fizeram sentir, também no Congresso Nacional, que sempre se mostrou sensível ao clamor das Santas Casas. Várias iniciativas foram tomadas, tanto no Senado, quanto na Câmara dos Deputados. Audiências públicas, Indicações, Projetos de Lei, convocações de Ministros, entre outras.

A grande maioria das proposições está relacionada às dívidas das Santas Casas ou alguma outra forma de minimizar a crise do setor. Merece destaque a proposição transformada na Lei nº 11.345, de 2006, que



permite o parcelamento, em até 180 meses, das dívidas previdenciárias, de tributos federais e com o FGTS. Essa foi uma grande conquista das Santas Casas.

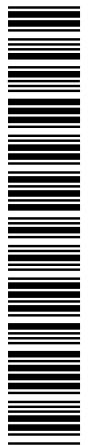
Fica claro, portanto, que, nos anos recentes, como vimos, muitas reivindicações do setor filantrópico foram atendidas e o canal de discussão com o Poder Público, seja do Executivo ou do Legislativo encontra-se aberto. Todas as propostas encaminhadas pelo Executivo ou aprovadas pelo Legislativo, mantiveram-se alinhadas aos mandamentos constitucionais que regem as ações de saúde do país. Em nenhum momento, houve violação da unidade setorial, do papel das instâncias gestoras, da União, dos Estados ou municípios ou foi tolhida a participação da comunidade.

Entendemos, pois, que este deve ser o eixo direcionador de todas as proposições voltadas a solucionar os verdadeiros problemas das filantrópicas. Infelizmente, este não foi o caminho que trilhou o Projeto de Lei que ora apreciamos. Devemos garantir os recursos necessários e suficientes para a saúde, mas sempre mantendo a integridade do Sistema Único de Saúde.

Diante do exposto, votamos pela rejeição do Projeto de Lei nº 3.350 de 1997 e do Projeto de Lei nº 1.318 de 1999, a ele apensado.

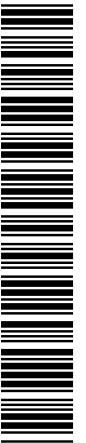
Sala da Comissão, em de de 2007.

Deputada CIDA DIOGO
Relatora



7E9CA4BA35

2007_4897_Cida Diogo_060



7E9CA4BA35