MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Série ECOS
Economia da Saúde para a Gestão do SUS

Financiamento Público de Saúde

Eixo 1

Volume 1

Brasília – DF
2013

MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE

Série ECOS
Economia da Saúde para
a Gestão do SUS

Financiamento Público de Saúde

Eixo 1 Volume 1

Brasília – DF
2013

© 2013 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. Venda proibida. Distribuição gratuita. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica. A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <www.saude.gov.br/bvs>. O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <www.saude.gov.br/editora>.

Tiragem: 1ª edição – 2013 – 20.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento
Coordenação-Geral de Economia da Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G, Anexo B, sala 452
CEP: 70900-058 – Brasília/DF
Tel.: (61) 3315-2722
Site: www.saude.gov.br/economiadasaude

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE/ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE
Setor de Embaixadas Norte, lote 19
CEP: 70800-400 – Brasília/DF
Site: www.opas.org.br
E-mail: postmaster@bra.ops-oms.org

Elaboração de texto:
Ana Cleusa Serra Mesquita
Andrea Barreto de Paiva
Carla Rúbia Florêncio Tardivo
Clementina Corah Lucas Prado
Elias Antônio Jorge
Eloi Antônio de Oliveira
Fabíola Sulpino Vieira
Renata Maria de Deus Costa
Ruyter de Faria Martins Filho
Vinícius Alves dos Santos Pereira

Revisão e copydesk:
Oficina da Palavra

Organização e edição de texto:
Clementina Corah Lucas Prado

Revisão técnica da redação final:
Clementina Corah Lucas Prado – DESID/SE/MS
Fabiola Sulpino Vieira – DESID/SE/MS
Flávia Poppe de Figueiredo Muñoz – Opas/OMS no Brasil

Editora responsável:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Coordenação de Gestão Editorial
SIA, Trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-7790 / 3315-7794
Fax: (61) 3233-9558
Site: www.saude.gov.br/editora
E-mail: editora.ms@saude.gov.br

Equipe editorial:
Normalização: Delano de Aquino Silva
Revisão: Marcia Medrado Abrantes e Silene Lopes Gil
Projeto gráfico: Kátia Barbosa
Diagramação: Alisson Albuquerque

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Financiamento público de saúde / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.
124 p. : il. – (Série Ecos – Economia da Saúde para a Gestão do SUS ; Eixo 1, v. 1)

ISBN 978-85-334-2065-6

1. Financiamento da saúde. 2. Economia da saúde. 3. Planejamento em saúde. I. Título. II. Organização Pan-Americana da Saúde. III. Série.

614.2:336.1

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2013/0393

Títulos para indexação:
Em inglês: Public Financing in Health
Em espanhol: Financiación Pública de Salud

Lista de figuras, gráficos e quadros

Figura 1 – Síntese das principais alterações propostas na reforma tributária..... 33

Gráfico 1 – Proporção de despesas federais do Reino Unido e do Brasil, por função 12

Gráfico 2 – Composição percentual do gasto em Saúde do Brasil e de alguns países da OCDE, relativamente ao financiador (público, seguro privado e pagamento direto), 2009..... 14

Gráfico 3 – Índice dos custos médico-hospitalares para as operadoras de saúde no Brasil, relativo a maio de 2009..... 16

Gráfico 4 – Projeção de aumentos do gasto público em Saúde, em percentual do PIB, para economias emergentes e avançadas, 2011 – 2030 17

Quadro 1 – Impostos arrecadados por cada esfera de governo, segundo a Constituição Federal de 1988 44

Quadro 2 – Evolução das normas de gestão do SUS..... 73

Lista de tabelas

Tabela 1 – Inflação médica *versus* índice de preços ao consumidor (2002 – 2004) no Brasil e em alguns países da Europa e da América do Norte.....15

Tabela 2 – Matriz de benefícios por área da Seguridade Social, 2005 – 2011.....24

Tabela 3 – Resultado do orçamento da Seguridade Social, 2005 – 2011, em milhões (R$) correntes..... 25

Tabela 4 – Repartição das contribuições sociais entre as áreas da Seguridade Social, 2005 – 2011, em milhões (R$) correntes..... 29

Tabela 5 – Fontes de financiamento do Ministério da Saúde, 2005 – 2011, em %..... 32

Tabela 6 – Variações no percentual destinado à Seguridade Social pelo bolo tributário formado pelo IVA-F, IPI e IR, com e sem a inclusão da CPMF, 2007 – 2009 em bilhões de reais (valores correntes) 34

Tabela 7 – Resultado da Seguridade Social, baseado na proposta da PEC nº 233/2008, sem aplicação da DRU, baseado nos valores de 2009 (Simulação A)..... 35

Tabela 8 – Resultado da Seguridade Social, baseado na proposta da PEC nº 233/2008, com aplicação da DRU, baseado nos valores de 2009 (Simulação B)..... 37

Tabela 9 – Repartição de impostos, entre as esferas de governo, segundo as disposições constitucionais 45

Tabela 10 – Evolução dos gastos das três esferas de governo e total, 2002 – 2011 82

Tabela 11 – Percentual do gasto público em relação ao gasto total em Saúde em países relacionados..... 84

Tabela 12 – Evolução da receita corrente e das despesas em ASPS da União, 2000 – 2011 86

Tabela 13 – Despesas totais e em relação ao PIB em ASPS, 2002 – 2008 87

Sumário

Apresentação 7

1 Introdução 9

1.1 Alguns dados 10

2 A Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde 19

2.1 De seguro à Seguridade – A mudança de paradigma da proteção social no Brasil 19

2.2 Princípios jurídico-legais da Seguridade Social no Brasil 21

2.3 Visão panorâmica das receitas e benefícios da Seguridade Social no Brasil 23

2.4 Risco estrutural – A reforma tributária 27

2.4.1 O financiamento e a reforma tributária 28

2.4.2 O projeto 32

2.4.3 Perda de qualidade 38

2.4.4 Considerações finais 38

3 A História do Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde: Marcos Legais, Implicações Jurídicas e Instrumentos de Gestão 41

3.1 Marcos legais 41

3.1.1 O financiamento da Saúde antes da Constituição Federal de 1988 41

3.1.2 A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS 43

3.1.3 Leis infraconstitucionais: A Lei Orgânica da Saúde e a participação da comunidade no SUS 46

3.1.4 Propostas de emenda à Constituição e a EC nº 29/2000 47

3.1.5 A Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde 55

3.1.6 As propostas de lei complementar e a LC nº 141/2012 58

3.1.7 O caso do DF – Diferenças jurídicas e operacionais na aferição da aplicação de recursos mínimos na área da Saúde Pública nas aferições das despesas com ações e serviços públicos de Saúde 66

3.2 Implicações jurídicas relacionadas ao financiamento das ações e serviços públicos de Saúde 68

3.3 O financiamento e a gestão do SUS 71

3.3.1 A gestão compartilhada do SUS 71

3.3.2 As modalidades de repasses federais 74

3.3.3 Os instrumentos de acompanhamento 75

4 Evolução das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde das Três Esferas de Governo 77

4.1 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) 77

4.1.1 Os indicadores 1.1 e 1.6 do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde 79

4.1.2 O Siops e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), previsto no § 3º do art. 165 da CF/1988 e disciplinado na LRF 80

4.2 A evolução das despesas com ações e serviços de Saúde 80

4.2.1 Crise mundial de financiamento 83

4.2.2 Considerações finais 85

4.3 Evolução da capacidade de arrecadação de impostos pelos municípios brasileiros – no período de 2002 a 2008 87

4.3.1 Esgotamento da capacidade de financiamento 89

Referências 91

Anexos 97

Anexo A – Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012 97

Anexo B – Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012 114

Apresentação

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem uma clientela potencial de quase 200 milhões de pessoas, já que a Constituição de 1988 consagrou o acesso gratuito à Saúde como direito fundamental de todo cidadão, sem qualquer pré-condição. Embora caiba ao setor privado atuar de forma complementar ao serviço público de Saúde, 70% da população brasileira depende do SUS como único meio de acesso aos serviços de Saúde.

O tamanho da clientela nos dá a dimensão da responsabilidade social do SUS e, ao mesmo tempo, do desafio de financiar o sistema – um debate que se arrasta desde a promulgação da Constituição até os dias atuais. O SUS atende a, pelo menos, 70% da população no que concerne aos serviços de assistência à Saúde e responde por 44% do gasto total em Saúde. O maior volume de recursos é movimentado pela iniciativa privada, que inclui o pagamento do próprio bolso realizado pela população. Dos 8,5% do Produto Interno Bruto (PIB) consumidos no País pela área de Saúde, entre 2007 e 2009, o setor público contribui com apenas 3,5%.

A partir de 1988, o sistema de Saúde brasileiro experimentou diversos mecanismos de financiamento, entretanto ainda persistem as dificuldades para atingir o volume de recursos necessários à melhoria dos serviços ofertados à população. Nesse período, o sistema conviveu com perda de recursos e graves crises.

Não existe sistema ideal ou modelos a serem seguidos. De modo geral, todos os países estão enfrentando problema semelhante na manutenção de seus sistemas de proteção social, e este debate mantém-se atual e necessário no sentido de encontrar meios para garantir os recursos financeiros em volume suficiente para assegurar o direito constitucional à saúde.

A publicação *Financiamento Público de Saúde* resulta da parceria entre o Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento (DESID) do Ministério da Saúde do Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas/OMS) para organizar textos em uma série, a partir de produtos gerados pelos consultores contratados por meio de Termo de Cooperação Técnica assinado entre as duas instituições.

A série denominada Ecos: Economia da Saúde para a Gestão do SUS estrutura-se em dois eixos:

- *Eixo 1 – Ampliação do uso de estratégias de Economia da Saúde para apoiar a gestão do SUS por meio da produção e disseminação do conhecimento sobre temas relacionados.*

- *Eixo 2 – Ampliação do uso de ferramentas de Economia da Saúde pelos gestores do SUS no processo de tomada de decisão para a análise, formulação e implementação da política de Saúde.*

Esta publicação integra o primeiro eixo e está estruturada em quatro capítulos. Pretende oferecer informação mais detalhada sobre o financiamento atual do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de uma perspectiva histórica que apresenta a evolução da proteção social no Brasil da ótica de seguro para a de seguridade social. Está destinada aos gestores e técnicos que lutam pela consolidação do SUS, enfrentando diuturnamente o argumento falacioso de que com a gestão mais eficiente poder-se-iam resolver todos os problemas de acesso e qualidade dos serviços de Saúde, sem a necessidade de aporte adicional de recursos financeiros. Os números que ora se apresentam traduzem de forma clara a realidade. Espera-se, assim, contribuir com o debate e aperfeiçoamento do SUS na busca constante de garantir o direito à saúde universal, igualitário e integral.

1 Introdução

A capacidade de financiar os sistemas de Saúde vem sendo ameaçada na maior parte dos países devido a mudanças no perfil demográfico (envelhecimento da população combinado com a diminuição das taxas de natalidade), ao aumento da incidência de doenças crônicas que consomem muitos recursos durante longos períodos, ao aumento da expectativa de vida, a constante introdução de novas tecnologias e medicamentos e, em alguns casos mais específicos, ao custo associado à violência e morte por causas externas.

Os custos e a demanda são crescentes e despertam questionamentos. Estudos mostram que a inovação tecnológica foi responsável por mais da metade da inflação do setor nos últimos anos. No trabalho Conceitos básicos para analisar o financiamento do SUS, de janeiro de 2010, Flávia Poppe utilizou dados do Consumer Price Index (CPI), divulgados pelo Fundo Monetário Internacional com as taxas de inflação de diversos países, no período de 2002 a 2004, e do Instituto de Estudos sobre Saúde Suplementar (IESS). Em todos, os custos com serviços e assistência à Saúde subiram mais do que a inflação.

No Brasil, se por um lado, a inclusão de milhões de pessoas na rede de proteção social a partir da Constituição de 1988 garantindo o acesso aos serviços públicos de Saúde como direito fundamental de todo cidadão foi um grande avanço, do ponto de vista do financiamento, essa conquista representa enorme desafio. Até então, o acesso ao serviço público de Saúde estava restrito aos trabalhadores do mercado formal, contribuintes da Previdência Social.

Sem a proteção social do Estado, o atendimento das pessoas que estavam fora do mercado formal de trabalho – a maioria da população – dependia de serviços assistenciais, em sua maioria, de origem religiosa e de caridade ou de sanatórios públicos organizados para atender patologias específicas e da boa vontade e condições financeiras da família para sobreviver em situações de adversidade ou na velhice.

Nesses mais de 20 anos da Constituição, o Sistema Único de Saúde (SUS) consolidou-se como uma das mais importantes políticas sociais do Estado brasileiro, sob responsabilidade da União, dos estados e dos municípios. Falta, porém, evoluir o debate e construir um novo modelo de financiamento capaz de dar sustentabilidade ao sistema, de suportar as pressões de custos e evitar a obsolescência da rede de atendimento. É preciso mais recursos públicos e, simultaneamente, extrair mais saúde com o mesmo dinheiro.

O financiamento das ações e serviços públicos de Saúde no Brasil deve ser analisado sob dois aspectos: das fontes de receitas e da forma como se estruturam os gastos. O retorno a ser obtido depende de orientações políticas, que definem as prioridades do gasto, e que, portanto, devem ser medidos por seu impacto e contribuição para o desenvolvimento socioeconômico.

A Constituição de 1988 criou fontes para sustentar o projeto político de estender a todos os brasileiros o direito à saúde com base no conceito de seguridade social. O objetivo foi alcançado e o SUS, hoje, é uma realidade: dele dependem exclusivamente cerca de 70% da população brasileira. Mas se identifica a necessidade de investir mais recursos: a elaboração de Contas-Satélites de Saúde, estudo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) com a colaboração do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde (ANS) e Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), estima que o setor de Saúde foi responsável, no período de 2007 a 2009, por, em média, 6,1% do total da produção de riqueza do País (PIB); destes, a saúde pública contribuiu com apenas um terço do PIB do setor. Sob a ótica das despesas com consumo final de bens e serviços de Saúde, entre 2007 e 2009, essa proporção atinge 8,5% do PIB. Destes, o consumo final das famílias foi, em média no mesmo período, de 57%, enquanto o da administração pública foi de 43% (IBGE, 2012).

De acordo com a Constituição, a participação da União no SUS seria feita com recursos do Orçamento da Seguridade Social (OSS), dos quais viriam os recursos para a Saúde, Previdência e Assistência Social. Até que a regra de financiamento para a União fosse explicitada por lei complementar, a Saúde deveria ficar com 30% desse orçamento. Porém, na prática, este repasse nunca ocorreu. Este fato deu ensejo a vários projetos de emenda à Constituição, elaborados por deputados e senadores durante a década de 1990, com vistas a definir a regra de aplicação de recursos da União em Saúde. Com a promessa de resolver a situação de financiamento do setor, em 1997 o governo instituiu a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF). A arrecadação deveria ser adicionada aos recursos da Saúde. Mas, até sua extinção em 2007, a CPMF não resultou em aumento de recursos, porque, na proporção que o dinheiro da nova contribuição entrava, havia redução de participação de outras contribuições sociais no financiamento federal, de forma que o volume de recursos destinados à Saúde ficava sempre no mínimo estabelecido pela Emenda Constitucional nº 29/2000.

1.1 Alguns dados

Na maioria dos países, o debate sobre financiamento em Saúde está vinculado à noção de sustentabilidade de seus sistemas. A sustentabilidade não é exclusivamente fiscal. Há outras questões implícitas como a busca de eficiência e melhora na performance

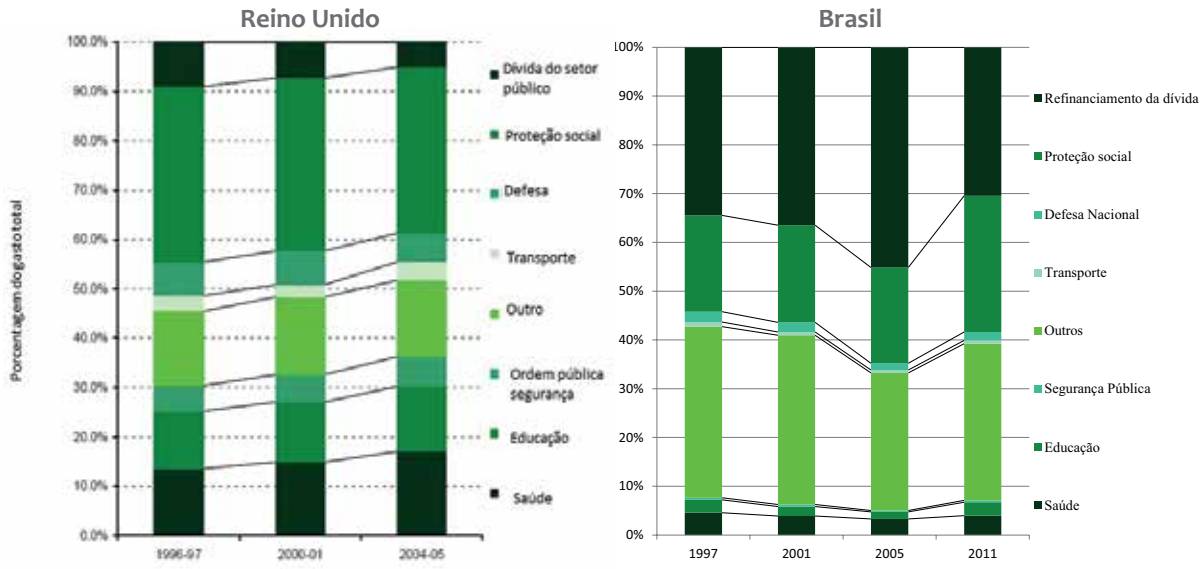
do sistema de Saúde como eixos do modelo de financiamento. No estudo "As novas configurações de antigos problemas: financiamento e gastos com Ações e Serviços Públicos de Saúde no Brasil", os técnicos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) José Aparecido Ribeiro, Sérgio Francisco Piola e Luciana Mendes Servo apontam a diferença no foco do debate entre os países:

> O financiamento da saúde é, por motivos diversos, objeto de preocupação em quase todos os países. Nos países desenvolvidos, que investem parcela considerável do seu Produto Interno Bruto em saúde, cresce a preocupação com a eficiência, efetividade e equidade nos gastos, uma vez que o incremento nos dispêndios com serviços médico-assistenciais não redundam, necessariamente, em melhores condições de saúde e nem resolvem, automaticamente, as iniquidades no acesso aos serviços. Nos países em desenvolvimento, por sua vez, existe o problema adicional de estender a cobertura a toda a população e de atender as exigências de financiamento setorial em concorrência com outras necessidades do desenvolvimento social e econômico (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Embora seja importante a busca do equilíbrio entre receitas e despesas, o financiamento da Saúde não pode se resumir a uma simples equação contábil. A discussão do financiamento deve se dar sobre o volume de recursos a ser destinado à Saúde, mas também sobre como prover acesso oportuno da população a serviços de Saúde de qualidade, eficazes, seguros e, também, custo-efetivos, segundo suas necessidades. Sempre com vistas a atingir os princípios e as diretrizes do SUS. Mesmo com a definição na Constituição dos princípios básicos do SUS (acesso universal e igualitário), das suas diretrizes (descentralização, atendimento integral e participação da comunidade), e da forma como este deve ser financiado, há necessidade de aprofundamento das discussões sobre sua sustentabilidade. Informações sobre a distribuição de recursos governamentais, extraídos da Contabilidade Nacional, indicam prioridades estabelecidas politicamente.

No Gráfico I são apresentados os gastos federais por função do Brasil, nos anos de 1997, 2001, 2005 e 2011, e os comparamos com os gastos do Reino Unido, nos mesmos períodos, exceto para 2011. O objetivo é mostrar o peso entre os diferentes setores e compará-lo com outro país com um sistema de Saúde com características semelhantes ao nosso (universal e gratuito). Considerando que o SUS é uma política de Estado, a proporção de recursos alocados na Saúde, em relação a outras áreas estratégicas, é pequena, conforme o Gráfico 1. Observem e comparem, por exemplo, a proporção de despesas com refinanciamento da dívida (pagamento de juros) e com segurança pública entre os dois países.

Gráfico 1 – Proporção de despesas federais do Reino Unido e do Brasil, por função



Fonte: Dados do Reino Unido: HM Treasure; Dados do Brasil: elaboração própria, a partir dos dados do Demonstrativo *Despesa da União por função* – 1980 a 2011 publicado pela STN e disponível em: <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/pt/contabilidade-publica/principais-publicacoes/relatorios>.
Nota: Os valores foram atualizados com base no IGP-DI do ano em questão, até 2012.

No período analisado, 37% do total de gastos do Brasil, em média, foram para refinanciamento da dívida pública, enquanto o Reino Unido gastou, em média, 7% com serviço da dívida. A saúde pública representou 15% do total dos gastos do Reino Unido, e a Educação consumiu 12%. No Brasil, o gasto com Saúde foi de apenas 3,9% do total. A Educação representou 2,2%.

Em relação ao gasto com a "seguridade social" (saúde, previdência, assistência social e trabalho), no período analisado, o gasto do Reino Unido também é superior ao do Brasil: 50 % no Reino Unido e 26% no Brasil. Esses números indicam a necessidade de um debate intragovernamental e com a sociedade, com vistas à alteração de peso entre os setores. Mais financiamento não é sinônimo de mais arrecadação tributária, porém, possivelmente, uma distribuição mais estratégica do ponto de vista da busca por condições sociais mais justas e equitativas (POPPE, 2010).

Se, por outro lado, observamos apenas o orçamento "real" (gastos federais excluídas as despesas com pagamento de juros da dívida pública), veremos que, no período analisado, o Brasil gastou, em média, 6,2% com Saúde; 3,4% com Educação e 41% com Seguridade Social, participações percentuais ainda menores que as do Reino Unido.

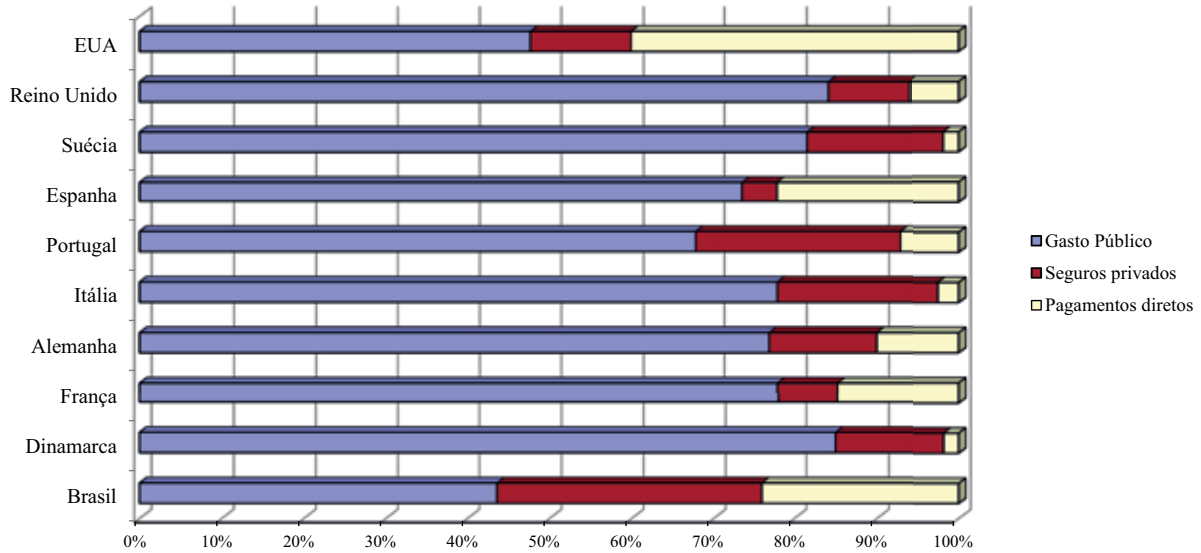
Neste contexto, o debate sobre financiamento ganha uma dimensão macroeconômica, apontando para a necessidade de reflexão sobre a política de distribuição dos recursos arrecadados pelo governo de decidir quais são as áreas prioritárias para o País. Sem dúvida,

a Saúde é um dos pilares da rede de proteção social instituída pela Constituição de 1988, embora forças políticas contrárias aos avanços dos direitos sociais resistam a proporcionar financiamento ao setor, utilizando o discurso da sustentabilidade e, ainda mais grave, de que o problema se limita ao aumento de eficiência na gestão.

O debate deve se dar sobre estudos técnicos, amparados em um conceito mais amplo de financiamento, que vai muito além do mero equilíbrio fiscal. Neste contexto, a Saúde deve ser também considerada como setor que produz renda e riqueza. Responsável por 6% do PIB, a Saúde é um setor dinâmico da economia, caracterizado pelo uso intensivo de tecnologia de ponta, e, portanto, fundamental para o desenvolvimento socioeconômico do País. Essa é a razão para a nova perspectiva introduzida pelo recente Programa do Complexo Industrial da Saúde e sua crescente importância política para o desenvolvimento da ciência, tecnologia e produção industrial do País, rompendo a fronteira setorial da Saúde de forma concreta.

Outra questão de fundamental importância é a verificação da proporção de gastos do setor público e do setor privado, incluindo aqueles pagos diretamente pelas pessoas. No Brasil, segundo dados de Contas-Satélites de Saúde, 8,5% do PIB, em média, correspondem às despesas de consumo final de bens e serviços de Saúde entre 2007 e 2009. O setor público participou com 3,5% do PIB nesse período. O setor privado movimenta o maior volume de recursos. Os gastos do setor público correspondem a 43% do total, percentual próximo ao dos Estados Unidos, que adotam sistema muito diferente do brasileiro (POPPE, 2008). Embora o Sistema Único de Saúde (SUS) seja comparável ao modelo britânico, em termos de princípios, no Reino Unido o financiamento público do setor chega a 85% do total dos recursos gastos em Saúde.

Gráfico 2 – Composição percentual do gasto em Saúde do Brasil e de alguns países da OCDE, relativamente ao financiador (público, seguro privado e pagamento direto), 2009



Fonte: World Health Statistics – 2012, OMS, disponível em: <http://www.who.int/healthinfo/EN_WHS2012_Part3.pdf>.

Embora o gasto total com Saúde no Brasil (público e privado) esteja pouco abaixo do registrado em países desenvolvidos, este valor é compatível com o padrão regional e de alguns países da OCDE. A gritante disparidade aparece na comparação entre gastos públicos e privados: as despesas da União, estados e municípios com saúde estão muito abaixo da média dos países europeus e do necessário para oferecer à população acesso universal e integral aos serviços de Saúde, problema que se agrava com o aumento dos custos do setor. É simples: não há modelo organizacional e de gestão que dê conta de atender à demanda por serviços de Saúde integrais (de uma consulta médica a transplantes ou tratamento de condições crônicas) com gasto público de R$ 725,83 per capita/ano, ou seja, R$ 60,48 por mês.

Isso não quer dizer que não se deva, também, colocar o foco de discussão na estrutura e modelos assistenciais adotados. O aumento de custos, impulsionado pelas inovações tecnológicas, envelhecimento da população e outros fatores, leva o setor a registrar taxas de inflação acima da média. A Tabela 1 demonstra os diferentes valores de inflação da área médica e de outros setores da economia medida pelo Índice Geral de Preços, no período de 2002 a 2004, para uma lista de países. A tendência de crescimento dos custos de Saúde acima dos índices de inflação ocorre no Brasil e se repete em outros países da Europa e da América do Norte.

Tabela 1 – Inflação médica *versus* índice de preços ao consumidor (2002 – 2004) no Brasil e em alguns países da Europa e da América do Norte

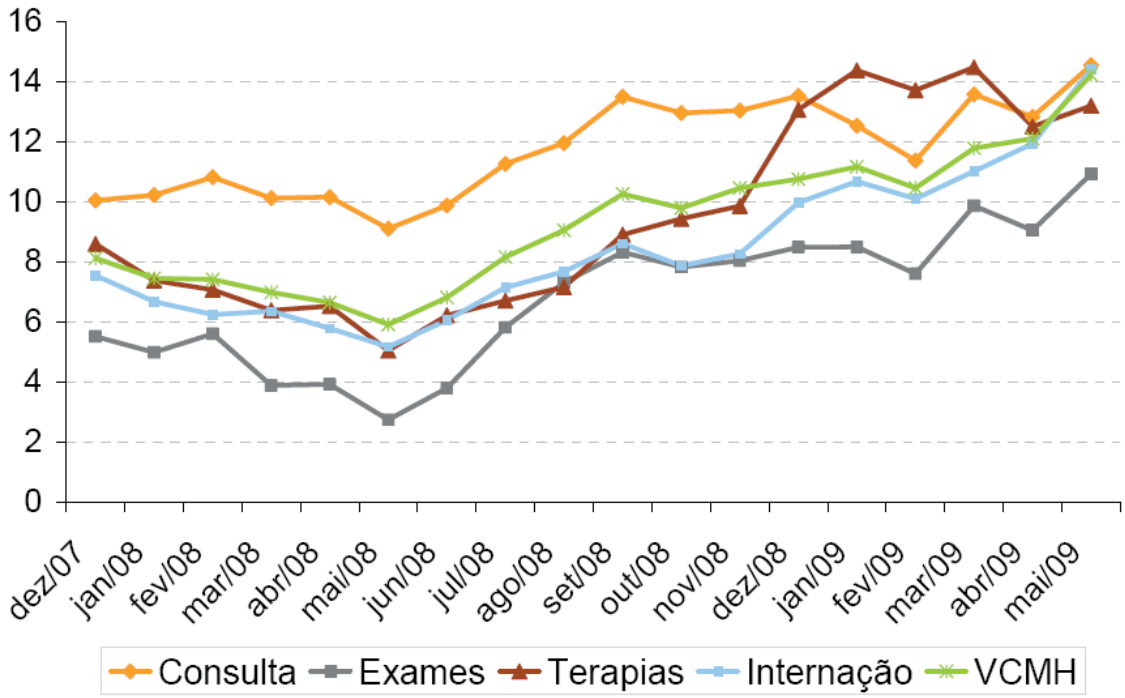
PAÍSES	ACUMULADO		
	INFLAÇÃO MÉDICA	ÍNDICE GERAL DE PREÇOS (CPI)*	DIFERENÇA EM RELAÇÃO AO CPI
Alemanha	14,00%	3,64%	10,36%
Brasil	**43,61%**	**31,65%**	**12,07%**
Canadá	42,38%	6,95%	35,43%
Espanha	19,38%	9,06%	10,32%
Estados Unidos	48,11%	7,79%	40,32%
França	13,96%	4,14%	9,81%
Holanda	29,18%	11,82%	17,36%
Itália	8,64%	7,19%	1,44%
Reino Unido	10,35%	2,72%	7,63%
Suíça	24,00%	1,30%	22,69%

Fonte: Poppe, 2011.

*CPI – Consumer Price Index divulgado pelo Fundo Monetário Internacional.

Interessado em decompor estes custos, o Instituto de Estudos sobre Saúde Suplementar (IESS) vem divulgando nos últimos anos o índice que reflete a variação dos custos médico-hospitalares (VCMH) para as operadoras de planos de saúde. Este índice é determinado por grandes grupos de procedimentos, como consultas, exames, terapias e internações. O Gráfico 3 apresenta estes valores.

Gráfico 3 – Índice dos custos médico-hospitalares para as operadoras de saúde no Brasil, relativo a maio de 2009



Fonte: *Release* VCMH índice maio de 2009, IESS – Instituto de Estudos da Saúde Suplementar.

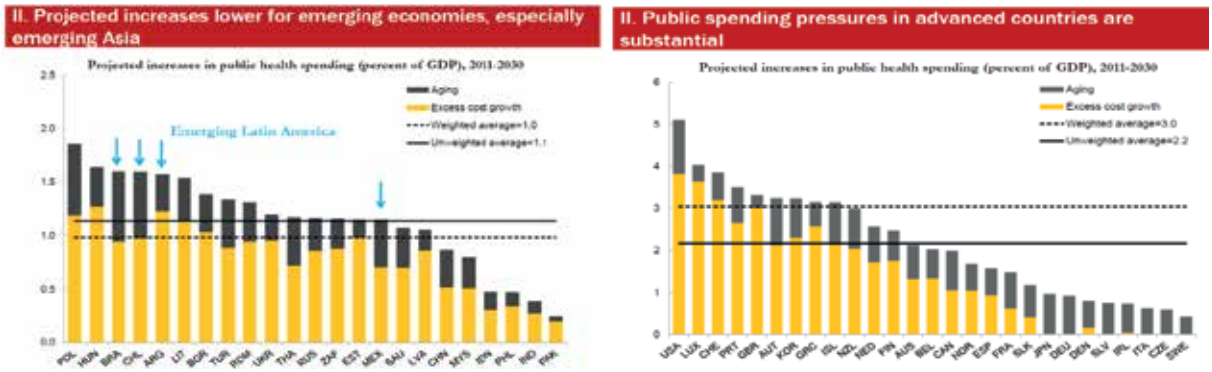
Este índice atingiu 14,2% no período de junho de 2008 a maio de 2009 em relação aos 12 meses anteriores. No mesmo período, o INPC foi de 5,45%. Há uma clara tendência de alta generalizada entre todos os fatores que compõem o índice, mas as consultas médicas predominam no efeito inflacionário.

O desequilíbrio entre as obrigações de um sistema de Saúde e sua capacidade de cumpri-las representa risco real para o sistema de Saúde. A busca do equilíbrio entre receitas e despesas exige a investigação das causas desse desalinhamento.

Algumas pesquisas atribuem os custos crescentes da atenção médica ao aumento no volume de serviços utilizados, ao envelhecimento da população, à maior expectativa de vida e à influência da tecnologia na mudança do padrão de atendimento. Recente estudo do Fundo Monetário Internacional (FMI), (CLEMENTS; GUPTA, 2012), apresenta outro indicador para explicar o crescente aumento dos custos da Saúde, que chamou de Excess Cost Growth (ECG) ou "crescimento excedente de custos" definido pela razão entre a variação com o crescimento dos gastos reais com Saúde e o crescimento do PIB. Segundo os autores, enquanto a mudança de padrão epidemiológico nos países avançados decorrente do envelhecimento da população pode explicar até um quarto do crescimento do custo total, o crescimento excedente de custos (incluindo a incorporação de tecnologias,

"custos de transação", políticas, programas e instituições) explica todo o resto. Nos países "emergentes", a mudança de padrão epidemiológico com o envelhecimento da população ainda possui peso importante para explicar o aumento de custos (Gráfico 4). Mas o padrão encontrado nos países mais avançados indica a tendência e, portanto, a necessidade de minimizar os efeitos inflacionários esperados.

Gráfico 4 – Projeção de aumentos do gasto público em Saúde, em percentual do PIB, para economias emergentes e avançadas, 2011 – 2030



Fonte: Clements e Gupta, 2012.

O debate engloba ainda a discussão sobre a melhor forma de remunerar os médicos, pois ela pode criar distorções no sistema. Por exemplo, o pagamento de salário fixo pode desestimular a produtividade, enquanto a remuneração por serviços prestados pode criar mais atendimento do que o necessário. Os (des)incentivos embutidos nas diferentes formas de pagamento e, também, de reconhecimento e crescimento profissional afetam o funcionamento do sistema e devem ser amplamente monitorados. As modalidades variam de acordo com o objetivo específico a ser alcançado. Não há fórmula ideal para o financiamento das diferentes funções associadas à cadeia de produção de Saúde, porém sua abordagem deve ser constante e flexível o suficiente para responder aos efeitos indesejados do ponto de vista da condição de saúde das pessoas (POPPE, 2011).

A Seguridade Social e o Financiamento do Sistema Único de Saúde

2

2.1 De seguro à Seguridade – A mudança de paradigma da proteção social no Brasil

A reconstrução do caminho da Seguridade Social no Brasil revela a presença das primeiras iniciativas de proteção social ainda no século XIX. Em Vila Rica (atual Ouro Preto), surgiu a primeira cooperativa de que se tem notícia no País. Ela visava assegurar aos seus cooperados caixão e velório, isto é, buscava-se a dignidade na hora de morrer. Assim como esta iniciativa, outras, do início do século XX, surgiram também orientadas pelo preceito de seguro social – cobertura restrita aos associados, sendo o benefício uma contrapartida da contribuição.

As demandas por proteção social intensificaram-se com o maior grau de organização dos novos trabalhadores urbano-industriais do início do século XX. Mas o modelo permanecia o mesmo, restrito a alguns segmentos. Não se pensava ainda que a sociedade como um todo, representada pelo Estado, deveria ser responsável por dar condições dignas de sobrevivência com proteção social a todos os seus cidadãos. Os trabalhadores organizados criavam associações de auxílio mútuo, mantidas com suas contribuições, para socorrer seus associados em momentos adversos como os de doença, invalidez e morte.

É o conceito do seguro que assegura benefícios somente a seus segurados. Os demais são excluídos. Assim surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), regulamentadas pela Lei Eloy Chaves, em 1923. É o marco do início da Previdência Social no Brasil, o embrião de um sistema de proteção social presidido, no entanto, pela lógica de seguro.

Esse modelo de proteção vai se institucionalizando. Ao longo da década de 1930, ganhou força: surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que absorveram a maioria das antigas CAPs. Esses institutos buscavam prover cobertura aos trabalhadores dos mais diversos segmentos contra alguns riscos sociais. Em 1966, o governo cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) por meio do Decreto nº 72. O INPS agrega os

IAPs e herda seu modelo de seguro social com proteção limitada aos trabalhadores do mercado formal, portanto, aos contribuintes.

Aos indivíduos excluídos do mercado formal de trabalho, uma dupla penalidade: além da privação de melhores condições de trabalho associadas ao registro em carteira, a exclusão da cobertura médico-hospitalar, assistencial e previdenciária. Restava-lhes disputar com os mais pobres e indigentes a rede de assistência ofertada pelas Santas Casas de Misericórdia.

Portanto, havia uma segmentação no cuidado à saúde. De um lado, a assistência médica integral aos trabalhadores do mercado formal; de outro, um atendimento residual aos pobres e indigentes sob a forma de caridade e filantropia. Para todos, somente as ações de saúde coletiva como as grandes campanhas de vacinação contra doenças transmissíveis.

Esse modelo perdurou até 1988. A Constituição Federal de 1988 rompeu com o padrão e institucionalizou o conceito de seguridade social com a garantia de direitos básicos e universais de cidadania, independente de contribuição ou condição social. Todos, sem qualquer distinção, têm direito à saúde pública, à assistência social, ao seguro-desemprego e à cobertura previdenciária.

O novo sistema de proteção social fundamenta-se no conceito de seguridade social, de cobertura ao cidadão, não só ao contribuinte. O reconhecimento de direitos sociais a uma considerável parcela da população, até então desprotegida, foi um grande marco da Constituição de 1988. Buscou-se, com isso, resgatar a imensa dívida social com parte significativa da sociedade, que está fora da economia formal, até então sem direitos.

A instituição da Seguridade Social, em um conceito mais amplo de direitos, exigia maior aporte de recursos para suportar o aumento de gastos. Então, a Constituição dotou a seguridade social de um orçamento próprio, o Orçamento da Seguridade Social (OSS). Esse orçamento tem as seguintes fontes:

I – O faturamento das empresas, por meio da Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins), que substituiu o antigo Fundo de Investimento Social (Finsocial).

II – O Programa de Integração Social e de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PIS/Pasep).

III – O lucro líquido das empresas com a criação da Contribuição Social sobre o Lucro Líquido (CSLL).

IV – Uma parcela da receita de concursos de prognósticos e receitas próprias.

V – Contribuição sobre a folha de pagamento das empresas (até então a principal fonte de custeio do seguro social).

Ao instituir diversas fontes de receita do OSS, os constituintes pretendiam dar maior segurança ao financiamento da política social, afastando o risco de dependência de uma única fonte. O modelo anterior de seguro, sustentado na contribuição sobre a folha de pagamento, dependia do comportamento do mercado de trabalho como o aumento do desemprego, por exemplo, que reduzia a arrecadação e criava dificuldades para a manutenção do sistema.

Mesmo assim, ainda se procura um meio de assegurar, de forma estável, os recursos necessários às ações e serviços públicos de Saúde. O fato é que a Constituição consolidou o conceito de seguridade social com direitos iguais para todos e respeito à dignidade da pessoa humana. E o cumprimento da determinação constitucional demanda recursos financeiros.

2.2 Princípios jurídico-legais da Seguridade Social no Brasil

O primeiro artigo da Constituição de 1988 estabelece os fundamentos da República Federativa do Brasil: a soberania; a cidadania; a dignidade da pessoa humana; os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa; e o pluralismo político. Consagrou, portanto, dois princípios diretamente vinculados à seguridade social – a dignidade da pessoa humana e a cidadania – entre os princípios fundamentais.

A Constituição reservou um capítulo específico para a Seguridade Social, do artigo 194 ao 204, o que reforça o compromisso com o princípio da proteção social, indicando também fontes de custeio do sistema. A Seguridade Social, segundo o art. 194 da CF 1988, "compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social" (BRASIL, 1988).

Além dos mandamentos constitucionais, há ainda um conjunto de leis e normas como a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990) e a Lei nº 8.142/1990; Lei Orgânica da Seguridade Social (Lei nº 8.212/1991) e a Lei nº 8.213/1991; a Lei Orgânica da Assistência Social (Lei nº 8.742/1993) e a Emenda Constitucional nº 29/2000. Mais recentemente foram publicados o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080; a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e o Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, que tratam de questões relativas ao financiamento do SUS.

A nova Carta introduziu o conceito de seguridade social em uma clara ruptura com a lógica de seguro social que historicamente regia as iniciativas de proteção no País. Foi esse rompimento que possibilitou instituir o direito universal à saúde, bem como estender e regulamentar os direitos assistenciais, trabalhistas e previdenciários. Com essa transformação, a saúde, a assistência social e a previdência passaram a constituir direitos da cidadania assegurados no âmbito da Seguridade Social.

No parágrafo único do artigo 194 da Constituição está estabelecido que "Compete ao Poder Público, nos termos da lei, organizar a seguridade social com base nos seguintes objetivos:

I – universalidade da cobertura e do atendimento;

II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

III – seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços;

IV – irredutibilidade do valor dos benefícios;

V – equidade na forma de participação no custeio;

VI – diversidade da base de financiamento;

VII – caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados".

Ao criar o conceito de seguridade social (saúde, assistência e previdência) com o objetivo de garantir os princípios fundamentais, sobretudo os relativos à cidadania e à dignidade da pessoa humana, a Assembleia Nacional Constituinte instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) por meio do art. 198 com base em três principais alicerces:

- Descentralização com direção única em cada esfera de governo (federal, estadual e municipal);
- Atendimento integral com prioridade para as ações preventivas (vacinação, medicamento e saneamento básico), sem prejuízo dos serviços assistenciais (postos de saúde, hospitais e ambulatórios);
- Participação da comunidade na definição de prioridades e no controle do uso do dinheiro público.

Assim, além do princípio de universalidade na cobertura, a saúde também se organiza pelo princípio da integralidade. Universalidade e integralidade são princípios organizativos fundamentais para compreender o gasto e a necessidade de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Para garantir os recursos financeiros necessários à seguridade social, incluindo o SUS, a Assembleia Nacional Constituinte criou contribuições com destinação exclusiva à saúde, previdência e assistência social, e ainda previu a possibilidade de aporte extra de recursos oriundos de impostos. A Constituição estabeleceu ainda que os recursos

das contribuições para a seguridade social só podem ser usados em ações do sistema de proteção social; já os impostos são destinados às diversas ações do governo, inclusive para completar o financiamento da seguridade social. Estabelece ainda a obrigatoriedade de estados e municípios participarem do financiamento do SUS.

Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a), são fixados percentuais de gasto em Saúde para estados e municípios, respectivamente 12% e 15 % de suas receitas próprias. Porém, relativamente à regra de aplicação de recursos pela União em Saúde, abandona-se a vinculação a um percentual de receitas do Orçamento da Seguridade Social. O orçamento federal da Saúde passa a ser orientado por um piso mínimo, obtido a partir da correção dos valores de despesa empenhada no ano anterior pela variação nominal do PIB (crescimento econômico mais a inflação), até edição de lei complementar, que definiria o mecanismo de fixação do orçamento da Saúde. A regulamentação ocorreu em janeiro de 2012, com a sanção pela presidente Dilma Rousseff da Lei nº 141 (BRASIL, 2012c), que manteve a regra até então vigente, segundo a qual os gastos mínimos a serem realizados pela União serão obtidos da correção dos valores empenhados no ano anterior pela variação nominal do PIB.

A publicação do Decreto nº 7.827, em 17 de outubro de 2012 (BRASIL, 2012b), e outros normativos completam o arcabouço legal do Sistema Único de Saúde (SUS).

2.3 Visão panorâmica das receitas e benefícios da Seguridade Social no Brasil

A Seguridade Social consolidou-se no Brasil nos anos subsequentes à Constituição de 1988. Os princípios constitucionais ganharam forma no atendimento ao número crescente de cidadãos brasileiros, que não tinham qualquer direito. Em 2011, por exemplo, 115 milhões de pessoas foram atendidas apenas nos programas Saúde da Família e Agente Comunitário de Saúde, 25 milhões receberam benefícios previdenciários, 3,6 milhões receberam o benefício de prestação continuada e 13,3 milhões de famílias foram beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

O Sistema Único de Saúde (SUS) atende quatro vezes o número de pessoas beneficiadas pela Previdência Social. Apenas dois programas beneficiam em torno de 60% da população. Entretanto o SUS precisa estar preparado para atender toda a população dentro dos princípios constitucionais da universalidade, gratuidade e equidade.

A Tabela 2 mostra a evolução do volume de benefícios na Saúde, Previdência e Assistência Social, no período de 2005 a 2011.

Tabela 2 – Matriz de benefícios por área da Seguridade Social, 2005 – 2011

ÁREA	Tipos de benefícios por área		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SAÚDE	PRODUÇÃO AMBULATORIAL (QTDE. APROVADA)	ATENÇÃO BÁSICA	1.143.294.632	1.206.179.119	1.347.809.276	1.479.916.588	1.608.267.798	1.600.777.281	1.721.466.063
		MÉDIA COMPLEXIDADE	726.475.459	796.695.127	837.526.231	872.747.148	975.436.074	1.087.021.184	1.116.488.080
		ALTA COMPLEXIDADE	323.037.294	401.982.921	513.702.780	561.639.855	662.735.728	650.218.576	692.949.671
	Nº INTERNAÇÕES		11.429.133	11.315.681	11.330.096	10.758.489	11.107.628	11.329.203	11.281.153
	ATENÇÃO BÁSICA (população coberta)		102.958.094	108.836.647	109.934.109	112.761.530	115.936.690	123.904.236	114.587.183
	COBERTURA VACINAL MÉDIA (inclusive febre amarela, campanhas e ano de introdução de novas vacinas)		69,23	70,80	71,96	69,68	78,70	69,04	82,75
PREVIDÊNCIA SOCIAL	Benefícios do RGPS[1]	PREVIDENCIÁRIOS	20.393.756	20.912.090	21.304.479	21.972.664	22.736.409	23.598.754	24.341.783
		ACIDENTÁRIOS	755.804	732.795	768.653	803.541	798.088	828.128	834.540
	Benefícios Assistenciais da Previdência	Amparos Assistenciais (LOAS-BPC)[2]	2.277.365	2.477.485	2.680.823	2.934.472	3.166.845	3.401.541	3.595.337
		Rendas/Pensões Mensais Vitalícias	515.273	462.656	416.328	377.355	337.235	301.964	268.166
	Encargos Previdenciários da União		9.140	8.364	32	7.593	9.779	10.876	11.597
	TOTAL PREVIDÊNCIA		23.951.338	24.593.390	25.170.315	26.095.625	27.048.356	28.141.263	29.051.423
ASSISTÊNCIA SOCIAL	Bolsa Família (nº de famílias atendidas)[3]		8.700.445	10.965.810	11.043.076	10.557.996	12.370.915	12.778.220	13.352.306

Fonte: Ministério da Saúde – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS), Ministério da Previdência (MP) e Ministério do Desenvolvimento Social (MDS).

[1] RGPS – Regime Geral da Previdência Social.

[2] BPC: Benefício de Prestação Continuada, é um benefício não contributivo, no valor de um salário mínimo mensal pago às pessoas idosas com 65 anos ou mais e às pessoas portadoras de deficiência incapacitadas para a vida diária e para o trabalho, ambos pertencentes a famílias com renda familiar, por pessoa, inferior a ¼ do salário mínimo. Em vigor desde 1º/1/96, é previsto na CF/88, art. 203, consagrado na Lei Orgânica da Assistência Social – Loas (Lei nº 9.720/1998 e 10.741/2003) e regulamentada pelo Decreto nº 1.744/1995.

[3] endereço: http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/cadastrounico – Ministério de Desenvolvimento Social> Bolsa Família> Cadastro Único> Relatório de informações sociais > Relatório de Informações> RI Síntese dos Programas Socias.

O volume crescente de benefícios foi acompanhado do crescimento das receitas. As fontes de financiamento da Seguridade Social, instituídas pela Constituição, garantiram arrecadação bastante expressiva nos últimos anos: os dados da Tabela 3 (valores em milhões de reais correntes) mostram que as receitas da Seguridade Social aumentaram 180% no período de 2005 a 2011. A principal fonte foi a Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (Cofins) seguida pela arrecadação das contribuições previdenciárias.

Tabela 3 – Resultado do Orçamento da Seguridade Social, 2005 – 2011, em milhões (R$) correntes

Categorias	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
I – Receitas (antes da DRU)[1]							
Receitas de Cont. Sociais[2]							
Previdenciárias	123.110,6	135.739,2	146.843,5	177.956,9	201.801,9	235.079,2	256.890,7
Cofins	89.597,5	91.481,2	100.555,6	118.431,0	119.239,0	141.233,7	160.987,2
CPMF	29.120,3	32.263,1	36.319,6	971,3	93,9	23,9	77,2
CSLL	26.232,0	28.023,6	33.183,2	41.663,7	45.100,4	46.370,2	58.961,7
Concursos de Prognósticos	1.564,3	1.533,0	1.890,9	2.048,5	2.497,4	3.147,4	3.414,0
PIS/Pasep[3]	13.250,0	14.270,7	16.070,1	18.981,0	19.110,6	24.476,3	25.261,2
Receitas Próprias (Min. Prev.)	797,6	731,9	458,4	922,6	491,5	256,3	652,6
Outras receitas	265,6	304,7	348,0	365,7	464,2	606,0	647,8
I – Total	283.937,8	304.347,3	335.669,3	361.340,8	388.798,8	451.193,0	506.892,3
II – Despesas (por função)[4]							
Saúde	36.483,3	39.736,2	40.215,3	44.552,5	48.682,6	54.541,7	62.621,7
Previdência	188.505,5	212.490,4	233.700,4	257.543,7	289.598,6	325.152,0	358.529,1
Trabalho	12.716,9	16.417,4	19.512,6	21.982,8	28.434,4	30.870,4	35.758,6
Assistência Social	15.806,1	21.551,1	24.653,0	28.660,7	33.107,6	38.775,3	45.102,7
II –Total	253.511,8	290.195,1	318.081,3	352.739,8	399.823,3	449.339,4	502.012,0
III – Resultado do OSS	30.426,0	14.152,2	17.588,0	8.601,0	-11.024,4	1.853,6	4.880,3
III – Despesa (por órgão)[4]							
Ministério da Previdência	159.490,6	181.643,9	200.003,8	220.540,8	249.004,6	281.544,4	312.125,2
Ministério da Saúde	36.818,0	42.099,4	42.080,3	46.459,4	52.088,4	58.583,3	67.215,0
Ministério do Trabalho	23.369,7	27.764,0	29.537,0	33.885,6	41.286,5	45.795,8	53.092,9
Ministério do Desenv. Social	8.354,4	9.843,1	10.969,1	12.784,5	14.067,8	16.138,8	19.502,1
III – Total	228.032,8	261.350,4	282.590,3	279.784,8	356.447,3	402.062,2	451.935,2
III – Resultado do OSS	55.905,0	42.996,9	52.128,5	80.405,4	32.351,5	49.130,7	54.957,1

Fonte: Elaboração própria a partir dos relatórios da STN, disponíveis no endereço <https://www.tesouro.fazenda.gov.br/>.

[1] Valores de receitas realizadas antes da desvinculação de 20% previstas na DRU.

[2] Receitas realizadas retiradas dos seguintes relatórios: Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO; Série histórica das Receitas de Contribuições e de Outras Receitas.

[3] Já deduzidos os 40% destinados ao BNDES.

[4] Despesas liquidadas retiradas do Relatório Resumido de Execução Orçamentária – RREO.

Essas receitas seriam suficientes para garantir com folga a cobertura das despesas da saúde, previdência, trabalho e assistência social. O orçamento da seguridade seria superavitário, se não fossem dois fatores:

1. A desvinculação de receitas orçamentárias (DRU), que vem sendo prorrogada por emendas constitucionais desde 1994 (o mecanismo permite ao governo federal desvincular 20% das receitas, inclusive da Seguridade Social para livre disposição pela área econômica).
2. A extinção, pelo Congresso Nacional, da Contribuição Provisória sobre a Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), em 2007, fonte de receitas que não foi devidamente substituída; porém a perda de arrecadação foi compensada pelo aumento de arrecadação da Cofins e da CSLL.

O Orçamento da Seguridade Social começou a perder recursos vinculados em 1994, com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE); esse mecanismo renova-se em 1997 sob a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF) e, em 2000, torna-se Desvinculação das Receitas da União (DRU). Por iniciativa do Executivo e aprovação do Congresso, a desvinculação de receitas vigora até hoje, permitindo ao Executivo a utilização de 20% das receitas da saúde, previdência e assistência social para outras finalidades como produzir superávits primários para pagar juros da dívida pública.

Na prática, como há que se cumprir o mínimo de gasto em Saúde estabelecido pelas normas constitucionais, os valores desvinculados das contribuições sociais são repostos por recursos advindos do orçamento fiscal da União. Tal prática, porém, fragiliza o financiamento da Seguridade Social ao fazê-lo depender de fontes fiscais.

Se não fosse o uso de seus recursos para outras finalidades, a seguridade social teria apresentado superávits no período de 2005 a 2008, e de 2010 a 2011 como mostra a Tabela 2. O déficit só é evidenciado em 2009 por causa da extinção da CPMF, cujos recursos representavam 11% das receitas do OSS.

A crise constante de financiamento do SUS, ocorrida na década de 1990 e provocada pelo não atendimento ao uso dos 30% do OSS em Saúde, fez proliferar no Congresso Nacional, a partir de 1993, inúmeras propostas de vinculação de receitas ao setor público de Saúde. O resultado desse esforço veio com a aprovação, em 2000, da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a), determinando a aplicação do mínimo de 15% das receitas próprias municipais e 12% das estaduais em Saúde.

A obrigação da União, porém, foi, provisoriamente, a correção do orçamento do Ministério da Saúde com base na variação nominal do PIB. O modelo definitivo seria estabelecido por lei complementar, que só foi aprovada e sancionada em janeiro de 2012, mantendo a correção pelo PIB.

Até a regulamentação, a Saúde sofreu contragolpes. De acordo com a EC nº 29/2000, enquanto não fosse editada a lei, o orçamento da Saúde deveria ser fixado da seguinte forma: o orçamento do ano 2000 seria igual ao do valor empenhado em 1999 para ações de Saúde, acrescido de 5%. De 2001 a 2004, seria o valor apurado no ano anterior mais a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

Surge, então, a discussão sobre a aplicação do dispositivo constitucional: o Ministério da Fazenda entendeu que a correção pelo PIB deveria incidir sempre sobre o valor apurado em 2000 (valor de 1999 corrigido por 5%), e não sobre o do ano imediatamente anterior. Esse critério, denominado "base fixa", embora combatido pelo Ministério da Saúde e pelo Tribunal de Contas da União, causou grandes prejuízos à Saúde. A perda chegou a R$ 2,9 bilhões de 2001 a 2004 pelos cálculos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (RIBEIRO; PIOLA; SERVO, 2007).

Depois de anos de discussão, prevaleceu a interpretação do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional e Saúde e do Tribunal de Contas, segundo a qual o "valor empenhado no ano anterior acrescido da variação nominal do PIB" corresponde aos valores efetivamente empenhados no ano anterior (mesmo que maiores que o piso mínimo previamente calculado), e não aos valores de 2000 corrigidos ano a ano pela variação nominal do PIB. A esta interpretação convencionou-se chamar "base móvel".

Outra dificuldade: definir a que anos se refere à variação nominal do PIB e que valores serão considerados. O PIB é divulgado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em três etapas: a preliminar, em março e a revisão em dezembro. A variação definitiva só é conhecida um ano depois da revisão, ou seja, com uma defasagem de dois anos.

Faltava ainda definir o que são ações e serviços públicos de Saúde: para atingir os percentuais mínimos de aplicação em Saúde, os governos começaram a incluir na conta da Saúde investimentos em áreas que influenciam nas condições de saúde da população como saneamento básico, mas não são ações de Saúde. Assim, a Resolução nº 322 (CNS, 2003) estabeleceu as diretrizes para cumprimento da emenda constitucional com a definição das ações que deveriam ser financiadas com os recursos da Saúde.

2.4 Risco estrutural – A reforma tributária

Conforme dito anteriormente, as contribuições sociais são as principais fontes de recursos do Sistema de Seguridade Social. Mas elas poderão ser extintas se aprovada a proposta de Emenda Constitucional nº 233, de 2008, conhecida como projeto de reforma tributária, em tramitação no Congresso Nacional.

Em linhas gerais, o projeto propõe a extinção das contribuições sociais – fontes exclusivas da seguridade social – e a criação do Imposto sobre Valor Agregado Federal (IVA-F). Os recursos do orçamento da seguridade social viriam de um percentual fixo da receita arrecadada com o IVA-F, o Imposto de Renda e o Imposto sobre Produtos Industrializados.

Os principais argumentos em defesa da reforma tributária são os ganhos em termos de simplificação do sistema tributário, acabando com as distorções atuais como a complexidade, a cumulatividade, a oneração de exportações e investimentos. Tem ainda o objetivo de eliminar a guerra fiscal, ao propor a unificação das legislações sobre ICMS das 27 unidades da Federação, e estimular os investimentos, a produção e o desenvolvimento econômico.

Para alcançar esses objetivos, extingue as contribuições, com consequências para o custeio do sistema de proteção social brasileiro, particularmente, para o Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição de 1988 estabeleceu o princípio da solidariedade entre as áreas que compõem a seguridade social, e a responsabilidade da União, estados e municípios na prestação dos serviços de Saúde. Na esfera federal, a saúde, a previdência e a assistência social ganharam orçamento próprio, o Orçamento da Seguridade Social, que tem suas próprias fontes de financiamento. Foram muitos anos de embates para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), dotando-o de fontes de financiamento. Com a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 2000 (BRASIL, 2000a), ficou definida a forma de participação dos estados e municípios no financiamento do sistema. A responsabilidade da União foi estabelecida na regulamentação da EC nº 29, em 2012.

Esse modelo, que levou os estados e os municípios a aumentar os gastos com Saúde e estabilizou o volume dos gastos da União, sustentando o financiamento dos avanços sociais conquistados em 1988, pode ser extinto caso seja aprovada a PEC 233, de 2008.

2.4.1 O financiamento e a reforma tributária

As contribuições sociais foram criadas pela Assembleia Nacional Constituinte como sustentáculo da política de proteção social, instituída em 1988. Delas vêm os recursos para o custeio da Seguridade Social – saúde, previdência e assistência. A extinção das contribuições sociais terá impactos no financiamento da seguridade social, educação e trabalho, que precisam ser avaliados.

O atual sistema de custeio da seguridade ‘social, fundamentado nas contribuições sociais, foi criado pelos constituintes para suportar o aumento de despesas decorrentes da ampliação da cobertura e da universalização do direito à saúde e à assistência social. Os

recursos das contribuições sociais formam o Orçamento da Seguridade Social, que engloba saúde, previdência e assistência social.

Mesmo com destinação específica e orçamento próprio, os recursos vêm sendo destinados a outras finalidades. A ofensiva agravou-se a partir de 1994, com a aprovação de seguidas emendas constitucionais, autorizando o Poder Executivo a usar livremente parte dos recursos da seguridade social. Naquele ano, o Congresso Nacional alterou a Constituição, a pedido do Executivo, para instituir o Fundo Social de Emergência (FSE), que permitia à área econômica do governo se apropriar de 20% dos recursos vinculados constitucionalmente à proteção social. Em 1997, o FSE renova-se sob a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Em 2000, uma nova denominação: Desvinculação das Receitas da União (DRU).

A Tabela 4 apresenta as despesas das áreas que compõem a Seguridade Social, considerando apenas a fonte "contribuições sociais" nos anos de 2005 a 2011. De acordo com a tabela, verifica-se que o principal destino da Cofins é a Previdência Social até 2009 e depois para outros órgãos, enquanto a CSLL se destina principalmente à Saúde.

Tabela 4 – Repartição das contribuições sociais entre as áreas da Seguridade Social, 2005 – 2011, em milhões (R$) correntes

Ano	Fonte	Despesas realizadas					
		MPS	MS	MET	MDS	Utilizadas em outros órgãos	Total
2005	CSLL	2.079,93	15.952,11	0,00	140,10	0,00	18.172,14
	Cofins	30.259,07	7.708,73	638,60	9.772,68	20.059,49	68.438,57
	Contrib. Prev.	108.892,23	1.243,81	211,14	0,00	9.863,85	118.841,34
	CPMF	5.928,94	11.724,25	0,00	0,00	0,00	17.653,19
	PIS/Pasep	0,00	0,00	16.951,35	0,00	0,00	16.951,35
	Conc. Prog.	30,03	0,00	0,00	0,00	1.081,72	1.111,75
	Outras	0,00	327,03	145,84	4.841,78	2.653,62	7.968,27
	Total	**147.190,20**	**36.955,94**	**17.946,93**	**14.754,56**	**33.658,68**	**249.136,63**
2006	CSLL	1.832,60	17.870,97	0,00	2.640,92	813,18	23.157,67
	Cofins	33.702,50	5.990,90	349,69	12.187,02	23.053,84	75.283,96
	Contrib. Prev.	128.160,85	1.151,36	251,07	0,00	9.373,72	138.937,00
	CPMF	6.756,06	14.335,82	0,00	0,00	0,00	21.091,89
	PIS/Pasep	0,00	0,00	20.075,24	0,00	0,00	20.075,24
	Conc. Prog.	77,02	0,00	0,00	0,00	1.216,35	1.293,37
	Outras	0,00	251,22	118,31	6.490,27	1.931,09	8.790,89
	Total	**170.529,02**	**39.600,28**	**20.794,31**	**21.318,21**	**36.388,19**	**288.630,01**

continua

continuação

Ano	Fonte	Despesas realizadas					
		MPS	MS	MET	MDS	Utilizadas em outros órgãos	Total
2007	CSLL	3.316,77	19.142,93	0,00	861,79	1.693,48	25.014,98
	Cofins	42.377,98	7.633,32	403,82	15.720,32	15.211,29	81.346,73
	Contrib. Prev.	136.838,60	1.065,98	256,47	0,00	13.986,01	152.147,07
	CPMF	7.572,12	15.243,05	0,00	0,00	0,00	22.815,17
	PIS/Pasep	0,00	0,00	19.214,98	0,00	0,00	19.214,98
	Conc. Prog.	79,13	0,00	0,00	0,00	1.337,56	1.416,69
	Outras	0,00	1.752,67	233,80	7.552,35	2.695,63	12.234,46
	Total	**190.184,61**	**44.837,97**	**20.109,08**	**24.134,46**	**34.923,97**	**314.190,08**
2008	CSLL	10.582,70	18.769,95	36,34	1.673,68	4.025,68	35.088,34
	Cofins	35.101,00	18.906,76	151,29	22.679,67	21.105,22	97.943,94
	Contrib. Prev.	162.372,96	640,88	617,42	0,00	13.055,99	176.687,24
	CPMF	0,00	540,77	0,00	0,00	0,00	540,77
	PIS/Pasep	0,00	0,00	24.890,84	0,00	0,00	24.890,84
	Conc. Prog.	104,45	0,00	0,00	0,00	1.227,10	1.331,55
	Outras	0,00	1.917,48	209,25	596,68	10.650,42	13.373,84
	Total	**208.161,10**	**40.775,85**	**25.905,13**	**24.950,04**	**50.064,40**	**349.856,51**
2009	CSLL	5.481,74	31.103,23	15,49	3.077,83	0,00	39.678,30
	Cofins	41.345,81	23.344,02	703,34	29.319,70	11.453,18	106.166,04
	Contrib. Prev.	184.774,04	1.740,94	313,13	0,00	16.462,27	203.290,39
	CPMF	17,09	945,27	0,00	0,00	0,00	962,36
	PIS/Pasep	0,00	0,00	24.014,21	0,00	0,00	24.014,21
	Conc. Prog.	107,62	0,00	0,00	0,00	1.492,39	1.600,01
	Outras	0,00	336,85	220,75	67,53	2.934,38	3.559,50
	Total	**231.726,31**	**57.470,31**	**25.266,92**	**32.465,06**	**32.342,21**	**379.270,81**

continua

conclusão

Ano	Fonte	Despesas realizadas					
		MPS	MS	MET	MDS	Utilizadas em outros órgãos	Total
2010	CSLL	6.074,70	25.327,61	0,00	2.994,31	0,00	34.396,61
	Cofins	25.605,90	30.809,97	644,33	35.187,19	16.178,14	108.425,53
	Contrib. Prev.	207.941,40	1.467,96	273,25	0,00	18.299,14	227.981,74
	CPMF	0,00	273,30	0,00	0,00	0,00	273,30
	PIS/Pasep	0,00	0,00	28.765,14	0,00	0,00	28.765,14
	Conc. Prog.	260,83	1,20	0,00	0,00	1.387,71	1.649,74
	Outras	4.339,23	764,54	308,68	17,44	3.234,94	8.664,84
	Total	**244.222,06**	**58.644,57**	**29.991,40**	**38.198,95**	**39.099,93**	**410.156,91**
2011	CSLL	14.072,56	29.582,81	0,00	3.205,65	0,00	46.861,02
	Cofins	26.115,33	40.824,71	696,12	39.308,68	13.764,54	120.709,38
	Contrib. Prev.	238.812,01	224,58	478,45	0,00	19.470,15	258.985,19
	CPMF	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	PIS/Pasep	0,00	0,00	33.162,16	0,00	0,00	33.162,16
	Conc. Prog.	308,42	8,25	0,00	0,00	1.881,86	2.198,53
	Outras	34,21	420,23	565,14	0,00	3.007,66	4.027,23
	Total	**279.342,53**	**71.060,57**	**34.901,86**	**42.514,33**	**38.124,21**	**465.943,50**

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Siga Brasil, disponível em: <http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil>.

– Ministério da Previdência Social (MPS); Ministério da Saúde (MS); Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) e Ministério da Previdência Social (MDS).

– Despesas empenhadas.

– Outras contribuições referem-se a receitas diretamente arrecadadas pelos órgãos.

No que se refere ao arranjo de financiamento da Saúde, especificamente, percebe-se que a participação das contribuições sociais sempre foi bastante expressiva, superando 70%, como mostra a Tabela 5.

Tabela 5 – Fontes de financiamento do Ministério da Saúde, 2005 – 2011, em %

Fonte		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
00 – Recursos ordinários		4,84	7,14	5,21	20,07	4,39	4,59	2,41
50 – Recursos próprios não fin.		2,34	3,05	3,69	4,02	3,85	4,33	4,03
Contribuições sociais	51 – CSLL	39,74	40,33	38,69	34,69	49,44	37,62	37,67
	53 – Cofins	19,20	13,52	15,43	34,94	37,11	45,76	51,98
	55 – CPMF	29,21	32,35	30,80	1,00	1,50	0,41	0,00
	56 – Servidor RPSP	1,20	0,98	0,90	0,20	0,88	0,60	0,21
	69 – Patronal RPSP	1,89	1,61	1,25	0,98	1,88	1,58	0,08
74 – Taxas e multas poder polícia		0,56	0,57	0,51	0,59	0,54	1,14	0,54
79 – FCEP		0,26	0,00	3,03	2,96	0,00	0,00	0,00
Subtotal		**99,25**	**99,25**	**99,56**	**99,56**	**99,56**	**99,56**	**99,56**
Outros		0,75	0,44	0,49	0,55	0,40	3,98	3,09
Total		**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**	**100**

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do Siga Brasil, disponível em: <http://www9.senado.gov.br/portal/page/portal/orcamento_senado/SigaBrasil>.

O modelo de custeio da seguridade social, embora com fontes exclusivas criadas pela Constituição, sempre enfrentou percalços, situação que pode se agravar com a extinção dessas fontes. Pelo projeto de reforma tributária, a área social seria financiada pelo orçamento fiscal da União, estabelecendo-se uma disputa por recursos entre os diversos ministérios. O volume de recursos para a Saúde pode ficar na dependência da prioridade de cada governo.

2.4.2 O projeto

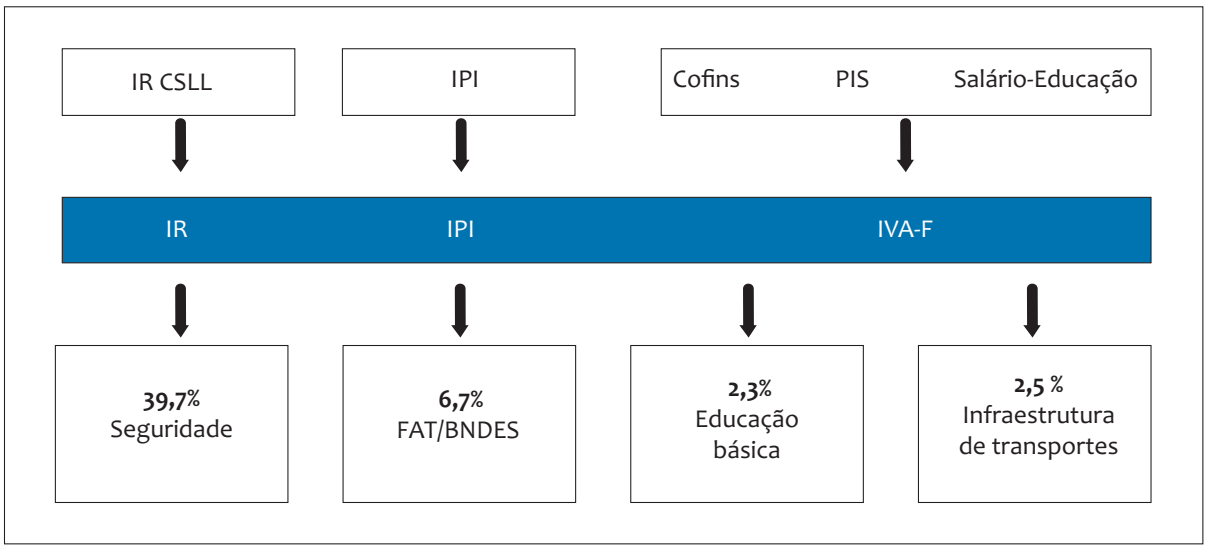
O atual projeto de reforma tributária (PEC nº 233/2008) tem como espinha dorsal a proposta elaborada pelo Ministério da Fazenda à qual foram, posteriormente, apensados outros projetos que estavam em andamento na Câmara.

O projeto tem como objetivos: simplificação do sistema, desoneração tributária e desenvolvimento regional. O objetivo de simplificação envolve ainda mudanças no ICMS, entre as quais se destaca a unificação das atuais 27 legislações específicas.

A outra estratégia para simplificação da atual estrutura tributária é a extinção de quatro contribuições e a criação de um novo imposto: imposto sobre valor adicionado federal (IVA-F), de modo a manter a arrecadação inalterada. Seriam extintas a Cofins, a contribuição para o PIS/Pasep e a contribuição sobre folha para o salário-educação, cujas receitas seriam cobertas pela arrecadação criada pelo IVA-F. Prevê-se também a extinção da CSLL, que seria substituída por uma nova alíquota do imposto de renda das pessoas jurídicas de forma a manter a mesma arrecadação.

Para melhor compreender as mudanças que estão envolvidas na atual proposta, a Figura 1 sintetiza as principais alterações descritas anteriormente.

Figura 1 – Síntese das principais alterações propostas na reforma tributária



Fonte: Ministério da Fazenda. Cartilha da Reforma Tributária 2008. Adaptado a partir do relatório aprovado na Comissão Especial.

Assim, a seguridade social ficaria com 39,7% do bolo tributário criado por IVA-F, IPI e IR. A princípio, a forma de definição do percentual de vinculação dos recursos para seguridade parece coerente, mas é interessante observar:

I – A metodologia empregada toma o ano de 2007 como referência dos recursos necessários à manutenção da seguridade social com base na arrecadação da Cofins e da CSLL. O cálculo não levou em conta os recursos da CPMF, então vigente, que representava parcela expressiva no custeio da Saúde. Desta forma, os 39,7% significam perda orçamentária para a seguridade social, já que excluiu a CPMF.

II – O cálculo deveria considerar o aporte de recursos arrecadados pela CPMF, uma vez que os gastos financiados por ela continuam existindo. Se tal aspecto fosse levado em conta, o percentual da Seguridade Social poderia atingir 45,2%. Este é o percentual necessário apenas para assegurar o mesmo volume de recursos criado, em 2007, pela CPMF, Cofins, CSLL (R$ 170,1 bilhões), após a reforma tributária.

O percentual a ser destinado para a seguridade social varia de acordo com o ano que se tome como referência: 2007, 2008 ou 2009. O quadro, a seguir, mostra o percentual obtido de acordo com a arrecadação das contribuições sociais (CSLL, Cofins e CPMF) em cada ano.

Tabela 6 – Variações no percentual destinado à Seguridade Social pelo bolo tributário formado pelo IVA-F, IPI e IR, com e sem a inclusão da CPMF, 2007 – 2009 em bilhões de reais (valores correntes)

Arrecadação[1]	2007	2008	2009
IR	144,0	174,3	172,6
CSLL	33,2	41,7	45,1
Cofins	100,6	118,4	119,2
CPMF[2]	36,3	42,4	44,6
PIS	23,6	27,8	28,0
Salário-Educação	7,1	8,8	9,7
IPI	31,2	36,7	27,6
Total[a] (sem CPMF)	339,6	407,7	402,3
Total[b] (com CPMF)	375,9	450,2	446,9
(CSLL+Cofins)/Total[a]	**39,4%**	**39,3%**	**40,8%**
(CSLL+Cofins+Cpmf)/Total[b]	**45,2%**	**45,0%**	**46,8%**

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional. Elaboração: DESID/SE/MS.

[1]Os valores não contemplam a DRU.

[2]Os valores de CPMF foram estimados a partir da média dos valores dela, nos anos de 2000 a 2007, em relação ao percentual do PIB, mantendo-se a mesma alíquota de 0,38%.

[a]Sem CPMF.

[b]Com CPMF.

Observa-se na Tabela 6 que, dependendo do ano que se tome como referência (2007, 2008 ou 2009) para estabelecer o percentual de vinculação para a Seguridade Social, o percentual destinado pode ser mais ou menos generoso. O quadro mostra de forma clara o percentual necessário de vinculação para que a seguridade social mantenha o orçamento compatível com o do período considerado (de 45% a 46,8%). Se desconsiderada a CPMF, como prevê o projeto em tramitação, a variação no período seria de 39,4% em 2007 para 40,8% em 2009. Os números apontam a necessidade de elevar o percentual de vinculação proposto no projeto de reforma tributária; e também colocam em dúvida a suposta vantagem de trocar fontes exclusivas (contribuições sociais) por um percentual qualquer de uma base ampliada de receita de impostos.

Com a perda dos recursos das contribuições, a seguridade social, hoje autossuficiente, passará a depender de repasses do orçamento fiscal.

Duas simulações são apresentadas a seguir, baseadas nos valores de receitas arrecadadas de impostos e contribuições sociais, que representam o bolo tributário da proposta de reforma tributária vigente, e nos valores de despesas liquidadas dos gastos por fonte em previdência social, saúde e assistência social do ano de 2009. A finalidade é demonstrar o desfinanciamento da Seguridade Social, a partir da instituição da nova base tributária prevista na reforma tributária, e a aplicação de 39,7% sobre esta para determinar o volume de recursos da rede de proteção social.

Se aprovada a proposta de reforma tributária da maneira como se apresenta, o custeio da Seguridade Social ficaria seriamente limitado por um teto orçamentário, e os gastos das três áreas teriam que se acomodar dentro daquela restrição.

Além disso, dentro do Orçamento da Seguridade Social, os gastos previdenciários têm prioridade; assim, do novo percentual de recursos destinados à Seguridade Social, primeiro será extraído o montante destinado ao pagamento de benefícios previdenciários. O restante será dividido entre Saúde e Assistência Social.

Na simulação A, os valores de receitas das contribuições sociais não contemplam a aplicação da DRU. Na simulação B, os valores de receitas das contribuições sociais (Cofins, PIS, CSLL, Custeio de pensões militares e Contribuição sobre receitas de concursos de prognósticos) contemplam a aplicação da DRU.

Tabela 7 – Resultado da Seguridade Social, baseado na proposta da PEC nº 233/2008, sem aplicação da DRU, baseado nos valores de 2009 (Simulação A)

Receitas

Base de receitas da Reforma Tributária	**Valor em milhões de reais**
Receita Tributária	**200.200**
Imposto sobre a Renda (pessoa física, jurídica e imp. retido na fonte)	172.601
IPI	27.599
Receita de Contribuições	**198.753**
Cofins	119.239
PIS[1]	24.665
CSLL	45.100
Salário-Educação	9.748
Subtotal (I)	**398.953**
Subtotal (II) = 39,7% * (I)	**158.384**

Outras receitas da Seguridade Social	Valor em milhões de reais
RGPS	182.008
CPSS – Contr. Servidor para o Plano de Seguridade Social do Servidor Público	18.513
Complemento do FGTS	
Custeio pensões militares[2]	1.681
Contribuição s/Rec. de Concursos de Prognósticos[3]	1.614
Receitas próprias	3.118
Taxas	1.102
Subtotal (III)	**208.036**
Subtotal (IV) – Receitas disponíveis para a Seguridade Social = (II) + (III)	**366.421**

continua

conclusão

Despesas

Gastos da Seguridade Social – Funções típicas	Valor em milhões de reais
Saúde	48.683
Previdência	289.599
Assistência Social	33.108
Total	**371.389**

Resultado da Seguridade Social	Valor em milhões de reais
Receita para a Seguridade Social	**366.421**
(-) Gastos com a Previdência Social	289.599
Subtotal	76.822
(-) Gastos com a Saúde	48.683
(-) Gastos com a Assistência Social	33.108
Total	**-4.968**

Fonte: STN, SOF. Elaboração: DESID/SE/MS.
Nota: Os valores constantes da planilha contribuições não são deduzidos da DRU (Cofins, CSLL, PIS/Pasep, custeio pensões militares).
[1]Calculado como 88% do conjunto PIS/Pasep pelos valores apresentados na cartilha sobre RT (arrecadação total de 28.028,84 milhões de reais).
[2]Só a receita principal. Não há outras receitas.
[3]Parte destinada à Seguridade Social.
Subtotal (I) – Soma das receitas tributária e de contribuições, sobre as quais se derivará o percentual a ser destinado para a Seguridade Social.
Subtotal (II) – 39,7% dos valores do subtotal (I) – percentual previsto para destinar-se à Seguridade Social.
Subtotal (III) – Total de outras receitas da Seguridade Social.
Subtotal (IV) – Receitas disponíveis para Seguridade Social.

De acordo com o demonstrado na Simulação A, tomando-se como base os valores do exercício de 2009, sem aplicação da DRU, caso estivesse vigente a nova forma de financiamento da Seguridade Social, haveria um déficit de 5 bilhões de reais.

Tabela 8 – Resultado da Seguridade Social, baseado na proposta da PEC nº 233/2008, com aplicação da DRU, baseado nos valores de 2009 (Simulação B)

Receitas

Base de receitas da Reforma Tributária	Valor em milhões de reais
Receita Tributária	**200.200**
Imposto sobre a Renda (pessoa física, jurídica e imp. retido na fonte)	172.601
IPI	27.599
Receita de Contribuicões	**151.136**
Cofins	93.407
PIS[1]	13.107
CSLL	34.873
Salário-Educação	9.748
Subtotal (I)	**351.336**
Subtotal (II) = 39,7%* (I)	**139.480**

Outras receitas	Valor em milhões de reais
RGPS	182.008
CPSS – Contr. Servidor para o Plano de Seguridade Social do Servidor Público	18.513
Complemento do FGTS	
Custeio pensões militares	1.345
Contribuição s/ Rec. de Concursos de Prognósticos[2]	942
Receitas próprias	3.118
Taxas	1.102
Subtotal (III)	**207.028**
Subtotal (IV) – Receitas disponíveis para a Seguridade Social = (II) + (III)	**346.508**

Despesas

Gastos da Seguridade Social – Funções Típicas	Valor em milhões de reais
Saúde	48.683
Previdência	289.599
Assistência Social	33.108
Total	**371.389**

Resultado da Seguridade Social	Valor em milhões de reais
Receita para a Seguridade Social	**346.508**
(-) Gastos com a Previdência Social	289.599
Subtotal	56.910
(-) Gastos com a Saúde	48.683
(-) Gastos com a Assistência Social	33.108
Total	**-24.881**

Fonte: STN, SOF. Elaboração: DESID/SE/MS.

[1]Calculado como 88% do conjunto PIS/Pasep pelos valores apresentados na cartilha sobre RT (arrecadação total de 28.028,84 milhões de reais).

[2]Parte destinada à Seguridade Social.

Subtotal (I) – Soma das receitas tributárias e de contribuições (já deduzidas da DRU), sobre as quais se derivará o percentual a ser destinado para a Seguridade Social.

Subtotal (II) – 39,7% dos valores do subtotal (I) – percentual previsto para destinar-se à Seguridade Social.

Subtotal (III) – Total de outras receitas da Seguridade Social.

Subtotal (IV) – Receitas disponíveis para a Seguridade Social.

A Simulação B demonstra que, se considerados os valores de receitas com a aplicação da DRU, o déficit do financiamento da Seguridade Social atingiria o montante de 25 bilhões de reais.

2.4.3 Perda de qualidade

A consequência inevitável da queda de recursos será a perda de qualidade nos serviços de Saúde, com redução da cobertura, em um momento em que o Ministério da Saúde trabalha para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade. Se aprovada a reforma tributária e confirmadas as projeções, o direito de todos à saúde, assegurado pela Constituição, pode ser comprometido em um grave retrocesso para a sociedade.

Em vez de mudança tão drástica, devem-se analisar outras possibilidades de aperfeiçoamento do sistema tributário nacional, que mantenham as contribuições que sustentam a seguridade social. A implantação da nota fiscal eletrônica e a fiscalização efetiva podem trazer ganhos de arrecadação sem a necessidade de alterar a Constituição.

Há de considerar ainda que o momento, marcado por prolongada crise econômica e financeira mundial, é inoportuno para mudanças tão profundas. Outra questão é a unificação das legislações do ICMS poder ficar fora da reforma, já que há resistência dos estados.

2.4.4 Considerações finais

O sistema tributário brasileiro deve realmente sofrer uma reforma para ampliar a sua progressividade em busca de maior justiça tributária. Essa questão, de suma importância, não é enfrentada pelo projeto em tramitação: extingue as contribuições sociais e cria o IVA-F sem alterar o caráter da incidência da cobrança sobre a sociedade.

Além de manter a regressividade, a reforma tributária proposta na PEC nº 233, de 2008, ameaça o ordenamento dos direitos sociais da Constituição de 1988, particularmente sobre a seguridade social: as contribuições sociais foram incluídas na Constituição para sustentar o custeio da área social. A extinção do modelo de financiamento traz graves consequências ao financiamento das políticas sociais brasileiras.

As contribuições representam a base legal do financiamento da seguridade social, aí incluído o Sistema Único de Saúde, e têm se mostrado eficientes para proporcionar os recursos necessários à manutenção do sistema de proteção social, tanto que o Orçamento da Seguridade Social é superavitário. A eliminação dessa base legal e a instituição de novo sistema pode não garantir a estabilidade necessária ao custeio da seguridade.

A área de Saúde, particularmente, passou por graves crises de financiamento no início dos anos de 1990. Embora devesse receber 30% do Orçamento da Seguridade Social, como previsto no art. 55 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias e nas Leis de

Diretrizes Orçamentárias até 1993, o dinheiro não chegava à Saúde. Mas havia recursos no orçamento, arrecadados pelas contribuições.

Portanto, a eliminação das contribuições sociais – mesmo com a reserva de um percentual sobre o IVA-F para a seguridade social – implicará o aumento das incertezas para a saúde, bem como para as demais políticas da seguridade, e para as áreas de trabalho e educação, ameaçando a sustentação do Sistema de Proteção Social Brasileiro.

Com a extinção das receitas próprias, a seguridade social perde a prioridade dada pela Constituição, e torna-se dependente de um conjunto de receitas concorrentes com as demais áreas e programas do governo. Trata-se de um retrocesso, tendo em vista que a criação das contribuições sociais pelos constituintes, assim como do Orçamento da Seguridade Social, buscou justamente resguardar a área social que, historicamente, sempre foi prejudicada na disputa por recursos orçamentários.

A História do Financiamento das Ações e Serviços Públicos de Saúde: Marcos Legais, Implicações Jurídicas e Instrumentos de Gestão

3

3.1 Marcos legais

3.1.1 O financiamento da Saúde antes da Constituição Federal de 1988

O financiamento da Saúde no Brasil, hoje, está interligado à ideia de Seguridade Social. Compõem a Seguridade Social, nos termos da Constituição Federal de 1988: Previdência Social, Saúde e Assistência Social. O orçamento da seguridade, a partir de 1988, seria dividido entre as três áreas, de forma a assegurar direitos a todos os cidadãos.

Foi um grande avanço em comparação com o modelo de seguro social, que vigorou desde a época do Império até 1988 – um modelo financiado por contribuições e com proteção restrita aos seus contribuintes, herança do século XIX.

Na Constituição Política do Império do Brasil, de 1824, havia referência à seguridade social como "socorros públicos" (BRASIL, 1824). Legislações de 1850, 1860 e 1888 previam uma espécie de seguro, no caso do acometimento de infortúnio a determinadas categorias de trabalhadores.

A expressão "aposentadoria" apareceu na Constituição de 1891 como direito assegurado a funcionários públicos.

Somente com a promulgação da Carta Política de 1946, passou a existir no Brasil certa sistematização em matéria de previdência social, mas restrita a alguns segmentos da sociedade. Previa o art. 157, XVI, que a previdência seria custeada mediante contribuição da União, do empregador e do empregado em favor da maternidade e contra as consequências da doença, da velhice, da invalidez e da morte (BRASIL, 1946).

Posteriormente, a Lei Orgânica da Previdência Social (Lops) padronizou o sistema assistencial, ampliou o rol de benefícios e criou os auxílios: natalidade, funeral e reclusão. A assistência social foi estendida a outras categorias profissionais, que tinham direito à

assistência médica, alimentar, habitacional, complementar e reeducativa e de readaptação profissional. O direito à cobertura dependia do vínculo empregatício (BRASIL, 1960).

Foi com a promulgação da Emenda Constitucional nº 11, de 31 de março de 1965, que se estabeleceu o princípio da precedência da fonte de custeio. Referida emenda alterou o texto constitucional para determinar que "Nenhuma prestação de serviço de caráter assistencial ou de benefício compreendido na previdência social poderá ser criada, majorada ou estendida sem a correspondente fonte de custeio total" (art. 157 § 2º) (BRASIL, 1965).

A Constituição do Brasil de 1967 mantém o princípio da necessidade de fonte de custeio. A saúde continua como questão de misericórdia, sendo amparado pelo Estado apenas aquele que mantinha vínculo empregatício. Portanto, os excluídos do processo econômico também estavam fadados à exclusão do atendimento à saúde (BRASIL, 1967).

Em 1977, a Lei nº 6.439, de 1º de julho, instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas) e criou o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) como autarquia vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (BRASIL, 1977).

O Sinpas foi instituído com a finalidade de integrar as funções de concessão e manutenção de benefícios e prestação de serviços; custeio de atividades e programas; e gestões administrativa, financeira e patrimonial, atribuídas às entidades que passaram a integrar sua estrutura:

- O Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) – responsável pela concessão e manutenção dos benefícios e demais prestações previdenciárias;
- O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps) – prestava assistência médica;
- A Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) – prestava assistência social à população carente;
- A Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem) – executava a política do bem-estar do menor;
- A Empresa de Processamento de Dados da Previdência Social (Dataprev) – processava os dados da previdência;
- O Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (Iapas) – promovia a arrecadação, fiscalização e cobrança das contribuições e de outros recursos pertinentes à Previdência e Assistência Social; e
- A Central de Medicamentos (Ceme).

O financiamento da saúde concorria com a previdência e a assistência social pelas receitas arrecadas pelo Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social, e também pelos recursos advindos do orçamento fiscal. Os recursos do orçamento eram disputados também pela educação, justiça, transporte, defesa nacional, previdência do servidor público e outras responsabilidades da União.

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 5 de outubro de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, assegurada mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. Criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1.2 A Constituição Federal de 1988 e a criação do SUS

A saúde é direito de todos e dever do Estado. Esse preceito garantiu à saúde lugar de destaque entre os direitos fundamentais previsto na Constituição, e também em diversos outros capítulos. O princípio é repetido no artigo 196: "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação." (BRASIL, 1988).

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) surgiu de um grande debate na sociedade brasileira antes e durante a Assembleia Nacional Constituinte. Os constituintes tinham que optar entre a manutenção do modelo em vigor, que excluía a maior parte da população, e um novo sistema de amplo acesso aos serviços públicos de Saúde com cobertura para todos os cidadãos.

Depois de intensos enfrentamentos na Assembleia Nacional Constituinte, a mudança, defendida pelo movimento dos médicos sanitaristas e pela Conferência Nacional de Saúde, foi inscrita na Carta Magna. Assim, a Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988, trouxe a definição inicial das diretrizes para a Saúde do País, no Capítulo II, que trata da Seguridade Social – Título VIII – Da Ordem Social. Evidentemente, era imprescindível a sua regulamentação para melhor delineamento das formas e caminhos para o seu cumprimento.

O Capítulo II do Título VIII da Constituição estabelece os parâmetros de identificação das ações e serviços de Saúde. O primeiro dispositivo do capítulo, o artigo 194, insere a saúde no âmbito da seguridade social, que será organizada de acordo com os seguintes objetivos, dentre outros: i) universalidade da cobertura e do atendimento; ii) uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; e iii) seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços.

Já o artigo 195 estabeleceu que a Seguridade Social deve ser financiada "por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios." (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988 ainda previu as bases do financiamento: Orçamento da Seguridade Social no nível federal e orçamentos fiscais para estados e municípios.

Em relação ao Orçamento da Seguridade Social, sua composição já foi demonstrada no Capítulo I. Portanto, torna-se necessário explanar sinteticamente sobre a base tributária estabelecida pela Constituição Federal de 1988, a fim de que as esferas subnacionais pudessem cumprir com suas obrigações, inclusive na área social.

Uma importante disposição constitucional é referente ao capítulo que trata do Sistema Tributário Nacional no Título IV – Da Tributação e do Orçamento em que são estabelecidas as competências dos entes federados para instituir impostos e a repartição deles entre as esferas de poder.

O Quadro 1 demonstra os impostos que são arrecadados, atualmente, por esfera de governo.

Quadro 1 – Impostos arrecadados em cada esfera de governo, segundo a Constituição Federal de 1988

<table>
<tr><th>União</th><th>Estados e Distrito Federal</th><th>Municípios</th></tr>
<tr><td>Imposto sobre a importação</td><td rowspan="2">Imposto sobre transmissão causa mortis e doação de quaisquer bens ou direitos</td><td rowspan="2">Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbana</td></tr>
<tr><td>Imposto sobre exportação</td></tr>
<tr><td>Imposto sobre renda e proventos de qualquer natureza</td><td rowspan="2">Imposto sobre operações relativas à circulação de mercadorias e sobre a prestação de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação</td><td rowspan="2">Imposto sobre a transmissão inter vivos</td></tr>
<tr><td>Imposto sobre produtos industrializados</td></tr>
<tr><td>Imposto sobre operações de crédito, câmbio e seguro ou relativas a títulos ou valores mobiliários</td><td rowspan="2">Imposto sobre a propriedade de veículos automotores</td><td rowspan="2">Imposto sobre serviços de qualquer natureza</td></tr>
<tr><td>Imposto sobre propriedade territorial rural</td></tr>
</table>

Fonte: Elaboração própria – baseado nos artigos 153 a 156 da Constituição Federal de 1988.

Uma questão importante quando se aborda o financiamento do SUS é conhecer não apenas o que cada esfera arrecada, mas como se dá a repartição dos tributos entre elas. Conforme demonstra a Tabela 9, é a transferência de recursos entre os níveis que permite, por exemplo, que as pequenas municipalidades possam cumprir suas obrigações constitucionais, entre elas os gastos com a saúde.

Tabela 9 – Repartição de impostos entre as esferas de governo, segundo as disposições constitucionais

Esfera Arrecadadora	Imposto	Transfere para	Percentuais e observações	
União	IR	Estados, DF e municípios	100% dos rendimentos pagos pela administração direta e indireta	21,5 % para o FPE; 22,5% para o FPM; 3% para o programa de financiamento do setor produtivo (N, NE, CO)
	IPI	Estados e DF	10% para o fundo de ressarcimento aos estados exportadores	
	ITR	Municípios	50% para os municípios onde se localizam os imóveis	
Estados	IPI	Municípios	25%, sendo ¾ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e ¼ segundo lei estadual (no máximo)	
	IPVA	Municípios	50%	
	ICMS	Municípios	25%, sendo ¾ na proporção do valor adicionado (no mínimo) e ¼ segundo lei estadual (no máximo)	

Fonte: Elaboração própria a partir dos artigos 158 a 161 da Constituição Federal de 1988.

Tomemos como exemplo o Imposto de Renda (IR) e o Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI), ambos arrecadados pela União. Dos valores arrecadados de IR sobre os rendimentos pagos por estados, DF e municípios ou suas autarquias/fundações, 100% dos valores retornam a esses. Em relação ao IPI, 10% dos valores arrecadados vão para o fundo de ressarcimento dos estados exportadores. Além disso, do valor total arrecadado de IR e IPI, após deduzidos os incentivos fiscais e as restituições, 21,5% são destinados ao Fundo de Participação de Estados (FPE); 22,5% para o Fundo de Participação de Municípios (FPM) e 3% para financiar a produção nos estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

Portanto, a CF/1988, além de estabelecer os princípios de universalidade, integralidade e descentralização ao Sistema Único de Saúde (SUS), também estabelece que tais princípios devem nortear as ações e serviços públicos de Saúde, "visando à progressiva redução das disparidades regionais". Dessa forma, a Saúde passa a ser mais um braço do Estado para o desenvolvimento de regiões carentes, reforçando o mecanismo da repartição de recursos por meio dos fundos de participação de estados e municípios.

Promulgada a Constituição em 5 de outubro de 1988, o Ministério da Saúde começa a trabalhar na implantação do SUS: atua no Congresso Nacional, que aprova a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Lei Orgânica da Saúde), contendo os parâmetros para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990a).

Em complementação à Lei Orgânica da Saúde, foi aprovada a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, tratando da participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde (BRASIL, 1990b).

3.1.3 Leis infraconstitucionais: A Lei Orgânica da Saúde e a participação da comunidade no SUS

A Constituição Federal, ao tratar dos princípios fundamentais da República Federativa do Brasil, preceitua que "todo poder emana do povo, que o exerce por meio de representantes eleitos ou diretamente". Ao estabelecer o sistema participativo e descentralizado, o Sistema Único de Saúde (SUS) dá à sociedade o direito de exercer esse poder, participando das definições de prioridades para as ações de Saúde.

A participação da comunidade na gestão do SUS, como previsto no art. 198, foi regulamentada na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que dispõe ainda sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da Saúde.

Assim, ficou definido que o sistema contaria, em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo com as seguintes instâncias colegiadas: i) Conferência de Saúde e ii) Conselho de Saúde. Com essas instâncias de discussão, a sociedade participa da definição das ações de Saúde – direito de todos e dever do Estado, como estabelecido no título dos Direitos e Garantias Fundamentais.

As diretrizes foram dadas pela Constituição: as políticas sociais e econômicas devem ser direcionadas à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde.

Esses princípios foram regulamentados pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde. O texto dispõe acerca das condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Seu propósito, exposto no art. 1º, é regular, 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 (BRASIL, 1990a).

Referido diploma legal trouxe importantes conceitos para o direito sanitário com a delimitação da área de competência do SUS. Traz, em seu bojo, os objetivos, atribuições, princípios e diretrizes, organização, direção e gestão, competência e atribuições de cada esfera de governo, dentro da lógica da regionalização e hierarquia.

A Lei nº 8.080/1990 atribuiu ao Conselho Nacional de Saúde a responsabilidade de estabelecer diretrizes para a elaboração dos planos de saúde pelos entes federativos. Ao

CNS estariam subordinadas, inclusive, as comissões intersetoriais de âmbito nacional, integradas por ministérios e outros órgãos, entidades representativas da sociedade, as quais cabe decidir sobre ações de saúde que envolvem outras áreas do governo.

O diploma legal determinou ainda que a Conferência de Saúde, a ser convocada pelo Poder Executivo ou pelo Conselho Nacional de Saúde, deve contar com a representação dos vários segmentos sociais.

Já o Conselho de Saúde é uma instância de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de Saúde e usuários. Cabe ao conselho participar da formulação de estratégias e controlar a execução da política de Saúde na instância correspondente, avaliando inclusive os aspectos econômicos e financeiros.

Os agentes públicos prestam contas aos usuários, de forma indireta, pela participação desses nos conselhos e nas conferências de Saúde, de forma paritária em relação ao conjunto dos demais segmentos. Para receber recursos do Ministério da Saúde, os estados e municípios são obrigados a formar seus conselhos de Saúde com a participação da sociedade.

3.1.4 Propostas de emenda à Constituição e a EC nº 29/2000

3.1.4.1 Da Constituição Cidadã às alterações promovidas pela Emenda Constitucional nº 29/2000

Foram 12 anos de intenso debate entre a promulgação da Constituição e a Emenda Constitucional nº 29/2000; uma espécie de segundo tempo da batalha ideológica que se travou na Assembleia Nacional Constituinte entre conservadores e movimentos sociais. Esse segundo embate se deu entre os ministérios da área social e os da área econômica do governo: enquanto os primeiros precisavam de mais recursos para cumprir suas obrigações na assistência à população, a área econômica trabalhava para reduzir despesas e manter as contas públicas superavitárias.

Os direitos à saúde estavam garantidos, mas o dinheiro para provê-los não. O SUS viveu, então, um período de incertezas, sem fontes estáveis de financiamento, agravadas pela profunda crise econômica do País, que se debatia com altos índices de inflação e baixa taxa de crescimento.

De 1988 a 1992, foi definido que o financiamento da Saúde pela União se daria por alocação de 30% do orçamento da Seguridade Social. Na prática, parte desses recursos foi usada para custear pagamentos de despesas de outras áreas como as de servidores inativos e da dívida pública.

Em 1991, o Plano Plurianual do governo federal chegou a reservar 25% do orçamento da seguridade para a Saúde. Mas o dinheiro não entrou nos cofres do Ministério da Saúde, que foi obrigado, no ano seguinte, a contrair empréstimo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para financiar despesas com a saúde, dado a situação de insuficiência de recursos.

Em 1993, a Lei Orçamentária Anual reduziu para 15,5% os recursos para a Saúde, porém o Ministério da Previdência, então responsável pela arrecadação, não repassou os recursos correspondentes, já que precisava pagar dívidas atrasadas.

A situação de incerteza levou a soluções provisórias, como a instituição, em 1994, do imposto provisório sobre movimentação financeira (IPMF), transformada posteriormente em contribuição provisória sobre movimentação financeira (CPMF), e extinta pelo Congresso Nacional em 2007.

Ao mesmo tempo, o Congresso Nacional iniciou a discussão de mecanismos permanentes de financiamento das ações e serviços públicos de Saúde, pela União, estados e municípios. A primeira proposta de emenda constitucional foi apresentada em 1993 pelos deputados Eduardo Jorge e Waldir Pires: a PEC nº 169/1993 definia o aporte de 30% do Orçamento da Seguridade Social mais 10% de impostos para a Saúde. Os estados, DF e municípios deveriam aplicar, no mínimo, 10% das receitas de impostos.

A partir de então, várias outras propostas de vinculação de recursos foram elaboradas e discutidas no âmbito do Congresso Nacional para financiar a Saúde. O debate resultou finalmente na promulgação da Emenda Constitucional nº 29, em 13 de setembro de 2000, que alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou um artigo ao ADCT, estabelecendo: o Distrito Federal e os estados têm que aplicar o mínimo de 12% de suas receitas em Saúde, e o Distrito Federal e os municípios, 15%. A União deveria fixar os gastos do Ministério da Saúde aplicando a variação nominal do PIB aos gastos do ano anterior (BRASIL, 2000a).

Ficaram prejudicadas outras propostas, como a de vinculação de um percentual das receitas da União, que poderiam trazer ganho para a dotação orçamentária do Ministério da Saúde. A vinculação à variação nominal do PIB assegura certa estabilidade no financiamento, sem, entretanto, representar ganhos, a não ser em épocas de elevado crescimento econômico. Se houver aumento na arrecadação de impostos, a Saúde não se beneficiará, já que seus recursos, mesmo oriundos do Orçamento da Seguridade Social, estarão limitados à aplicação do mínimo constitucional.

Como a regra de correção pelo PIB foi instituída de forma provisória pela EC nº 29/2000, havia perspectivas de substituir o mecanismo por algum outro que resultasse em maior volume de recursos da União para a Saúde. Mas o modelo foi mantido na regulamentação da Emenda Constitucional pela Lei Complementar nº 141/2012. Mesmo assim, a EC nº 29 representou um avanço ao estabelecer responsabilidades da União, estados e municípios.

Dispõe a Emenda sobre, entre outros tópicos:

a) A possibilidade de intervenção da União nos estados e desses em seus respectivos municípios (arts. 34 e 35).

b) As condições para as transferências constitucionais (art. 160).

c) A vinculação de receitas de impostos à área de Saúde (art. 167).

d) A base de cálculo (composta por receitas advindas da arrecadação de impostos, bem como da repartição de receitas tributárias) para aferição do mínimo de recursos a ser aplicado pelos estados e municípios, além de estabelecer matéria a ser tratada por (art. 198, §§ 2º e 3º).

e) As regras de transição no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) – art. 77 – para assegurar recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde.

Assim, o texto da EC nº 29/2000 vinculou recursos da União, estados, Distrito Federal e municípios para serem gastos obrigatoriamente em ações e serviços públicos de Saúde. Com as alterações, o art. 198 da Constituição detalhou o financiamento das ações e serviços públicos de Saúde e manteve a vinculação de recursos orçamentários dos três entes da Federação, com a possibilidade de contar com outras fontes de recursos.

3.1.4.2 Vinculação de recursos para financiamento da saúde pública brasileira

3.1.4.2.1 Os aspectos legais

Desde a promulgação da Constituição Federal, em 1988, ficou estabelecido que o Sistema Único de Saúde (SUS) seria financiado por todas as esferas de governo: União, estados, Distrito Federal e municípios. No nível federal, os recursos viriam do Orçamento da Seguridade Social.

A criação de um orçamento próprio para a seguridade social foi um ponto inovador da Constituição de 1988. Assim, o Orçamento Geral da União passou a ser dividido da seguinte forma: o fiscal, o de investimento das estatais e o orçamento da seguridade social.

A seguridade social passou a ser financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. Na esfera federal, a arrecadação das contribuições sociais recolhidas pelas empresas sobre a folha de pagamento, sobre o faturamento e sobre o lucro líquido; dos trabalhadores; e sobre receita de concurso de prognóstico são fontes exclusivas da seguridade social.

Porém foi a Emenda Constitucional nº 29 que definiu com clareza a forma de financiamento do sistema: vinculou recursos da União, estados, Distrito Federal e municípios ao gasto obrigatório em ações e serviços públicos de Saúde, por meio da introdução dos §§ 2º e 3º no artigo 198 da Constituição Federal que passou a ser assim redigido:

> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
> I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III – participação da comunidade.
> **§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.**
> **§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre***:*
> I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;
> II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os artes. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;
> III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.
> **§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:**
> I – os percentuais de que trata o § 2º;
> II – 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, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;
> III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;
> IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.
> [...] (BRASIL, 2000a, grifo nosso).

A nova redação do parágrafo § 2º do art. 198 estabelece valores mínimos que a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de Saúde. Estados e municípios ficaram obrigados a destinar às ações de

Saúde o mínimo de 12% e 15% de suas receitas. O Distrito Federal utiliza os dois percentuais, dependendo do tipo de receita.

A vinculação constitucional de recursos orçamentários dos entes federativos para gastos obrigatórios em ações e serviços de Saúde representou importante avanço no campo das garantias materiais do direito à saúde. A Constituição ainda deixou aberta a possibilidade de se contar com outras fontes de recursos para o sistema, pois tratou a vinculação como o mínimo a ser aplicado em Saúde.

3.1.4.2.2 A regra de aplicação de recursos mínimos

Após a Emenda, o artigo 198 da Constituição Federal passou a tratar da base de cálculo, e o artigo 77, dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias, estabeleceu os percentuais mínimos para a Saúde da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios.

Para a União, o art. 77 do ADCT estabeleceu a seguinte regra de aplicação de recursos em ASPS (BRASIL, 1988):

- Valor mínimo, em 2000, não inferior ao montante empenhado em 1999, corrigido em 5%.
- Para os anos subsequentes, até 2004, o valor empenhado no ano imediatamente anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), regra que perdurou e foi mantida pela lei complementar que regulamentou o §3° do art. 198.

Por sua vez, os estados têm que destinar à Saúde pelo menos 12% da arrecadação do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do Imposto de Transmissão Causa Mortis (ITCM), do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotivos (IPVA) e das transferências constitucionais feitas pela União, deduzidas as parcelas destinadas aos respectivos municípios, nos termos dos arts. 157 e 159, I, "a" e II.

Os municípios têm que aplicar em ações de Saúde pelo menos 15% da arrecadação do Imposto Predial e Territorial Urbano (IPTU), do Imposto de Transmissão Intervivos, do Imposto sobre Serviços (ISS) e das transferências constitucionais feitas pela União aos municípios, definidas nos artigos 158 e 159, I, "b" e § 3°. A obrigação do Distrito Federal é de 12% ou 15%, dependendo do imposto ser de competência estadual ou municipal, respectivamente.

Mesmo com a vinculação de receitas de impostos e a crescente participação dos estados, Distrito Federal e municípios no financiamento das ações e serviços públicos de

Saúde, há necessidade de buscar novas fontes de recursos como forma de garantir o atendimento do princípio da universalidade, norteador do SUS.

De modo geral, as fontes de receitas para o financiamento da Saúde são provenientes de:

i. Para estados e municípios:

a) impostos, multas, juros de mora e outros encargos decorrentes dos impostos;

b) dívida ativa dos impostos, multas, juros de mora, atualização monetária e outros encargos da dívida ativa dos impostos;

c) receitas de transferências constitucionais e legais;

d) transferência de recursos do SUS;

e) transferências voluntárias;

f) receitas de operações de crédito vinculadas à Saúde;

g) outras receitas orçamentárias.

ii. Para União: fontes do orçamento da Seguridade Social.

Com as alterações promovidas pela EC nº 29/2000, modificou-se a fonte de recursos do SUS: com a fixação constitucional do cálculo baseado no orçamento executado acrescido da variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), o Orçamento da Seguridade Social, mantido pelas contribuições, deixou de ser referência para a Saúde.

A base de cálculo dos estados, do Distrito Federal e dos municípios já estava no corpo do art. 198 da Constituição. Mas a parte da União ficou pendente: lei complementar definiria os parâmetros de participação da União no custeio do Sistema Único de Saúde (SUS). Enquanto não houvesse a lei complementar, prevaleceriam as regras do art. 77 do ADCT.

Esse dispositivo provisório estabeleceu a base de cálculo para o montante a ser aplicado pela União nas ações e serviços públicos de Saúde, mas deixou para a lei complementar a fixação dos parâmetros definitivos.

Para estados e municípios, a Emenda Constitucional nº 29, além de estabelecer patamares mínimos a atingir até 2004, determinou uma regra de transição: ficavam obrigados a aplicar, em 2000, o mínimo de 7% de suas receitas próprias em ações e serviços

públicos de Saúde, elevando gradualmente este percentual até alcançar o mínimo no ano de 2004. A diferença em relação aos níveis mínimos a serem atingidos (12% para os estados e 15% para os municípios) deveria ser reduzida à razão de, pelo menos, um quinto ao ano.

Mas a EC nº 29 tem um significado bem mais amplo. Ao exigir das esferas subnacionais maior e efetiva contribuição ao financiamento da área, ela fortalece a participação e a responsabilidade dessas instâncias no arranjo federativo que sustenta o SUS, como destaca Biasoto Jr (2003 apud RIBEIRO, 2007, p. 39-40):

> [...] a Emenda Constitucional nº 29 tem um papel crucial na ampliação do gasto em saúde [...]. No entanto, vale frisar a importância da EC 29 no sentido de reforçar as ações de saúde numa situação de competência concorrente das três esferas de governo. De um lado, a fixação de recursos mínimos para aplicação dos Estados serve como catalisador da discussão, que já vem sendo conduzida, sobre a necessidade da esfera estadual assumir maiores obrigações dentro da gestão do SUS, notadamente na alta e média complexidade e na articulação regional do sistema. De outro lado, a fixação de recursos mínimos a serem aplicados por cada uma das municipalidades trabalha no sentido de abolir a prática identificada em certas regiões, onde alguns municípios, mais comprometidos com o SUS, acabavam assumindo atenção à saúde de cidadão de outros municípios.

3.1.4.2.3 A aplicação dos dispositivos da EC nº 29

Promulgada a Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a), veio o debate sobre a sua regulamentação e inúmeras propostas tramitaram no Congresso Nacional. Os primeiros debates foram promovidos pelo Ministério da Saúde. Em 2001, o Conselho Nacional de Saúde reuniu a Associação dos Tribunais de Contas (Atricon), o Ministério Público Federal, as assessorias técnicas da Câmara e do Senado, os conselhos dos secretários estaduais e municipais de Saúde (Conass e Conasems) e as secretarias do Ministério da Saúde com o objetivo de dar efetivo cumprimento da EC nº 29 pelos agentes públicos.

Várias questões estavam em pauta, entre elas as regras para o período de transição para que estados e municípios atingissem, em 2004, os percentuais mínimos de 12% e 15%, respectivamente, das receitas aplicadas em Saúde. Outra questão era definir o que poderia, ou não, ser considerado como ações e serviços públicos de Saúde. No caso da União, era preciso definir que variação nominal do PIB seria considerada e sobre que base incidiria a correção. Desse esforço, surgiu, em julho de 2001, o documento "Parâmetros Consensuais para Regulamentação e Implementação da EC nº 29/2000".

Em setembro de 2001, foi realizado seminário no Ministério da Saúde, que contou com representantes dos tribunais de Contas do País, onde se utilizou como texto-base o documento "Parâmetros Consensuais". Em abril de 2002, o Conselho Nacional de Saúde

(CNS) aprovou a Resolução nº 316, cuja redação final foi objeto de nova série de ajustes com os representantes dos tribunais de Contas. Mas a resolução não foi homologada pelo então ministro da Saúde, José Serra, quem utilizou parte dela na Portaria MS/GM nº 2.047, de 5 de novembro de 2002, excluindo as diretrizes referentes à União.

Na época, o Ministério da Fazenda tentou forçar o entendimento de que a correção do orçamento do Ministério da Saúde, pela variação nominal do PIB, deveria ser feita sempre sobre o valor gasto em 2000. Ou seja, a base sobre a qual incidiria a correção ficaria fixa naquele ano, embora a Constituição estabelecesse a incidência sobre o volume de recursos gastos no ano anterior. Evidentemente que, se prevalecesse esse entendimento, haveria perda de recursos para a Saúde.

A questão foi superada pela decisão nº 143/2002 do Tribunal de Contas da União (TCU), que reforçou o entendimento da área de Saúde: o termo "valor apurado no ano anterior" significa o valor do ano imediatamente anterior ao da fixação do orçamento. Sobre esse valor incidiria a variação nominal do PIB para cálculo e se teria o valor do novo orçamento para manter as ações e serviços públicos de Saúde. O modelo deveria vigorar até 2004, ou até a edição de lei complementar.

Em 2003, o ministro da Saúde, Humberto Costa, homologou a Resolução nº 322 (CNS, 2003) sucessora da Resolução nº 316, reforçando a adoção do sistema de base móvel, de cálculo com base no orçamento do ano imediatamente anterior. A Resolução nº 322 trouxe também esclarecimentos conceituais e operacionais para a aplicação imediata da Emenda nº 29 pelas três esferas de governo, inclusive a definição do que poderia, ou não, ser considerada como ações e serviços públicos de Saúde.

A discussão da regulamentação continuava. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria MS/GM nº 755, de 17 de junho de 2003, constituiu comissão especial para formular diretrizes para a regulamentação da Emenda. As propostas seriam encaminhadas ao CNS para avaliação. A ideia era formar o consenso dentro do Poder Executivo com participação do Poder Legislativo.

A primeira minuta de proposta de regulamentação, dentro do Executivo, veio em 2003, em uma reunião ampliada da Câmara Técnica de Orientação e Avaliação do Siops (CT/Siops), intitulada de 4º seminário sobre a operacionalização da EC nº 29/2000. Com base no documento "Parâmetros Consensuais" e na Resolução nº 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, foi elaborada a proposta estabelecendo a aplicação de 10% das receitas correntes brutas pela União em ações e serviços públicos de Saúde, resultado de ampla discussão na área da Saúde.

A proposta, aprovada na XII Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2003, seria bem mais vantajosa para o setor de Saúde do que a correção pela variação nominal do PIB, modelo escolhido pelos parlamentares ao regulamentar a Emenda Constitucional nº 29.

3.1.5 A Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde

A Resolução nº 322 (CNS, 2003) foi o suporte que norteou a política de Saúde na ausência da regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a). A finalidade era conferir eficácia ao princípio da vinculação de recursos orçamentários a ações e serviços públicos de Saúde pela União, estados, Distrito Federal e municípios. Buscou também a perfeita aplicação dos recursos pelos agentes públicos até a regulamentação do artigo 198 da Constituição.

O poder normativo do Conselho Nacional de Saúde foi concedido pela Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que diz que ele deve atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de Saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, preservadas as funções do Poder Legislativo. A resolução do Conselho é instrumento válido dentro da ótica participativa, deliberativa e construtiva do SUS.

A Resolução nº 322 consolidou princípios que serviram de base à regulamentação da Emenda Constitucional nº 29. O documento foi elaborado depois de profundas discussões técnicas e análises sobre o tema. Originalmente recebeu o número 316, de 4 de abril de 2002, mas a Resolução não foi homologada pelo então ministro de Estado da Saúde, José Serra. Já em 2003, o CNS encaminhou novamente o texto aprovado em Plenário ao então ministro de Estado da Saúde, Humberto Costa, que o homologou e o publicou, em 8 de maio de 2003, com o número 322. A Resolução nº 322 tornou-se, então, ato normativo, com efeitos jurídicos.

A definição do conceito de ações e serviços públicos de Saúde, constante da Resolução do CNS, foi fruto de muita discussão dos sanitaristas brasileiros.

A estrutura apresentada na Resolução está focada em quatro pontos: a) a base de cálculo para definição dos recursos mínimos a serem aplicados em Saúde; b) os recursos mínimos a serem aplicados em Saúde; c) as ações e serviços públicos de Saúde; e d) os instrumentos de acompanhamento, fiscalização e controle.

Assim, ficou definido que devem ser consideradas como despesas com ações e serviços públicos de Saúde aquelas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo com os recursos dos respectivos fundos de Saúde. Conforme o disposto no artigo 198, § 2º da Constituição Federal, as ações devem estar relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativo, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

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 federativo;

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 com reflexos sobre as condições de saúde.

A Resolução inclui no conceito de ações e serviços públicos de Saúde as despesas com a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, como os seguintes:

I – vigilância epidemiológica e controle de doenças;

II – vigilância sanitária;

III – vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;

IV – educação para a saúde;

V – saúde do trabalhador;

VI – assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;

VII – assistência farmacêutica;

VIII – atenção à saúde dos povos indígenas;

IX – capacitação de recursos humanos do SUS;

X – pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em Saúde, promovidos por entidades do SUS;

XI – produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;

XII – saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;

XIII – serviços de saúde penitenciários, desde que firmado termo de cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;

XIV – atenção especial aos portadores de deficiência;

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

Os recursos obtidos por meio de operações de crédito poderão, excepcionalmente, integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo previsto na Constituição. Entretanto o valor deve ser deduzido dos gastos de Saúde no exercício seguinte. Dessa forma, somente os pagamentos de juros e amortizações referentes às operações de crédito feitas para financiar ações e serviços públicos de Saúde podem ser contadas como despesa de Saúde.

A sétima diretriz apresenta algumas ações e serviços públicos que, embora relacionados com a proteção à saúde, não devem ter seus gastos considerados para fins de cumprimento dos termos da EC nº 29/2000. Assim, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de Saúde as relativas:

I – a pagamento de aposentadorias e pensões;

II – à assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);

III – à merenda escolar;

IV – a saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

V – à limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);

VI – à preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;

VII – a ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII – a ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

Conforme visto, até a regulamentação da EC nº 29 (BRASIL, 2000a) surgiram vários embates. Para esclarecer aspectos conceituais e operacionais da Emenda, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou a Resolução nº 316, em abril de 2002, posteriormente

renumerada e homologada sob o nº 322, de 8 de maio de 2003. Definiu o elenco de ações típicas de Saúde, e apontou outras que não poderiam ser debitadas na conta da Saúde. Enquanto isso, o País aguardava a regulamentação, por lei complementar, do parágrafo 3º do artigo 198.

Alguns estados e municípios contestaram a legitimidade das diretrizes da Resolução nº 322, questão atualmente superada, uma vez que o conceito de ASPS foi definido na Lei Complementar nº 141/2012.

3.1.6 As propostas de lei complementar e a LC nº 141/2012

A Emenda Constitucional nº 29 (BRASIL, 2000a) teve por objetivo evitar alguns dos problemas que, nos anos de 1990, comprometeram o financiamento do SUS, entre os quais se destacam:

a. A inexistência de parâmetro legal que induzisse os estados, o Distrito Federal e os municípios a destinar recursos para a área de Saúde;

b. A instabilidade associada a ciclos econômicos e à concorrência com outras políticas públicas pelas fontes de financiamento no âmbito da União, responsável pela maior parcela dos recursos destinados ao SUS; e

c. A natureza emergencial e provisória de medidas recorrentemente adotadas para fazer frente à falta de recursos para o setor.

Entretanto, de 2000 a 2003 houve desrespeito generalizado aos limites mínimos: os gastos da União, estados e municípios ficaram R$ 7,09 bilhões abaixo do mínimo exigido. No ano 2000, 11 estados descumpriram a EC nº 29; no ano seguinte, 18. Em 2003, 13 estados aplicaram menos de 12% de suas receitas em ações e serviços públicos de Saúde.

Nos anos que se seguiram, devido a não publicação de lei complementar prevista na Constituição, os dispositivos da EC nº 29 permaneceram vigentes. O principal impasse relativo à aplicação dos recursos mínimos por estados, DF e municípios ocorreu devido a interpretações divergentes do conceito de ações e serviços públicos em Saúde (ASPS). Mas a base para aplicação dos recursos e os percentuais de aplicação estavam definidos.

Em relação à regra de aplicação da União, a incerteza permanecia. Este foi, inclusive, o objeto principal de projetos de lei complementar que tramitaram no Congresso Federal na primeira década dos anos 2000. Três projetos merecem destaque: i. O Projeto de Lei Complementar nº 01, de 2003, de autoria do deputado Roberto Gouveia, que mantinha a regra de aplicação estabelecida na EC nº 29/2000; ii. O Projeto de Lei do Senado – PLS nº 121, de 2007, de autoria do senador Tião Viana, que propunha a aplicação de 10% das receitas

brutas da União em ASPS; e iii, O PLS nº 156, de 2007, de autoria do Senador Marconi Perillo, que estabelecia a aplicação de 18% das receitas líquidas da União em ASPS.

A regulamentação definitiva do art. 198 da Constituição Federal veio em janeiro de 2012, com a sanção da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012c), que definiu, além do percentual de gastos em ASPS por estados, DF e municípios, os critérios de rateio desses recursos entre estados e municípios, a forma de fiscalização, avaliação e controle das despesas com Saúde, e as normas de cálculo do montante a ser aplicado em Saúde pela União.

3.1.6.1 A regra para a União

A definição da participação da União no financiamento do SUS foi contemplada no artigo 5º da Lei 141/12, que diz:

> A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual (BRASIL, 2012c).

A Emenda Constitucional instituiu a correção do orçamento da Saúde pela variação nominal do PIB em caráter provisório, enquanto não fosse feita a regulamentação. Isso quer dizer que o Congresso Nacional estava livre para estabelecer outro mecanismo.

Porém a Lei Complementar tornou permanente a regra de transição estabelecida na EC nº 29 para o cálculo dos gastos da União com saúde, permanecendo, contudo, a possibilidade de reavaliação dos critérios a cada cinco anos.

Desde que entrou em vigor, o mecanismo de correção pelo PIB não representou ganhos financeiros para a Saúde. Apenas estabilizou, em um patamar aquém do necessário, o volume de recursos investidos pela União. Ao aprovar a Lei Complementar nº 141, portanto, foi adiada a oportunidade de dotar o setor de Saúde de recursos suficientes para levar a todas as localidades serviços de qualidade. Os parlamentares descartaram outras propostas que representavam avanço significativo no financiamento da Saúde.

Atualmente, o setor público investe em torno de 3,6% do PIB em Saúde, quando deveria investir pelo menos 6% – percentual aproximado que outros países, com sistemas semelhantes, gastam com ações de Saúde (Siops).

O desnível tende a continuar. Estimativas do Ministério da Saúde indicam que a correção pela variação nominal do PIB adotada na Lei Complementar, é, entre todas as propostas discutidas no Congresso, a pior para a Saúde. Em valores de 2010, os gastos do Ministério da Saúde foram de R$ 61,9 bilhões, valor obtido com a aplicação da variação

nominal do PIB. Se fosse adotada a vinculação de 18% da receita líquida da União, como previa o Projeto de Lei do Senado nº 156, o orçamento subiria para R$ 89,9 bilhões. Se o Congresso optasse pela vinculação a 10% da receita bruta, prevista no Projeto de Lei nº 121, também do Senado Federal, o orçamento da Saúde ficaria na casa dos R$ 89 bilhões – um ganho de, pelo menos, R$ 20 bilhões.

Os estudos do Ministério da Saúde demonstram ainda que, com o uso do modelo de correção pela variação nominal do PIB, a União vem investindo, em média, 7% das receitas brutas em Saúde. Se comparado ao investimento de 1995, houve perda de recursos: naquele ano, 9,5% das receitas brutas da União foram aplicadas em ações e serviços públicos de Saúde. O número demonstra ainda que a proposta de vincular 10% das receitas brutas à Saúde, defendida pelo Conselho Nacional de Saúde, é viável, tanto que no passado os gastos já estiveram próximos dos 10%.

A regulamentação ignorou ainda a proposta de instituição de uma contribuição específica para a Saúde, a Contribuição Social para a Saúde (CSS), e outra, sobre cigarros e bebidas alcoólicas, que compensariam a perda de receitas decorrente da extinção da Contribuição sobre Movimentação Financeira (CPMF).

Embora a Emenda Constitucional nº 29 estabeleça, e a Lei Complementar nº 141 reforce, que os limites de aplicação em Saúde são os valores mínimos, a prática demonstra que o piso se transforma em teto, ou seja, os entes acomodam-se naquele percentual mínimo.

A obrigação dos estados, do Distrito Federal e dos municípios já estava estabelecida (12% das receitas e 15%, respectivamente) na Constituição.

Mesmo assim, a edição da Lei Complementar nº 141/2012 tem grande importância para o Sistema Único de Saúde (SUS).

3.1.6.2 Questões relativas à correção pelo PIB

Na avaliação do Núcleo da Saúde da Consultoria de Orçamento da Câmara dos Deputados, a manutenção do modelo de correção do orçamento do Ministério da Saúde, pela variação do PIB, traz insegurança, já que as taxas divulgadas pelo IBGE sofrem seguidas revisões (BRASIL, 2012a).

Há três questões a serem consideradas quando se utiliza a variação nominal do PIB como indexador:

- A definição dos exercícios de referência para estabelecer a variação nominal do PIB;

- A reavaliação da série do PIB pelo IBGE, devido à incorporação de dados das pesquisas anuais econômicas e domiciliares; e

- A existência de três valores diferentes de PIB, relativos a cada exercício financeiro: o da primeira divulgação, o da revisão e o definitivo.

Em relação ao primeiro tópico, até a publicação da Lei Complementar nº 141, convencionou-se considerar a variação dos valores do PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária e do ano anterior, o que na prática significa utilizar a variação de dois exercícios anteriores ao de vigência do Projeto de Lei Orçamentária que está sendo elaborado. Ou seja, para se calcular o valor mínimo que deve ser aplicado em ASPS em 2012 pela União, por exemplo, considera-se o valor empenhado em 2011 reajustado pela variação do PIB de 2011 em relação a 2010.

Este critério foi ratificado pelo art.5º da LC nº 141/2012, que dispôs:

> A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o **percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual** (BRASIL, 2012c, grifo nosso).

Em relação ao segundo tópico, as reavaliações periódicas da série do PIB, pelo IBGE, decorrem do aprimoramento da metodologia de cálculo do PIB, ocorrido em 2000 no Sistema de Contas Nacionais/IBGE. A partir de então foram incorporados dados das pesquisas anuais econômicas e domiciliares, além das informações tributárias das pessoas jurídicas, em toda a série. Diante das atualizações das séries do PIB, podem surgir dúvidas relativas que delas se utilizam – a anterior, não reavaliada, ou a atual, reavaliada. Esta informação torna-se relevante quando se analisa a série histórica dos gastos da União.

A terceira e última questão trata dos três valores de PIB existentes, relativos a cada exercício financeiro. Isto se dá porque o IBGE faz uma primeira publicação dos valores, seguida de uma revisão e depois de uma publicação definitiva.

Por exemplo, o PIB de 2011 teve uma primeira divulgação em março de 2012, pelo IBGE; a revisão dos valores ocorrerá em dezembro de 2012; e a publicação do PIB definitivo somente em dezembro de 2013.

Se existem três valores de PIB diferentes para o mesmo ano, a variação nominal do PIB modificar-se-á conforme o valor considerado. Vimos que, para calcular o mínimo a ser gasto pela União em 2012, necessitamos dos valores de 2011 e de 2010; os de 2011 só serão divulgados de forma definitiva em 2013.

Assim, para fins de determinação do mínimo a ser aplicado em ASPS, enquanto a execução orçamentária do exercício financeiro está ocorrendo, haveria a possibilidade de se utilizar a primeira divulgação do PIB, que ocorre em março do ano em curso, ou, no máximo, a revisão, que ocorre em dezembro do ano analisado. Não é factível que se utilize a publicação do PIB definitivo, uma vez que essa só ocorre no ano seguinte.

3.1.6.3 A definição de ações e serviços públicos de Saúde

Ao consolidar as formas de financiamento, a Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012c) reforça o compromisso entre União, Distrito Federal, estados e municípios no financiamento do Sistema Único de Saúde, supera algumas resistências às definições da Resolução nº 322 (CNS, 2003) para apuração do percentual mínimo a ser investido em Saúde. A lei define os tipos de ações e serviços que podem ser custeados com recursos da Saúde. Nesse contexto, a aplicação da Lei Complementar nº 141, de 2012, terá impacto significativo nos procedimentos dos entes federados.

No Capítulo II – das ações e dos serviços públicos de saúde – a Lei Complementar estabelece:

> 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 art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:
> I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde 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 da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.
> Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.
> Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 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 – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
> VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
> VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
> IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
> X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
> XI – ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
> XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde. (BRASIL, 2012c)

Ao elaborar a Lei Complementar nº 141, os parlamentares listaram os tipos de ações que não podem ser custeadas com os recursos da Saúde, mesmo que tenham impacto direto nas condições de saúde da população. As exclusões foram tratadas da seguinte forma:

> Art. 4º Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:
> I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
> II – pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
> III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
> IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
> V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
> VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;
> VII – preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
> VIII – ações de assistência social;
> IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

> X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde. (BRASIL, 2012c)

A Lei Complementar reforçou os princípios, já instituídos pela Constituição e incluídos na Lei nº 8.080 (BRASIL, 1990a) do acesso universal, igualitário e gratuito. Somente ações e serviços que atendam a esses princípios podem ser custeados com recursos públicos da Saúde. Exige ainda que essas ações estejam previstas no respectivo planejamento de Saúde.

3.1.6.4 Repartição dos recursos federais da Saúde para estados e municípios

Os recursos da União para a Saúde serão transferidos aos demais entes da Federação, mas só por meio de contas bancárias, sob o controle de fundos de Saúde, sujeitas a regras específicas de movimentação até o destino final, de forma a dar mais transparência à aplicação do dinheiro público. A movimentação da conta bancária, mantida em instituição oficial pelo fundo, não está sujeita ao sigilo. Dessa forma, a sociedade pode acompanhar a aplicação dos recursos.

A repartição dos recursos da União para ações e serviços públicos de Saúde entre estados e municípios leva em conta os seguintes fatores:

> Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.
> § 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, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.
> § 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.
> § 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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 no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios (BRASIL, 2012c).

Definido o rateio, com critérios que reduzam as disparidades regionais, a transferência dos recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de Saúde estaduais e municipais é automática. Mas os entes têm que ter seus respectivos fundos e conselhos de Saúde em pleno funcionamento e apresentar o plano de saúde.

3.1.6.5 Considerações finais

A regulamentação do § 3º do art. 198 da Constituição Federal pela Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012c) significa a consolidação de alguns avanços na área de Saúde, como a definição clara do que são ações e serviços públicos de Saúde e fontes de financiamento do SUS. Não há mais espaço para tentativas de incluir nos gastos da Saúde ações de saneamento básico (além daquele permitido), limpeza urbana, merenda escolar e pagamento de inativos e pensionistas, porque a regulamentação listou o que pode e o que não pode ser declarado como gastos em ações e serviços públicos de Saúde.

O esforço agora se volta para garantir que os recursos financeiros da União, Distrito Federal, estados e municípios sejam depositados nos fundos de Saúde. Ao mesmo tempo, cabe ao Ministério da Saúde e às secretarias estaduais e municipais de Saúde trabalhar para assegurar a todos o acesso aos serviços de Saúde. A oferta de serviços públicos de qualidade ao cidadão é o real objetivo da política de Saúde e da busca por mecanismos eficazes de financiamento. Para atingir esse objetivo, é preciso o comprometimento dos profissionais da área. Não bastam os recursos. Dedicação dos profissionais e a aplicação do dinheiro de forma racional, organizada e transparente são fundamentais para se alcançar os objetivos.

Por isso, o Sistema Único de Saúde prevê o controle social de suas ações na fiscalização e nas soluções dos diversos problemas nacionais, regionais e locais. O controle social é exercido pelos conselhos de Saúde, que devem estar presentes em todos os níveis de governo.

A ampliação do atendimento depende, também, do aumento da capacidade instalada, seja pela contratação de prestadores, seja pela construção de unidades de Saúde. As ações a serem realizadas neste sentido dependem da análise da situação epidemiológica da população, do estabelecimento dos gargalos assistenciais e das prioridades elegidas. O sucesso do modelo depende também da gestão administrativa, que deve ser aperfeiçoada e buscar a eficiência na aplicação do dinheiro público.

O Departamento de Economia da Saúde, Investimentos e Desenvolvimento, vinculado à Secretaria-Executiva do Ministério da Saúde, tem colaborado com o fornecimento de informações e estudos, visando ao aumento da eficiência, e no desenvolvimento de metodologias relacionadas ao financiamento do sistema. Esses estudos e metodologias auxiliam na alocação de recursos, apuração de custos, acompanhamento e avaliação da aplicação dos recursos.

3.1.7 O caso do DF – Diferenças jurídicas e operacionais na aferição da aplicação de recursos mínimos na área da Saúde Pública nas aferições das despesas com ações e serviços públicos de Saúde

Esta seção aborda as peculiaridades do Distrito Federal na aferição do mínimo constitucional de gastos em ações e serviços públicos de Saúde. Como arrecada impostos estaduais e municipais, o Distrito Federal segue dois critérios: aplicação de 12% nos impostos típicos dos estados e 15% nos impostos cobrados pelos municípios.

3.1.7.1 O financiamento da Saúde no Distrito Federal

Desde a promulgação da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, havia dúvidas na definição dos limites mínimos das receitas do Distrito Federal destinados a ações de Saúde. É que o Distrito Federal, embora tratado como estado, arrecada impostos tipicamente estaduais e outros municipais.

De forma a facilitar a aplicação dos princípios da Emenda Constitucional, o Conselho Nacional de Saúde incluiu na Resolução nº 322 (2003), diretrizes acerca da aplicação da sistemática do financiamento do SUS. Na Resolução, o Distrito Federal passou a ser tratado de forma diferenciada, respeitando suas peculiaridades. Assim, o DF pôde seguir os critérios aplicados a estados (12% das receitas) e a municípios (15%), dependendo do tributo.

O constituinte, ao tratar do Sistema Tributário Nacional, atribuiu ao Distrito Federal competências, responsabilidades e limitações do poder de tributar comuns a todos os entes da Federação, tanto dos estados quanto dos municípios.

Entretanto a Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000 (BRASIL, 2000b), conhecida por Lei de Responsabilidade Fiscal, deu ao Distrito Federal o tratamento de estado-membro.

Porém atualmente prevaleceu o tratamento diferenciado na definição da base de cálculo do valor a ser investido em ações e serviços de Saúde pelo Distrito Federal. Para os estados e o Distrito Federal, estabeleceu-se como base de cálculo a totalidade das receitas de impostos de natureza estadual (ICMS, IPVA e ITCMD), somado às receitas de transferências da União (quota-parte do FPE, IPI – Exportação e transferências da Lei Kandir) mais o Imposto de Renda retido na fonte e receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária. Excluem-se, apenas, as transferências financeiras constitucionais e legais a municípios.

No caso dos municípios e também do Distrito Federal, respeitadas as diferenças e peculiaridades da repartição de receitas, compõem a base de cálculo a totalidade das receitas de impostos municipais (ISS, IPTU e ITBI), acrescido das receitas de transferências da União (quota-parte do FPM, IPI – Exportação e transferências da Lei Kandir) e do estado

(quota-parte do ICMS, IPVA e IPI – Exportação), além do Imposto de Renda retido na fonte e receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária.

3.1.7.2 Dimensão histórica e constitucional do Distrito Federal

Foi com a proclamação da Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 24 de fevereiro de 1891, pós-proclamação da República, que se criou a figura do Distrito Federal /DF no Brasil. Determinou-se que cada uma das antigas províncias formaria um Estado e o antigo Município Neutro sediaria provisoriamente o Distrito Federal, capital da União (BRASIL, 1891).

O Distrito Federal situar-se-ia em uma zona de 14.400 quilômetros quadrados, que seria oportunamente demarcada para nela estabelecer a futura capital federal. Feita a demarcação e a mudança da capital, o então Distrito Federal passaria a constituir um estado.

A mesma Carta Política definiu que o Distrito Federal seria administrado pelas autoridades municipais, de forma que incumbiria a estas autoridades todas as despesas de caráter local.

Por sua vez, a Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil, de 16 de julho de 1934, determinou que a administração do DF ficaria a cargo de um prefeito, de nomeação do presidente da República, com aprovação do Senado Federal, e demissível *ad nutum,* cabendo as funções deliberativas a uma Câmara Municipal eletiva (BRASIL, 1934).

Ficou estabelecido, ainda, que as fontes de receita do Distrito Federal seriam as mesmas que competiam aos estados e municípios, cabendo-lhe todas as despesas de caráter local.

Com o golpe militar e a outorga da Constituição dos Estados Unidos do Brasil de 10 de novembro de 1937, o DF passou a ser administrado pela União, como sede do Governo da República (BRASIL, 1937). Permaneceria a administração por prefeito nomeado pelo presidente da República, porém com aprovação de um conselho federal, e demissível *ad nutum*. Mas a função deliberativa e legislativa passou para o conselho federal. As fontes de receita, assim como previsto na Constituição de 1934, seriam as mesmas dos estados e municípios, cabendo-lhe todas as despesas de caráter local.

Na Constituição dos Estados Unidos do Brasil, de 18 de setembro de 1946, o Distrito Federal continuou com o poder de cobrar impostos estaduais e municipais. O prefeito era nomeado com aprovação do Senado Federal, mas foi instituído o Poder Legislativo próprio para o Distrito Federal, com uma Câmara eleita pelo povo. A organização administrativa e a judiciária permaneciam na competência da União. Ainda hoje a organização judiciária do DF é definida por lei federal.

Naquela época, o Distrito Federal era o Estado da Guanabara, mas já se previa sua transferência para o Planalto Central.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1967 (BRASIL, 1967) reproduziu norma expressa na constituição anterior, e manteve o poder da União sobre a organização administrativa e judiciária do Distrito Federal. A discussão e a elaboração de projetos de lei sobre matéria tributária e orçamentária, serviços públicos e pessoal da administração do Distrito Federal eram competência do Senado. Quanto à competência tributária, ficou estabelecido que caberia ao Distrito Federal, cumulativamente, os impostos atribuídos aos estados e municípios.

A partir da Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969 (BRASIL, 1969), a nomenclatura do cargo de chefia do Poder Executivo do Distrito Federal passou a ser governador, nomeado pelo presidente da República, sem a submissão ao Senado. As demais regras referentes às competências tributárias, organização administrativa e judiciária permaneceram.

Somente com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, o Distrito Federal passou a ser um ente federado: ganhou autonomia, sendo-lhe atribuídas as competências legislativas reservadas aos estados e municípios. A organização político-administrativa da República Federativa do Brasil compreende a União, os estados, o Distrito Federal e os municípios, todos autônomos.

Mesmo com a autonomia conquistada em 1988, a organização do Poder Judiciário, do Ministério Público e da Defensoria Pública do Distrito Federal continua a cargo da União, assim como as polícias civil e militar e o corpo de bombeiros militar.

3.2 Implicações jurídicas relacionadas ao financiamento das ações e serviços públicos de Saúde

A Constituição Federal assegurou o exercício dos direitos sociais e individuais como valores supremos de uma sociedade fraterna, fundada na harmonia social. Consagrou a todo cidadão o direito aos serviços públicos de Saúde e à assistência social. Nesse contexto, o Ministério da Saúde, responsável pela direção nacional do Sistema Único de Saúde e após a publicação da LC nº 141/2012, passou a ser o responsável por monitorar e avaliar a aplicação dos recursos mínimos no SUS, com vistas ao cumprimento à determinação constitucional.

A atividade de monitoramento e avaliação, por meio dos dados enviados ao Siops, poderá ocasionar a aplicação de sanções pela União, incluindo o uso da medida drástica da intervenção no ente que não destinar o mínimo de recursos previstos em ações e serviços públicos de Saúde – 12% para estados e Distrito Federal, e 15% para municípios.

O percentual incide sobre a receita resultante de impostos estaduais e municipais, inclusive a proveniente de transferências, conforme estabelecem a Emenda Constitucional nº 29/2000 e a Lei Complementar nº 141/2012.

O desrespeito à determinação constitucional e legal é uma das exceções que permitem à União decretar intervenção nos estados e Distrito Federal. Também autoriza os estados a intervir nos seus respectivos municípios. A Carta Magna diz que a União não intervirá nos estados nem no Distrito Federal, exceto para, entre outras situações, assegurar a aplicação do mínimo exigido da receita na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de Saúde. A retenção dos recursos mínimos da Educação e da Saúde configura crime de responsabilidade, de acordo com a Lei de Responsabilidade Fiscal.

Outras sanções, como a retenção de parcelas dos fundos de participação, também podem ser aplicadas para assegurar os recursos para o SUS. Nesse caso, o Ministério da Saúde deve comunicar à Secretaria do Tesouro Nacional para efetivação do bloqueio.

A Lei Complementar nº 141/2012 prevê a responsabilização do agente público:

> Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:
> I – à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;
> II – à responsabilização nas esferas competentes (BRASIL, 2012c).

No Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012, que detalha a aplicação da Lei Complementar nº 141/2012, ficou estipulado que o descumprimento dos percentuais mínimos a serem aplicados em Saúde deve ser comunicado:

> I – ao órgão de auditoria do SUS;
> II – à direção local do SUS;
> III – ao responsável pela administração orçamentária e financeira do ente federativo;
> IV – aos órgãos de controle interno e externo do ente federativo;
> V – ao Conselho de Saúde; e
> VI – ao Ministério Público (BRASIL, 2012b).

Antes, porém, de comunicar ao tribunal de contas e ao Ministério Público, o Ministério da Saúde deve buscar solução administrativa para repor os recursos ao respectivo fundo de Saúde. O objetivo das sanções, portanto, é assegurar a aplicação regular dos recursos em ações e serviços públicos, conforme a prioridade dispensada à área pela Constituição Federal.

A Constituição ainda estabeleceu princípios de saúde, higiene e segurança do trabalho com o objetivo de reduzir os riscos de acidentes ou outras ocorrências indesejadas, reforçando a importância da proteção à saúde sob a ótica da prevenção. A responsabilidade pelo estabelecimento das normas recai sobre a União, estados, Distrito Federal e municípios, conforme está escrito no Capítulo II, do Título III, da Constituição:

a. É competência comum da União, dos Estados do Distrito Federal e dos Municípios, **cuidar da saúde** e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência;

b. Compete à União, aos estados e ao Distrito Federal **legislar** concorrentemente sobre previdência social, proteção e **defesa da saúde**; e

c. Compete aos municípios, **prestar**, com a cooperação técnica e financeira da União e do respectivo estado, **serviços de atendimento à saúde** da população. (BRASIL, 1988)

Os direitos relativos à saúde estão contemplados no Capítulo II da Constituição Federal, que trata da Seguridade Social. Cabe ao Estado organizá-la a partir das seguintes diretrizes:

a. *Universalidade* da cobertura e do atendimento;

b. *Uniformidade* e *equivalência* dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais;

c. *Seletividade* e *distributividade* na prestação dos benefícios e serviços;

d. *Irredutibilidade* do valor dos benefícios;

e. *Equidade* da base de financiamento; e

f. *Caráter democrático e descentralizado da administração*, mediante gestão quadripartite (trabalhadores, empregadores, aposentados e governo) por meio de órgãos colegiados (BRASIL, 1988).

Outro aspecto da organização está na forma conjunta de elaboração do orçamento da Seguridade Social pelos ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, observadas as prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias. A gestão dos recursos, no entanto, cabe a cada área.

3.3 O financiamento e a gestão do SUS

Com base nos princípios constitucionais e nessas leis, o Ministério da Saúde e as secretarias estaduais, distrital e municipais de Saúde editaram dezenas de portarias, ordens de serviços e demais atos normativos com o objetivo de obter a melhor condução das ações no campo da Saúde.

3.3.1 A gestão compartilhada do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) vem aperfeiçoando sua gestão para obter o máximo de eficiência na aplicação dos recursos e oferecer à população brasileira acesso aos serviços de Saúde. Para isso, adota o modelo descentralizado e de gestão compartilhada entre União, estados e municípios.

Cada ente da Federação deve ter seu próprio conselho de Saúde e elaborar planos de ação. As prioridades nas ações e serviços de Saúde são definidas nacionalmente pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) – composta paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Também no nível estadual ocorrem as pactuações no âmbito das Comissões Intergestores Bipartites, que é composta do representante do estado e dos municípios.

O Ministério da Saúde, após pactuação com estados e municípios, publica portarias por meio das quais procura dar publicidade aos acordos firmados não somente no que se refere às transferências dos recursos federais, como também à organização da gestão pelos diversos níveis de governo, considerando-se as diferentes complexidades do sistema.

Após uma série de normas publicadas pelo MS, na década de 1990, chamadas de "normas operacionais básicas" (NOB – SUS 91; NOB – SUS 92; NOB – SUS 93; NOB – SUS 96) e das Normas Operacionais de Assistência à Saúde, de 2001 e 2002 (Noas – SUS 2002), em 2006 tem início uma nova fase na gestão do SUS: em vez da adesão a modalidades gerais de gestão, cada ente da federação pode estabelecer seus compromissos sanitários, por meio de pacto com o governo federal, de forma mais customizada, a fim de atender às necessidades de sua população (BRASIL, 1991; 1992; 1993b; 1996; 2001a; 2002).

Assim, a Portaria nº 399 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a) definiu as responsabilidades dos gestores e instituiu o Pacto da Saúde com três vertentes: pacto em defesa do SUS, pacto pela vida e pacto de gestão, cujo objetivo principal foi estabelecer metas e objetivos sanitários a serem alcançados, mas também envolver a sociedade na defesa do SUS.

Essa Portaria foi seguida de mais três: a Portaria MS/GM nº 699 (BRASIL, 2006c) que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão, e a Portaria MS/GM nº 698 (BRASIL, 2006b) que instituiu a nova forma de transferência dos recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de Saúde em blocos de financiamento, substituída pela Portaria MS/GM nº 204 (BRASIL, 2007).

Com a publicação do Pacto pela Saúde, buscou-se enfatizar a descentralização no SUS, com ênfase no processo de regionalização, apoiado na criação de instâncias de gestão regionais denominadas Colegiados de Gestão Regional (CGRs), e na elaboração de instrumentos de planejamento que espelhassem as realidades locais e promovessem a qualificação da gestão.

Análise realizada pela CIT em 2008 concluiu que após dois anos de implantado o Pacto pela Saúde, somente 16 estados e 2 mil municípios haviam implantado oficialmente o pacto (Termos de Compromisso de Gestão –TCG homologados pela CIT e publicados em portaria); e 14 estados já haviam organizado os Colegiados de Gestão Regional, totalizando 304 colegiados homologados em todo o País (Conass, 2011).

Em 2010, nova avaliação do Pacto pela Saúde, realizada pela CIT, concluiu que até março daquele ano, a União, os estados, o Distrito Federal e 3.345 municípios haviam aderido ao Pacto pela Saúde, tendo seus respectivos termos homologados pela CIT e publicados. Foram considerados os seguintes avanços: i. A existência de nova dinâmica de regionalização, representada pela constituição de 411 Colegiados de Gestão Regional (CGRs), englobando 5.270 municípios; ii. A organização dos repasses federais em blocos de financiamento com diminuição da fragmentação deles; iii. A ênfase na qualificação da gestão com a definição de diretrizes nacionais e o estabelecimento de responsabilidades, prioridades, objetivos e metas a serem alcançadas (Conass, 2011).

Novo avanço ocorre em 2011, com a publicação do Decreto nº 7.508, que regulamentou a Lei nº 8.080. Os dispositivos do Decreto buscam aprofundar as relações interfederativas, no que concerne a organização e gestão do SUS, e estabelece novos instrumentos, tais como: a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename); o mapa da Saúde; o planejamento integrado das ações e serviços de Saúde; as regiões de Saúde; a articulação interfederativa e o contrato organizativo da ação pública da Saúde.

É importante salientar que a cada nova norma publicada, os critérios de repasse dos recursos federais a estados e municípios modificavam-se, atrelados a determinadas condições de gestão pré-estabelecidas.

O Quadro 2 mostra a evolução da legislação e seus impactos nos critérios, modalidades e tipos de repasses federais.

Quadro 2 – Evolução das normas de gestão do SUS

Norma	Critérios de repasse	Modalidade de repasse	Tipos de Recursos
NOB/91	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convenial	Pagamento da produção de serviços aos prestadores
NOB/92	Atendimentos a requisitos básicos	Instrumento convenial	
NOB 01/93	Condições de gestão: incipiente, parcial e semiplena	Transferência regular e automática	Baseados na série histórica dos gastos no estado e/ou município
NOB 01/96	Gestão Plena da Atenção Básica	Transferência regular e automática	Tetos financeiros definidos pela PPI (Assistência; Vigilância Sanitária; Epidemiologia e Controle de Doenças)
	Gestão Plena do Sistema de Saúde		
NOAS/02	Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada (GPABA)	Transferência regular e automática	Idêntico ao anterior
	Gestão Plena do Sistema Municipal		
	Gestão Avançada do Sistema Estadual		
Pacto da Saúde/06	Termos de Compromisso de Gestão	Transferência regular e automática	Blocos de financiamento
			I. Atenção Básica
			II. Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar
			III. Vigilância em Saúde
			IV. Assistência Farmacêutica
			V. Gestão do SUS
			VI. Investimentos na Rede de Serviços de Saúde
Decreto nº 7.508/11	Contrato Organizativo da Ação Pública	Transferência regular e automática	Permanece a anterior

Fonte: Elaboração própria.

3.3.2 As modalidades de repasses federais

Aprovado o Orçamento pelo Congresso Nacional e sancionado pela Presidência da República, o Ministério da Saúde o executa por meio do Fundo Nacional de Saúde. A Receita Federal arrecada impostos e contribuições, e repassa a parte da Saúde ao Fundo Nacional de Saúde, do qual saem os recursos transferidos aos estados e municípios. O repasse é feito das seguintes formas:

- Transferência fundo a fundo – para os estados e municípios;
- Mediante a celebração de convênios ou outros instrumentos jurídicos similares – para estados, municípios e estabelecimentos de Saúde; e
- Remuneração por prestação de serviços a estabelecimentos de Saúde.

As transferências automáticas do Fundo Nacional de Saúde para os fundos estaduais e municipais devem obedecer aos critérios fixados no artigo 17, da Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012c):

> Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.
> § 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, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.
> § 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.
> § 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 90 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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 no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Os recursos provenientes de convênio podem financiar ações de custeio ou capital (investimentos). Por esse mecanismo, mais conhecido como transferências voluntárias de recursos financeiros, os estados e municípios podem firmar acordos entre si e com a União,

e, assim, obter recursos extras para a Saúde, complementares aos gastos mínimos obrigatórios. Os convênios podem ser celebrados também com instituições privadas.

As diversas formas de transferências significam a descentralização dos recursos e da execução das ações no Sistema Único de Saúde (SUS), criando condições para a oferta de serviços em regiões carentes e para a inclusão de todos no sistema. As transferências podem custear a execução de diversos tipos de ações. Por exemplo:

- Custeio de programas e projetos pactuados pelas três esferas de governo, como ações relativas ao Programa Saúde da Família;
- Pagamentos de prestadores de serviços hospitalares de média e alta complexidade;
- Custeio e manutenção dos estabelecimentos de Saúde;
- Aquisição de medicamentos;
- Aquisição de ambulâncias, inclusive Unidades de Terapia Intensiva (UTIs);
- Aquisição de outros veículos para transporte de pacientes (exemplo: transporte de usuários para os locais de realização de procedimentos, a exemplo da hemodiálise); e
- Construção e reformas.

As transferências realizadas pelo Ministério da Saúde para os entes federados, que representam a contrapartida da esfera federal no financiamento do SUS, não desobrigam os estados e municípios de aplicar 12% e 15%, respectivamente, de receitas próprias em Saúde.

3.3.3 Os instrumentos de acompanhamento

A gestão dos recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) é complexa: trata-se de gerenciar milhares de contratos, das transferências e cuidar da boa aplicação dos recursos em prol da melhoria dos serviços públicos de Saúde. Para o gerenciamento dos recursos federais transferidos e o monitoramento dos gastos mínimos a serem realizados em Saúde pelas esferas de governo e dos resultados obtidos, o Ministério da Saúde utiliza diversos instrumentos, como os seguintes:

- O Plano de Saúde e o Relatório de Gestão, previsto na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b);
- A Audiência Pública, prevista no artigo 9º do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995 (BRASIL, 1995);

- O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops), institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, com a publicação da Portaria Conjunta MS/Procuradoria Geral da República nº 1.163, de 11 de outubro de 2000 (BRASIL, 2000c), posteriormente retificada pela Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004 (BRASIL, 2004), e hoje adotado no Cadastro Único de Convênios (Cauc); a Lei Complementar nº 141 reforçou o sistema de informações de Saúde (BRASIL, 2012c);

- A Agenda de Saúde e o Quadro de Metas, criados pela Portaria do Ministério da Saúde de nº 548, de 12 de abril de 2001 (BRASIL, 2001b);

- Os indicadores de processos e resultados previamente acordados, que traduzem os compromissos no atendimento de prioridades e são usados como referência para as ações; e

- Os contratos organizativos de ação pública, estabelecidos pelo Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011 (BRASIL, 2011).

As informações registradas no Siops são oficiais e servem para avaliar se o mínimo obrigatório está efetivamente sendo aplicado em ações e serviços públicos de Saúde.

4 Evolução das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde das Três Esferas de Governo

4.1 O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)

A ideia do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) nasceu em meio à crise de financiamento da Saúde no início dos anos de 1990, como instrumento social de acompanhamento financeiro da saúde pública brasileira, com informações das três esferas de governo. Naquela época, as principais fontes de financiamento eram objeto de discussão na justiça, e o País convivia com elevadas taxas de inflação. Tornava-se difícil o acompanhamento das liberações orçamentárias, já que qualquer atraso significava perda do valor real do recurso.

Implantado em 2000, fruto da parceria do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, o Siops firmou-se como importante referência de informações sobre as despesas de estados, DF e municípios em ações e serviços públicos de Saúde, sendo seus dados utilizados, desde 2006, pelo Ministério da Fazenda no acompanhamento do estabelecido na Lei de Responsabilidade Fiscal.

A Lei Complementar nº 141 (BRASIL, 2012c) determina que o Ministério da Saúde mantenha sistema eletrônico para centralizar todas as informações sobre orçamento de saúde. União, Distrito Federal, estados e municípios ficam obrigados a manter os dados permanentemente atualizados no Siops, conforme prevê o artigo 39.

> Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado 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 O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:
> I – obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;
> II – processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III – disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;
IV – realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;
V – previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;
VI – integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.
§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.
§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.
§ 4º 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 cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.
§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.
§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

O Siops gera o cálculo automático de quanto cada ente da Federação tem que aplicar, obrigatoriamente, em Saúde e identifica eventuais descumprimentos. Pelos dispositivos da nova lei, o sistema estará diretamente interligado com os sistemas do Ministério da Fazenda, a quem cabe fazer o bloqueio de recursos de estados e municípios que

deixarem de investir o mínimo legal em Saúde. O sistema eletrônico é alimentado pelos próprios estados, Distrito Federal, municípios por meio do preenchimento de dados em *software* desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS/MS). A partir de 2013 passou a captar os dados da União.

Esse banco de dados possibilita o conhecimento da estrutura do financiamento da Saúde Pública no Brasil, facilitando, assim, a avaliação e gestão dos gastos públicos e a definição de políticas de Saúde. O sistema coleta, processa e armazena as informações, gerando diversos indicadores, que são disponibilizados no sítio eletrônico <www.saude.gov.br>.

Ao alimentar o banco de dados, os gestores públicos de Saúde cumprem o mandamento constitucional, que atribui a eles o dever de prestar contas dos gastos públicos em ações e serviços públicos, e também dos princípios da publicidade e da moralidade. Os agentes públicos são responsáveis pela fidedignidade das informações, conforme estabelece a Lei Complementar nº 141. Ao processar os dados e colocá-los ao fácil acesso do cidadão, o Siops funciona como instrumento de controle social.

O Siops é o destaque do Decreto nº 7.827 (2012b), que estabeleceu as diretrizes do sistema; determinou o Siops como a fonte de informação para elaboração dos demonstrativos de prestação de contas e previu o desenvolvimento de módulo específico de controle externo para uso dos tribunais de Contas.

4.1.1 Os indicadores 1.1 e 1.6 do Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

O Siops gera, automaticamente, diversos indicadores após o recebimento dos dados de receitas totais e despesas com ações e serviços de Saúde de estados, DF e municípios.

Alguns indicadores têm importância ressaltada quando se pretende estudar o financiamento público da Saúde, entre os quais podemos destacar:

- O Indicador 1.1, que mostra a participação da receita de impostos diretamente arrecadados na receita total do ente federado;
- O Indicador 1.6, que nos permite visualizar a participação percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais na receita total do ente federado e medir seu grau de dependência dos repasses da União;
- O Indicador 3.2, que mostra o percentual de recursos próprios gastos em ações e serviços públicos de Saúde.

Os indicadores são ferramentas fundamentais para o acompanhamento das aplicações dos recursos mínimos em Saúde, para a avaliação da capacidade de arrecadação

do ente e, consequentemente, do nível de dependência desse em relação aos demais entes federados.

4.1.2 O Siops e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), previsto no § 3° do art. 165 da CF/1988 e disciplinado na LRF

O Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) é o instrumento para registro das ações e serviços público de Saúde executadas pelos estados e municípios. Nele, os entes federados prestam contas da aplicação dos valores mínimos previstos na Constituição e na Lei Complementar nº 141/2012.

Desde 2002, após entendimento com a Secretaria do Tesouro Nacional, o Siops coloca à disposição dos estados, municípios e Distrito Federal o anexo XVI do Relatório Resumido, que trata do mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de Saúde. O relatório é programado pela equipe responsável pelo Siops a partir das normas da Secretaria do Tesouro Nacional. Assim, mantém a padronização do *layout* e das diretrizes de preenchimento dos anexos, inclusive o da Saúde.

Em 2008, a Portaria nº 577 (BRASIL, 2008) determinou a alteração no modelo para atender as peculiaridades do Distrito Federal. Dessa forma, a equipe do Siops fez a adaptação do Demonstrativo da Despesa com Saúde, conforme o anexo XVI do Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO), possibilitando ao Distrito Federal apresentar o cálculo diferenciado do mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de Saúde com alíquotas de 12%, na arrecadação decorrente de impostos tipicamente estaduais, e 15% nos municipais.

Até então o Distrito Federal recebia o mesmo tratamento dos estados, com base na Lei de Responsabilidade Fiscal. A situação foi alterada com o entendimento da Secretaria do Tesouro Nacional de que a forma mais correta de apurar o percentual de recursos próprios aplicados em ações e serviços públicos de Saúde pelo Distrito Federal, a partir de 2009, seria o modelo híbrido.

4.2 A evolução das despesas com ações e serviços de Saúde

A Constituição de 1988 determinou a inclusão de todos na rede de proteção social – uma imensa tarefa que significava agregar à rede mais da metade da população, até então sem qualquer direito. A área de Saúde, particularmente, experimentou um salto no número de pessoas atendidas.

A expansão da cobertura foi, relativamente, acompanhada da expansão dos recursos destinados às ações e serviços públicos de Saúde pela União, estados, municípios e Distrito Federal. Proporcionalmente, o esforço das unidades federadas tem sido maior do que o da União.

Os dados coletados pelo Siops permitem consolidar os gastos realizados por estados, DF e municípios em ASPS, os quais somados aos dados de gastos da União até 2012, sintetizados pela Subsecretaria de Planejamento e Orçamento do Ministério da Saúde, permitem conhecer o montante de recursos públicos que é despendido no SUS ano a ano.

Em 2002, a União sustentava 53% dos gastos públicos em Saúde. Em 2008, a participação da União caiu para 45%. Nesse período, os gastos dos estados subiram de 22% para 26%, e os dos municípios, de 26% para 30%. Os gastos da União, no período de 2002 a 2008, aumentaram 97%, enquanto estados e municípios gastaram 170% a mais em 2008.

A Tabela 10 apresenta os valores gastos em ações e serviços públicos de Saúde das três esferas de governo, no período de 2002 a 2011, como despesa total, despesa *per capita* e como proporção do Produto Interno Bruto, de forma a medir o grau de aplicação dos dispositivos constitucionais.

Tabela 10 – Evolução dos gastos das três esferas de governo e total, 2002 – 2011

Ano	Federal			Estadual			Municipal			Total		
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(A+D+G)	(B+E+H)	(C+F+I)
	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB
	R$ mil correntes	(R$)	(%)	R$ mil correntes	(R$)	(%)	R$ mil correntes	(R$)	(%)	R$ mil correntes	(R$)	(%)
2002	24.736.843	141,65	1,67%	10.757.458	61,60	0,73%	12.057.231	70,29	0,82%	47.551.531	273,54	3,21%
2003	27.181.155	153,67	1,60%	13.317.828	75,29	0,78%	13.771.212	79,74	0,81%	54.270.195	308,71	3,19%
2004	32.703.495	182,59	1,68%	17.318.612	96,69	0,89%	16.414.513	94,44	0,85%	66.436.621	373,73	3,42%
2005	37.145.779	201,68	1,73%	19.664.416	106,77	0,92%	20.289.504	111,72	0,94%	77.099.698	420,16	3,59%
2006	40.750.155	218,18	1,72%	22.978.253	123,03	0,97%	23.564.590	127,97	0,99%	87.292.998	469,18	3,68%
2007	44.303.496	240,79	1,66%	25.969.634	141,15	0,98%	26.431.209	145,94	0,99%	96.704.339	527,88	3,63%
2008	48.670.190	256,68	1,61%	30.976.460	163,37	1,02%	32.459.759	174,41	1,07%	112.106.408	594,46	3,70%
2009	58.270.259	304,31	1,80%	32.258.750	168,47	1,00%	34.538.059	183,18	1,07%	125.067.068	655,96	3,86%
2010	61.965.198	323,61	1,64%	37.264.003	194,61	0,99%	39.271.732	208,48	1,04%	138.500.933	726,6985664	3,67%
2011	72.332.284	375,99	1,75%	40.969.628	216,50	0,99%	45.754.998	243,80	1,10%	159.056.910	836,2898111	3,84%

Fonte: Dados da União – SPO/SE/MS; dados estaduais e municipais – Siops.

O gráfico revela que o total das despesas públicas em Saúde, no período de 2002 a 2011, manteve-se na média dos 3,6% do PIB, embora os valores gastos pelas três esferas de governo tenham registrado aumento real.

Nesse período, estados e municípios registraram uma tendência crescente de gasto, em proporção do PIB, enquanto a União apresentou desempenho irregular, girando na média de 1,7% do PIB seus gastos com ações e serviços de Saúde.

Enquanto os estados e os municípios aumentaram duas vezes e meia seus gastos em ASPS, *per capita*, a União aumentou em uma vez e meia sua participação, porém continua a ser a maior provedora de recursos para o Sistema Único de Saúde, com 45% de participação no gasto total. A maior participação de estados e municípios no financiamento da Saúde faz parte do modelo descentralizado do SUS, mas o desempenho da União no aumento dos gastos, tanto em relação ao PIB quanto no gasto *per capita*, manteve-se muito aquém do verificado nas outras esferas.

O gasto público total, de apenas 3,6% do PIB, é insuficiente para o Sistema Único de Saúde nos padrões instituídos pela Constituição de 1988, tendo como princípios fundamentais a universalidade, a igualdade e a integralidade do atendimento à saúde. Devia gastar pelo menos 6% do PIB para equiparar-se a países com sistemas semelhantes.

Estima-se que o total gasto com Saúde, no Brasil, seja correspondente a aproximadamente 8% do PIB, a maior parte do setor privado. Nos países desenvolvidos, com universalidade no acesso à saúde, pelo menos 70% do financiamento vêm do setor público. Na América Latina, a participação do setor público cai a menos de 50%. No Brasil, 44%, próximo ao percentual dos Estados Unidos, que seguem modelo diferente do brasileiro.

4.2.1 Crise mundial de financiamento

Praticamente todos os países estão questionando seus modelos de proteção social por causa do custo do financiamento. No Brasil, desde a promulgação da Constituição de 1988, a questão do financiamento da seguridade social, em especial o da saúde, não sai de pauta: o País ampliou a rede de proteção, mas o setor público continua investindo 3,6% do PIB, em média. Isso significa que os gastos públicos representam apenas 44% do gasto total em saúde.

A comparação com outros países mostra que o investimento público em Saúde do Brasil deveria ser de, no mínimo, 6% para equiparar-se aos padrões mundiais. A maioria dos países adota o modelo universal com adaptações próprias. No Canadá, a universalidade é adotada para a maior parte dos serviços. Há uma ampla carteira de procedimentos considerados necessários cujo atendimento é por conta do sistema privado. Na Suécia, há limites para gastos individuais com médicos e consultas. Ultrapassado o limite, o Estado arca com o valor excedente sobre as práticas e procedimentos em saúde.

Na França, 96% da população é atendida pelo sistema público de Saúde. Há possibilidade ainda de atendimento por profissionais (médicos) fora do sistema, cabendo ao usuário arcar com o valor correspondente à diferença entre os honorários do médico e o valor pago pelo sistema. Contudo parcela da população opta por pagar planos de saúde complementares (INDRIUNAS; MONTEIRO, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima em US$ 3 trilhões o valor gasto em Saúde, no ano 2000, por todos os países. Isso corresponde 8% da produção mundial de riqueza. Nos países desenvolvidos, há um crescente aumento de gastos com Saúde. Em 1965, os Estados Unidos gastavam 5,9% do seu PIB em Saúde. Em 2003, atingiram 15,2% (INDRIUNAS; MONTEIRO, 2007).

O Brasil ainda precisa elevar muito os gastos com Saúde para se aproximar de outros com sistemas universais de Saúde (Tabela 11).

Tabela 11 – Percentual do gasto público em relação ao gasto total em Saúde em países relacionados

País	Percentual
Cuba	86,9%
Reino Unido	85,7%
Suécia	85,2%
Costa Rica	78,8%
Alemanha	78,2%
França	76,3%
Itália	75,1%
Espanha	71,3%
Canadá	69,9%
Portugal	69,7%
Chile	48,8%
Argentina	48,6%
México	46,4%
Brasil	45,3%
Estados Unidos	44,6%

Fonte: Organização Mundial da Saúde (2006).

A dificuldade de financiamento da proteção social atinge os diversos sistemas adotados pelos países. O sistema de saúde alemão é baseado no conceito de seguro social compulsório, e sua criação se deu no ano de 1883, em um amplo contexto de políticas sociais baseadas no princípio de solidariedade, impulsionado pelo chanceler Otto Von Bismarck.

Na Alemanha, que adota o modelo bismarckiano, 87% da população estava coberta pelo seguro social em 2003, dos quais 77% de forma mandatória sobre a base da renda e 10% voluntariamente. Outros 10% optaram por seguros privados, 2% por esquemas governamentais e 0,2% da população não tinha qualquer tipo de cobertura.

O gasto com saúde corresponde a 10,9% do PIB da Alemanha, dos quais 79% são gastos públicos. O gasto *per capita* é de US$ 2,817. A atenção primária é privada e financiada pelo governo. Os pacientes têm livre escolha de médicos, dentistas, psicólogos e emergências. Os hospitais são um *mix* público e privado, sendo 53% dos leitos públicos, 39% privados sem fim lucrativo e 8% privados com fim lucrativo. As associações de médicos desempenham importante papel nas negociações sobre modalidades e preços de remuneração de serviços.

O sistema de saúde britânico mundialmente conhecido como National Health System (NHS) foi criado a partir do relatório de Beveridge (1941), que unificou todos os seguros existentes no país para garantir a universalidade do acesso. Caracteriza-se pela oferta de serviços públicos financiados por meio de impostos e de contribuições salariais. O gasto total com saúde é de aproximadamente 7,7% do PIB e o gasto *per capita* US$ 2,160.

O modelo francês é o de seguro social nacional, criado com base nos princípios de Bismarck. O sistema é regulado pelo Estado, que determina o teto máximo para as despesas com o seguro saúde, aprova relatório sobre tendências do seguro social e da saúde, e propõe novos benefícios ou ajustes na regulação.

Em 1999, foi estabelecida a cobertura universal do seguro saúde sobre a base da população residente no país (99,9% de cobertura). Em 2002, o gasto total com saúde correspondia a 9,7% do PIB, e o gasto *per capita* a US$ 2,736. O gasto público é de, aproximadamente, 76% do total.

Os casos mais graves, internações de longa duração, emergências, reabilitação e tratamento psiquiátrico ficam a cargo dos hospitais públicos ou privados sem fins lucrativos. A atenção primária é feita basicamente por médicos autônomos, que recebem diretamente de seus pacientes que são parcialmente reembolsados pelo Estado.

A sustentabilidade financeira do sistema de Saúde francês encontra-se na agenda política de discussão desde os anos de 1970. A complexa estrutura torna o controle de gastos difícil, embora essas elevadas despesas resultem em alto nível de satisfação dos pacientes e em bons indicadores de saúde para a população como um todo.

Não existe sistema ideal ou modelos a serem seguidos. De um modo geral, todos os países estão enfrentando problema de sustentabilidade financeira e vêm discutindo reformas. Embora o SUS guarde semelhança com os princípios do NHS britânico, o sistema brasileiro convive com tensões entre Estado, provedores de serviços privados e seguros de saúde bastante semelhante às tensões administradas pela França.

4.2.2 Considerações finais

Os dados demonstram, de maneira irrefutável, o impacto positivo da publicação da EC nº 29/2000 no financiamento do SUS. Observa-se que todas as esferas aumentaram os gastos em Saúde e que tem havido a participação crescente de estados e municípios no financiamento do SUS.

Porém os diferentes mecanismos de vinculação de recursos aos gastos em ações e serviços públicos de Saúde dos entes federados levaram a resultados díspares, como se observa na participação do gasto na proporção do PIB. Enquanto estados e municípios gastam uma parcela de suas receitas próprias, a União gasta o equivalente ao montante de despesas do ano anterior corrigida pela variação nominal do PIB. Em outras palavras, a vinculação à receita tributária mostrou-se, aparentemente, mais eficaz para prover a saúde de recursos, já que estados e municípios registraram aumentos proporcionais bem acima da União.

A ideia de corrigir os gastos da União pela variação nominal do PIB parecia suficiente para proteger o financiamento do SUS, uma vez que não ficaria à mercê da variação de arrecadação de receitas pelo nível federal. Mas os estudos mostram que, de 2002 a 2011, houve

aumento progressivo de arrecadação (Tabela 12), o que teria tornado a vinculação de gastos da União a um percentual das receitas muito mais interessante ao financiamento do SUS.

Tabela 12 – Evolução da receita corrente e das despesas em ASPS da União, 2000 – 2011

Ano	Receita Corrente[1]	Gastos em ASPS[2]	Gasto em ASPS	Gasto em ASPS
	em milhões de reais correntes	em milhões de reais correntes	% da receita corrente	em % do PIB[3]
2000	252.519	20.351	8,06	1,73
2001	289.411	22.474	7,77	1,73
2002	343.075	24.737	7,21	1,67
2003	384.447	27.181	7,07	1,60
2004	450.590	32.703	7,26	1,68
2005	527.325	37.146	7,04	1,73
2006	584.067	40.750	6,98	1,72
2007	658.884	44.304	6,72	1,66
2008	754.736	48.670	6,45	1,61
2009	775.407	58.270	7,51	1,80
2010	890.137	61.965	6,96	1,64
2011	1.029.613	72.332	7,03	1,75

Fonte:

[1] Valores de Receita Correntes: Secretaria do Tesouro Nacional;

[2] Valores de Gastos em ASPS: Subsecretaria de Planejamento e Orçamento – SPO/SE/MS;

[3] Valores de Produto Interno Bruto: IBGE.

A Tabela 12 demonstra que os gastos em ASPS da União se mantiveram, na média, em 7% das receitas correntes líquidas da União – percentual obtido com a aplicação da regra estabelecida pela EC nº 29/2000, que corrige o orçamento da Saúde pela variação nominal do PIB. Outras propostas, surgidas antes da aprovação da Emenda nº 29, poderiam ter melhores resultados. Uma delas previa a destinação de 15% das receitas correntes líquidas da União a ações e serviços públicos de Saúde.

A correção das despesas pela variação nominal do PIB estabilizou a participação da União nos gastos em ASPS na média de 1,7% do PIB. E os dados não demonstram qualquer tendência de aumento da parte federal no SUS.

4.3 Evolução da capacidade de arrecadação de impostos pelos municípios brasileiros – no período de 2002 a 2008

Os municípios brasileiros aumentaram, consideravelmente, seus investimentos em ações e serviços de Saúde entre 2002 e 2008, de 0,81% do PIB para 1,07%. Esse foi um dos resultados da Emenda Constitucional nº 29/2000, que vinculou 15% das receitas municipais ao custeio de ações e serviços públicos de Saúde. Dados do Siops mostram que os municípios brasileiros aplicaram 17,4% de suas receitas em ações e serviços públicos de Saúde, em 2003, acima do piso constitucional de 15%. No ano de 2000, o primeiro de vigência da EC nº 29, eles aplicavam 13,6%.

Tabela 13 – Despesas totais em relação ao PIB em ASPS, 2002 – 2008

Ano	Federal			Estadual			Municipal			Total		
	(A)	(B)	(C)	(D)	(E)	(F)	(G)	(H)	(I)	(A+D+G)	(B+E+H)	(C+F+I)
	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB	Despesa total	Despesa por habitante	Proporção do PIB
	R$ mil correntes	(R$)	(%)	R$ mil correntes	(R$)	(%)	R$ mil correntes	(R$)	(%)	R$ mil correntes	(R$)	(%)
2002	24.736.843	141,65	1,67%	10.757.458	61,60	0,73%	12.057.231	70,29	0,82%	47.551.531	273,54	3,21%
2003	27.181.155	153,67	1,60%	13.317.828	75,29	0,78%	13.771.212	79,74	0,81%	54.270.195	308,71	3,19%
2004	32.703.495	182,59	1,68%	17.318.612	96,69	0,89%	16.414.513	94,44	0,85%	66.436.621	373,73	3,42%
2005	37.145.779	201,68	1,73%	19.664.416	106,77	0,92%	20.289.504	111,72	0,94%	77.099.698	420,16	3,59%
2006	40.750.155	218,18	1,72%	22.978.253	123,03	0,97%	23.564.590	127,97	0,99%	87.292.998	469,18	3,68%
2007	44.303.496	240,79	1,66%	25.969.634	141,15	0,98%	26.431.209	145,94	0,99%	96.704.339	527,88	3,63%
2008	48.670.190	256,68	1,61%	30.976.460	163,37	1,02%	32.459.759	174,41	1,07%	112.106.408	594,46	3,70%

Fonte: Dados da União – SPO/SE/MS; dados estaduais e municipais – Siops.
– O efeito da inflação não foi eliminado.
– Os valores do PIB não são os originalmente publicados, nem contêm a série toda reavaliada

O esforço dos municípios tem impacto reduzido pela baixa arrecadação própria. A maioria deles tem um alto grau de dependência dos recursos federais, repassados por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS) e fundo de participação e das transferências estaduais.

Uma avaliação das condições de financiamento nos municípios brasileiros com mais de 100 mil habitantes, com dados de 2005, revelou que 68% dos municípios do Nordeste recebem do SUS mais do que arrecadam com tributos. Na Paraíba e no Piauí, nenhum município tem arrecadação própria em valor acima dos repasses do SUS.

A situação repete-se na Região Norte, com 47% dos municípios recebendo mais do SUS do que de arrecadação própria. No Centro-Oeste, destaca-se o Estado de Goiás, onde a metade das administrações municipais tem menos receitas do que os repasses do SUS. O grau de dependência é menor no Sul e no Sudeste, cujos municípios podem participar com maior volume de recursos próprios no financiamento do sistema.

No Norte, Nordeste e Centro-Oeste, o comprometimento de recursos orçamentários com a Saúde é mais elevado: nos municípios nordestinos é de 26% do orçamento, o que significa que as administrações municipais da região recebem repasses vinculados a ações e serviços públicos de Saúde em maior proporção do que recebem de outras transferências e receitas próprias.

Os dados indicam que a variedade de critérios adotados nos repasses do SUS tem efeito redistributivo importante, privilegiando os municípios das regiões Norte e Nordeste. Isso reforça o papel do Ministério da Saúde na coordenação e gestão do Sistema. O PAB variável, por exemplo, permitiu aporte adicional de recursos para os municípios das regiões mais carentes (LIMA; ANDRADE, 2009).

Os municípios podem obter mais recursos da União no Programa Saúde da Família, e também podem recorrer ao credenciamento de serviços privados para procedimentos de média e alta complexidade.

O mesmo não se repete com as transferências estaduais: a repartição das receitas de ICMS, por exemplo, tem aspecto devolutivo, ou seja, parte do imposto retorna ao município onde houve a produção, favorecendo a concentração dos recursos nos municípios mais desenvolvidos, com impacto reduzido nas receitas dos municípios mais carentes.

Desde a segunda metade da década de 1990, o Ministério da Saúde tem instituído programas que permitem aporte adicional de recursos aos municípios, principalmente aos mais carentes. Entretanto esses municípios enfrentam impedimentos na baixa arrecadação própria e reduzido repasse do ICMS.

A capacidade de arrecadação de impostos dos municípios brasileiros, no período de 2002 a 2007, com base no indicador 1.1 do Siops, que relaciona receitas de impostos com as receitas totais dos municípios, também demonstra o alto grau de dependência dos municípios em relação aos estados e à União: em 86% dos 5.560 municípios, as receitas tributárias próprias não ultrapassam a 10% das receitas totais.

4.3.1 Esgotamento da capacidade de financiamento

Ao relacionar receitas tributárias com as receitas totais dos municípios, chega-se à conclusão de que a grande maioria dos municípios brasileiros é altamente dependente dos recursos de outros entes federativos (estados e União).

Os dados evidenciam que a receita tributária da maioria absoluta dos municípios brasileiros é insuficiente para cobrir o custo das ações e serviços de Saúde demandadas pela população: em 86% deles, as receitas tributárias não ultrapassam a 10% das receitas totais.

As receitas tributárias municipais resumem-se à cobrança do IPTU, ISS e ITBI. Tributos com maior potencial de arrecadação são da competência da União e dos estados, que transferem parte dos recursos diretamente aos municípios por meio do Fundo de Participação. Recebem dos estados os percentuais de ICMS (25%), IPVA (50%) e cota-parte do IPI exportação referente aos municípios.

É a União, portanto, a principal mantenedora dos serviços de Saúde prestados pelos municípios, que, além dos repasses automáticos, transferem recursos adicionais para o desenvolvimento de programas de Saúde. As transferências estaduais são mais limitadas e também dependem de recursos da União.

Embora o município seja, por natureza, deficitário, o grau de dependência está muito elevado, o que sugere o provável esgotamento da capacidade de expansão dos gastos municipais com ações e serviços de Saúde.

Referências

BEVERIDGE, W. **Social Insurance and allied services**, 1941. Disponível em: <http://news.bbc.co.uk/2/shared/bsp/hi/pdfs/19_07_05_beveridge.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2013.

BRASIL. Constituição (1824). **Constituição Política do Império do Brasil**. Rio de Janeiro, 1824. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao24.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Constituição (1891). **Constituição da República dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1891. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao91.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013

_____. Constituição (1934). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1934. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao34.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Constituição (1937). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1937. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao37.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Constituição (1946). **Constituição dos Estados Unidos do Brasil**. Rio de Janeiro, 1946. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao46.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Constituição (1967). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1967. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao67.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988. Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 1, de 17 de outubro de 1969**. Brasília, 1969. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc_anterior1988/emc01-69.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 11, de 31 de março de 1965**. Acrescenta parágrafo ao art. 157 da Constituição. Brasília, 1965. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/

legin/fed/emecon/1960-1969/emendaconstitucional-11-31-marco-1965-364966-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. Constituição (1988). **Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000**. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília, 2000a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. **Regulamentação da Emenda Constitucional nº** 29, de 2000: Piso Constitucional de Aplicação em Saúde: Análise das principais inovações trazidas pela Lei Complementar Nº 141, de 13 de janeiro de 2012, que regulamenta a Emenda Constitucional Nº 29, de 2000. Brasília, 2012a. (Nota Técnica nº 14 Conof/CD, junho 2012). Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/orcamentobrasil/estudos/2012/nt14.pdf>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995**. Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 1995. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/d1651.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 6 fev. 2013.

_____. **Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012**. Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências. Brasília, 2012b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece

os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012c. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Brasília, 1960. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/L3807.htm>. Acesso em: 3 fev. 2013.

_____. **Lei nº 4.320 de 17 de março de 1964**. Estatui normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. **Lei nº 6.439, de 1 de setembro de 1977**. Institui o sistema Nacional de Previdência e Assistência Social e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6439.htm>. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. **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. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm >. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **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. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 6 fev. 2013.

_____. **Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências. Brasília, 1991a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm>. Acesso em: 3 fev. 2013.

_____. **Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília, 1991b. Acesso em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm>. Acesso em: 5 fev. 2013.

_____. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 95, de 26 de janeiro de 2001**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001

que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria GM nº 204, de 29 de janeiro de 2007**. Regulamenta o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e os serviços de saúde, na forma de blocos de financiamento, com o respectivo monitoramento e controle. Brasília, 2007. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2007/GM/GM-204.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Brasília, 2002. Disponível em <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria GM nº 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Brasília, 1993b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria GM nº 548, de 12 de abril de 2001**. Aprova o documento de Orientações Gerais para a Elaboração e Aplicação da Agenda de Saúde, do Plano de Saúde, dos Quadros de Metas, e do Relatório de Gestão como Instrumentos de Gestão do SUS. Brasília, 2001b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/35_Portaria_548_de_12_04_2001.pdf.>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria GM nº 698, de 30 de março de 2006**. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-698.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria GM nº 699, de 30 de março de 2006**. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília, 2006c. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-699.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. **Portaria nº 2.203, de 5 de novembro de 1996**. Aprova a NOB 1/96, a qual redefine o modelo de gestão do Sistema Único de Saúde, constituindo, por conseguinte, instrumento imprescindível à viabilização da atenção integral à saúde da população e ao disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do Sistema. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1996/prt2203_05_11_1996.html>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____; Procuradoria-Geral da República. **Portaria Conjunta MS/PGR nº 1.163, de 11 de outubro de 2000**. Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS supervisão da Secretaria Executiva e da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde – SIS do Ministério da Saúde. Brasília, 2000c. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20SIOPS%201163.htm>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____; Procuradoria-Geral da República. **Portaria Interministerial nº 446, de 16 de março de 2004**. Implementa o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS sob a supervisão da Secretaria-Executiva e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos – SCTIE, ambas do Ministério da Saúde. Brasília, 2004. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria_446.PDF>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde; Ministério da Previdência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). **Portaria nº 234, de 7 de fevereiro de 1992**. Edita a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde para 1992 (NOB – SUS/92). Brasília, 1992. Disponível em: <http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Portaria%20234_07_02_1992.pdf>. Acesso em: 4 fev. 2013.

_____. Secretaria do Tesouro Nacional. **Portaria nº 577, de 15 de outubro de 2008**. Aprova a 1ª edição do Manual Técnico de Demonstrativos Fiscais. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/Portaria577.pdf >. Acesso em: 4 fev. 2013.

CLEMENTS, B.; GUPTA, S. **The Economics of Public Health Reform in Advanced and Emerging Economies**. Washington D. C.: International Monetary Fund, 2012.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003**. Diretrizes operacionais para aplicação da EC nº 29-00. Brasília, 2003. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/resolucao_cns_322.2003>. Acesso em: 5 fev. 2013.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). O processo de implantação do SUS. In: _____. **Coleção para entender a gestão do SUS 2011**: livro 1. Brasília, 2011. cap. 3, p. 52-111.

IBGE. **Conta-satélite de saúde Brasil 2007-2009**. Rio de Janeiro, 2012. 104 p. (Contas nacionais; n. 37).

INDRIUNAS, L.; MONTEIRO, C. **Como funciona o SUS**: Sistema Único de Saúde, 18 jul. 2008. Disponível em: <http://pessoas.hsw.uol.com.br/sus.htm>. Acesso em: 25 jan. 2013.

LIMA, L. D.; ANDRADE, C. L. T. Condições de financiamento em saúde nos grandes municípios do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, out. 2009. Disponível em: <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001000014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 fev. 2013.

POPPE, F. Fatores que influenciam o ambiente da Assistência à Saúde no Brasil: modelo atual e novas perspectivas. **Sinais sociais**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 8, p. 10-37, 2008. Disponível em: <http://www.sesc.com.br/wps/wcm/connect/98cdab44-4a92-4731-9204-188bf9bd4d4b/08.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=98cdab44-4a92-4731-9204-188bf9bd4d4b>. Acesso em: 30 jan. 2013.

_____. **Documento Interno de Trabalho**. OPAS, 2010.

_____. A saúde no Rio de Janeiro: o velho compromisso pendente. In: URANI, A.; GIAMBIAGI, F. (Org.). **Rio**: a hora da virada. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. p. 213-226.

RIBEIRO, J. A. C.; PIOLA, S.; SERVO, L. M. **As novas configurações de antigos problemas**: financiamento e gasto com ações e serviços públicos de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES, 2007. (Divulgação em Saúde para Debate, n. 37).

SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE (SIOPS) **[Site]**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Informática do SUS. Disponível em <http://siops.datasus.gov.br>. Acesso em: 20 jan. 2013.

Anexos

Anexo A – Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

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

I – o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II – percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III – critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

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

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES E DOS 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 art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

I – sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde 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 da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 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 – saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII – saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII – manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX – investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X – remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

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

XII – gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

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

I – pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

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

III – assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

IV – merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;

V – saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos;

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

VIII – ações de assistência social;

IX – obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X – ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

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, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.

§ 1º (VETADO).

§ 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam o art. 157, a alínea "a" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam o art. 158 e a alínea "b" do inciso I do caput e o § 3º do art. 159, todos da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal, já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.

Art. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos art. 6º e 7º, 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. 11. 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. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.

Art. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em uni-

dade 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. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos art. 6º a 8º 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.

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

§ 3º As instituições financeiras referidas no § 3º do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2º deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4º (VETADO).

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos art. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 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, ao Distrito Federal e a cada Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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 no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos 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 e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, 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 no Plano Estadual de Saúde.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, 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 nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, na Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e na Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005, e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I – à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II – à elaboração do Plano de Saúde.

Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.

Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.

Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I – as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II – as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.

§ 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

§ 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

I – na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos art. 6º e 7º;

II – (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condicionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estatuídas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 1º No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 2º Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 3º Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 4º A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 5º Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I – à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II – à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os artes. 5º a 7º.

Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios 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.

CAPÍTULO IV

DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:

I – comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II – Relatório de Gestão do SUS;

III – avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.

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

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 3º do art. 165 da Constituição Federal.

Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, 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 determinações;

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

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos artes. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 3º Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 4º O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:

I – à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;

II – ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;

III – à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;

IV – às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;

V – à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;

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

Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado 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 O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I – obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II – processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III – disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV – realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V – previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos artes. 48 e 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI – integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 2º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 3º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 4º 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 cada ente federado, conforme previsto no art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

§ 6º O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

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

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a moderni-

zação dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, 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 entrega de bens ou valores e no financiamento por intermédio de instituições financeiras federais.

Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o § 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

Art. 45. (VETADO).

Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), 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. 47. Revogam-se o § 1º do art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF
José Eduardo Cardozo
Guido Mantega
Alexandre Rocha Santos Padilha
Eva Maria Cella Dal Chiavon
Luís Inácio Lucena Adams

Este texto não substitui o publicado no *DOU* de 16.1.2012

Anexo B – Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012

Produção de efeito	Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, caput, incisos IV e VI, alínea "a", da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do **caput** do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

CAPÍTULO I

DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Art. 2º O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos em Saúde - SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 3º O SIOPS será estruturado pelo Ministério da Saúde, observados os seguintes requisitos mínimos:

I – registro obrigatório e atualização permanente dos dados no Sistema pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

II – informatização dos processos de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III – disponibilização do programa de declaração aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV – cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V – previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde para emissão do parecer prévio divulgado nos termos do art. 48 e art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS; e

VI – integração das informações do SIOPS, por meio de processamento automático, ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle do cumprimento do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição e no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 4º O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos definidos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012.

Art. 5º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS e os prazos para o registro e homologação das informações no Sistema, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 6º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste Capítulo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão os relatórios de gestão dos entes federativos, conforme o disposto no inciso IV do **caput** do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

CAPÍTULO II

DA VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS PERCENTUAIS MÍNIMOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 7º Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias, em cumprimento ao disposto no § 1º do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Parágrafo único. A ausência de homologação das informações de que trata o **caput** no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 8º O cumprimento ou o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao:

I – serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias, ou outro que venha a substituí-lo; e

II – agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o art. 158, caput, inciso II, e o art. 159, caput, inciso I, alíneas "a" e "b", e inciso II, da Constituição.

§ 1º O SIOPS enviará diariamente, por via eletrônica, ao serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias a que se refere o inciso I do **caput** a relação dos entes da Federação que não aplicaram os percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde fixados nos artes. 6º e 8º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou que se enquadrem na situação descrita no parágrafo único do art. 7º deste Decreto.

§ 2º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União para os demais entes federativos, por meio eletrônico, no mínimo, as seguintes informações:

I – valor em moeda corrente que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pelo ente federativo em exercício anterior, em descumprimento à exigência de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde;

II – número da conta corrente e domicílio bancário do Fundo de Saúde do ente federativo; e

III – relação dos entes federativos que não apresentaram informações homologadas no SIOPS no prazo de trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício, conforme disposto no parágrafo único do art. 7º.

§ 3º As informações de que trata o § 2º serão enviadas até o quinto dia útil:

I – do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO.

II – da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação do descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde; e

III – do depósito do montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde a que se refere o art. 15 pelo Estado no Fundo de Saúde Municipal.

CAPÍTULO III

DA VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO EFETIVA DO MONTANTE QUE DEIXOU DE SER APLICADO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES

Art. 9º Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, para fins de suspensão das transferências constitucionais, em cumprimento ao disposto no **caput** do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Art. 10. O descumprimento da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos , para fins de suspensão das transferências constitucionais de que trata a Subseção II da Seção I do Capítulo IV.

§ 1º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União, por meio eletrônico, a relação dos entes federativos que não comprovaram a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 2º As informações a que se refere o § 1º serão enviadas até o quinto dia útil:

I – do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO imediatamente posterior aos doze meses contados da data em que ocorrer o primeiro depósito; e

II – da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

CAPÍTULO IV

DO CONDICIONAMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E DA SUSPENSÃO DAS TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS

Art. 11. Em caso de verificação de descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde e de não aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, na forma dos artes. 7º a 10, a União:

I – condicionará o repasse de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição, após processadas as retenções, destinações, deduções e bloqueio de seu interesse; e

II – suspenderá as transferências voluntárias.

Seção I

Do Condicionamento das Transferências Constitucionais

Art. 12. O condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas "a" e "b" do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição ocorrerá por meio de:

I – medida preliminar de direcionamento das transferências constitucionais para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário; ou

II – suspensão das transferências constitucionais.

Subseção I

Da Medida Preliminar de Direcionamento das Transferências para a Conta Vinculada ao Fundo de Saúde

Art. 13. O direcionamento das transferências de que trata o art. 12 para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário ocorrerá quando as informações homologadas no SIOPS indicarem o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 1º O direcionamento previsto no **caput** corresponderá ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 2º Para a preservação do cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em saúde no exercício corrente, os depósitos em conta vinculada ao Fundo de Saúde não poderão superar:

I – doze por cento dos repasses decendiais, no caso de Estados e Distrito Federal; e

II – quinze por cento dos repasses decendiais, no caso de Municípios.

§ 3º O direcionamento previsto no **caput** será encerrado caso comprovado o depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde da integralidade do montante necessário ao cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior, sem prejuízo do cumprimento do limite relativo ao exercício financeiro corrente.

§ 4º Verificado o depósito na conta vinculada do Fundo de Saúde de valor superior ao necessário, em decorrência de procedimento de retificação ou do procedimento previsto no art. 15, os recursos permanecerão depositados a título de antecipação do montante a ser aplicado no exercício corrente.

§ 5º Não será aplicada a medida preliminar prevista no **caput** na hipótese de não declaração e homologação das informações no SIOPS.

Art. 14. O agente financeiro da União enviará ao SIOPS arquivo eletrônico contendo informação do valor em moeda corrente depositado na conta corrente do Fundo de Saúde do ente federativo até o quinto dia útil após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do **caput** do art. 12, ao qual será permitido acesso público.

Art. 15. A limitação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do

caput do art. 12 ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior para os Municípios considerará as restrições efetivadas pela União e pelos Estados.

Parágrafo único. A atuação complementar e interativa da União e dos Estados na aplicação do direcionamento a que se refere o inciso I do **caput** do art. 12 será viabilizada por meio de :

I – consulta ao SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União na conta corrente do Fundo de Saúde; e

II – registro no SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente pelo Estado depositado na conta corrente do Fundo de Saúde.

Subseção II

Da Suspensão das Transferências Constitucionais

Art. 16. As transferências de recursos constitucionais de que trata o art. 12 serão suspensas quando:

I – adotada a medida preliminar a que se refere a Subseção I, o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores; ou

II – não houver declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.

Art. 17. A suspensão de que trata o art. 16 será informada ao SIOPS até o quinto dia útil após sua efetivação pelo agente financeiro da União.

Seção II

Da Suspensão das Transferências Voluntárias

Art. 18. As transferências voluntárias da União serão suspensas:

I – quando constatado o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos Estados e Municípios; e

II – na ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.

CAPÍTULO V

DO RESTABELECIMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E VOLUNTÁRIAS DA UNIÃO

Art. 19. A verificação da aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde que deixou de ser aplicado pelo ente federativo em exercício anterior e que deu causa ao descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços de saúde, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Parágrafo único. A verificação a que se refere o **caput** será realizada por meio dos demonstrativos das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO disponibilizados a partir do bimestre imediatamente subsequente ao primeiro depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde e se estenderá até doze meses, contados da data do primeiro depósito.

Art. 20. As transferências constitucionais de que trata o art. 12 e as transferências voluntárias da União serão restabelecidas quando o ente federativo beneficiário comprovar, por meio de demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO, a aplicação efetiva do adicional relativo ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 1º Cumprido o disposto no **caput**, o prazo para restabelecimento das transferências constitucionais e voluntárias da União será de cinco dias úteis.

§ 2º A suspensão decorrente da ausência de informações homologadas no SIOPS, conforme disposto no inciso II do **caput** do art. 16, perderá efeito após a homologação das informações no sistema.

CAPÍTULO VI

DOS PROCEDIMENTOS ORÇAMENTÁRIOS E CONTÁBEIS

Art. 21. A metodologia para verificação do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde integrará as normas gerais para consolidação das contas públicas editadas pelo órgão central de contabilidade da União.

CAPÍTULO VII

DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. A audiência pública a que se refere o § 5º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012, de periodicidade quadrimestral, utilizará as informações previstas:

I – no Relatório de Gestão do SUS; e

II – no RREO dos dois bimestres correspondentes, ressalvado o prazo semestral previsto na alínea "c" do inciso II do **caput** do art. 63 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 23. Verificado o descumprimento das disposições da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou deste Decreto, ou detectada a aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, o Ministério da Saúde comunicará a irregularidade:

I – ao órgão de auditoria do SUS;

II – à direção local do SUS;

III – ao responsável pela administração orçamentária e financeira do ente federativo;

IV – aos órgãos de controle interno e externo do ente federativo;

V – ao Conselho de Saúde; e

VI – ao Ministério Público.

§ 1º A comunicação a que se refere o **caput** somente será encaminhada ao Tribunal de Contas competente e ao Ministério Público com atribuição para o caso após o esgotamento da via administrativa de controle interno do Ministério da Saúde, sem prejuízo do exercício autônomo das competências e atribuições previstas na legislação.

§ 2º A atuação dos destinatários da comunicação de que trata o **caput** terá como objetivo promover a imediata devolução dos recursos irregularmente aplicados ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário, nos termos do inciso I do **caput** do art. 27 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

§ 3º Para os fins do disposto no § 2º , em caso de aplicação de recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou em objeto diverso do originalmente pactuado, a devolução será efetivada com recursos do Tesouro do ente federativo beneficiário.

Art. 24. A não observância dos procedimentos previstos neste Decreto sujeitará os infratores, nos termos do art. 46 da Lei Complementar nº 141, de 2012, às penalidades previstas no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal, na Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, no Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, sem prejuízo de outras previstas na legislação.

Art. 25. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão providenciará as modificações orçamentárias necessárias ao atendimento do disposto neste Decreto, no prazo de sessenta dias, contado da data de sua publicação.

Art. 26. Para atender o disposto nos artes. 26, 36, 39 e 43 da Lei Complementar nº 141, de 2012, e neste Decreto, o Ministério da Saúde:

I – estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS, no prazo de noventa dias, contado da data de publicação deste Decreto; e

II – disponibilizará nova versão do SIOPS até 20 de janeiro de 2013.

Art. 27. Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do ano de 2013.

§ 1º A verificação anual do cumprimento do limite mínimo dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde nos termos da Lei Complementar nº 141, de 2012, e deste Decreto, será realizada a partir do ano de 2014, com base na execução orçamentária do ano de 2013, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

§ 2º Os procedimentos de direcionamento, suspensão e restabelecimento de transferências de recursos nos termos deste Decreto serão realizados a partir do ano de 2014, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Brasília, 16 de outubro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

DILMA ROUSSEFF
Nelson Henrique Barbosa Filho
Alexandre Rocha Santos Padilha
Miriam Belchior
Luís Inácio Lucena Adams

ISBN 978-85-334-2065-6

DISQUE SAÚDE
136
Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs

SUS

Organização Pan-Americana da Saúde
Organização Mundial da Saúde
Américas

Ministério da Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA