

Ministério da Saúde
Secretaria Executiva
Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento
Núcleo Nacional de Economia da Saúde



* Diretor da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento.

** Consultora do Ministério da Saúde atuando junto a Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento da Secretaria Executiva. Correio eletrônico: ana.mesquita@saude.gov.br.

*** Especialista em Políticas Públicas e Gestão Governamental da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento.

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria Executiva - SE

Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento - AESD

Núcleo Nacional de Economia da Saúde - Nunes

SEPN 510 BL.A Edifício INAN, sala 312

CEP: 70750-521, Brasília-DF

Tel.: (61) 3349-4333 / 3274-1751

Home page: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1001

Colaboradores:

Elias Antônio Jorge

Diretor da Área de Economia da Saúde e Desenvolvimento/SE/MS

Ricardo Vidal de Abreu

Gerente de Programas

O objetivo deste documento é divulgar os resultados de estudos elaborados pelos técnicos do Núcleo Nacional de Economia da Saúde da Área de Economia e Desenvolvimento/SE/MS, os quais possam ser relevantes para a formulação e implementação de políticas no âmbito do Sistema Único de Saúde ou que possam subsidiar discussões que visem ao aprimoramento dessas políticas.

Salienta-se que as opiniões expressas no documento são de responsabilidade dos(as) autores(as), não exprimindo, necessariamente, a visão do Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte, não sendo permitidas reproduções para fins comerciais.

SUMÁRIO

I – Introdução	1
II – Obstáculos, lacunas, problemas e desafios da Saúde	7
III – Proposta de regulamentação da EC/29	10

Seguridade Social e o Financiamento do SUS no Brasil

Texto apresentado na Comisión Directiva 2007, da Organización Iberoamericana de Seguridad Social, nos dias 28, 29 e 30 de março, em Buenos Aires – Argentina. Revisado e atualizado para apresentação em 28/06/2007 no Congresso Nacional em Brasília

I – Introdução

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 a 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 se intensificaram com o maior grau de organização dos novos trabalhadores urbano-industriais do início do século XX, mas estava ausente a compreensão de que a cobertura dos riscos sociais (invalidez, doenças, morte etc.) deveria ser responsabilidade do Estado e que sua provisão devesse configurar um direito de cidadania. Ao contrário, seguindo o princípio de seguro, as iniciativas de proteção social vão surgindo por ação de certas categorias profissionais que organizavam associações de auxílio mútuo para lidar com os riscos sociais. Assim surgiram as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) e com elas a Lei **Eloy Chaves** em 1923, que regulamentava sua atuação, marcando o início da Previdência Social no Brasil. Tratava-se do embrião de um sistema de proteção social presidido, no entanto, pela lógica de seguro.

Esse modelo de proteção vai se institucionalizando. Ao longo dos anos 30, a estrutura iniciada pelas CAP's foi ampliada pelo surgimento dos Institutos de

Aposentadorias e Pensões (IAP's), institutos que absorveram a maioria das antigas CAP's e que buscavam prover cobertura aos trabalhadores dos mais diversos segmentos contra alguns riscos sociais. A proteção social organizada sob a forma de seguro se consolida com a agregação dos IAPs em 1966, pelo Decreto nº 72, que criou a previdência no INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Esta mudança, no entanto, não alterou a lógica de seguro. Benefícios previdenciários, pensões e, sobretudo, assistência médica ficavam restritos aos trabalhadores do mercado formal que contribuía ao sistema previdenciário.

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. 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, as ações de saúde coletiva, estas sim universais, prestadas pelo Ministério da Saúde (MS), dada a crescente conscientização da interdependência ocasionada pelas doenças transmissíveis.

Até a Constituição Federal (CF) de 1988 prevaleceu esse conceito de seguro na organização da proteção social no Brasil. Contudo, a nova Carta representou um ponto de inflexão no tratamento concedido aos riscos sociais por institucionalizar direitos básicos e universais de cidadania, como o direito à saúde pública, à assistência social, ao seguro-desemprego e a maior cobertura previdenciária. Desde então, o direito à assistência social e à saúde não mais depende de contribuição direta do beneficiário. A CF substituiu o conceito de seguro (cobertura ao contribuinte direto) pelo conceito de Seguridade Social – cobertura ao cidadão. O fundamento foi o de eliminar a dupla punição: exclusão do processo econômico formal e exclusão da cobertura contra riscos sociais.

Dentre os princípios que nortearam a mudança no tratamento da questão social pela CF, o mais notável, sem dúvida, é a extensão da cobertura aos segmentos até então

desprotegidos. Buscou-se com isso recuperar a imensa dívida social com grande parcela da população brasileira. Para isto, os constituintes reconheciam a necessidade de introduzir mecanismos redistributivos e de garantir um financiamento mais seguro e estável às políticas de proteção social. Assim, se por um lado a CF promulgada em 1988 criou o conceito de Seguridade Social (diretos de cidadania) e ampliou o leque de direitos sociais, por outro, buscou assegurar fontes de financiamento adequadas para o custeio dos novos benefícios. Os constituintes estabeleceram que a Seguridade Social seria custeada por um orçamento próprio: o Orçamento da Seguridade Social (OSS), demonstrando sua preocupação em assegurar adequado financiamento aos direitos previdenciários, da saúde e à assistência.

Ao estabelecer as fontes de receita do OSS, os constituintes tiveram a preocupação de blindar o financiamento da política social contra as flutuações cíclicas da economia. Até então, as receitas do Sistema de Previdência e Assistência Social provinham principalmente das contribuições sobre folha de pagamento, acompanhando, portanto, as variações da massa salarial por efeito das flutuações da economia. Assim, além das tradicionais contribuições de empregados e empregadores sobre a folha de salário, instituíram-se outras bases para o financiamento. São elas:

- (i) O faturamento das empresas, através do já existente Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), que foi transformado em Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social (COFINS); (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) e (iv) uma parcela da receita de concursos e prognósticos.

Ademais, a Constituição previa também o aporte de recursos fiscais por parte das três esferas de governo no financiamento da seguridade social.

Vale lembrar que esses recursos que compõe o OSS não foram vinculados a cada área que compõe a Seguridade Social. Somente os recursos do PIS/PASEP ficaram reservados ao Fundo de Amparo ao Trabalhador – FAT (para custear o programa seguro-desemprego e o abono PIS/PASEP) e às ações do BNDES. A essas fontes, veio somar-se, em 1996, a CPMF, contribuição criada para financiar a Saúde. Posteriormente, sua alíquota foi elevada de 0,20% para 0,38%, destinando-se a diferença (0,18%) para a Previdência Social (0,10%) e para a Assistência Social (0,08% - Fundo de Erradicação da Pobreza).

Além de garantir fontes de financiamento correspondentes à expansão dos benefícios, de modo a operacionalizar seus objetivos redistributivos, os constituintes também introduziram novidades no arranjo tributário federativo. O fortalecimento do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e Fundo de Participação dos Municípios (FPM) é mais uma iniciativa redistributiva, pela qual buscava-se reduzir as desigualdades regionais através de transferências constitucionais da União para os Estados e Municípios. Pelo FPE, 21,5% da arrecadação líquida (arrecadação bruta deduzida de restituição e incentivos fiscais) do Imposto sobre a Renda (IR) e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) são repassados aos Estados. No caso do FPM, 22,5% da arrecadação líquida do IR e do IPI pela União são repassados aos municípios. Ademais, o FPM recebe também 50% do IPVA e 25% do ICMS arrecadado pelos estados. Entretanto, do montante do FPM são deduzidos 15% para o FUNDEF/ FUNDEB – Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Fundamental/ Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica.

Quanto aos gastos da Seguridade Social, vale mencionar que eles beneficiam uma parcela muito significativa da população brasileira, como mostra o quadro 1 a seguir. Pela previdência social, em 2005, foram atendidas 23.951.338 pessoas. Na saúde, somente na atenção básica, a cobertura pelos programas Saúde na Família e Agente Comunitário de Saúde foi de 102.958.094 de pessoas, isto corresponde a pouco mais da metade da população brasileira. O Bolsa Família, principal programa da Assistência Social, beneficiou 11.071.446 famílias em 2006, enquanto os Benefícios de Prestação Continuada atenderam, no mesmo período, 2.477.485 pessoas.

QUADRO 1 - MATRIZ DE BENEFÍCIOS EM SAÚDE, PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL - 2005 e 2006

ÁREA	Tipos de benefícios por área		2005	2006
SAÚDE	PRODUÇÃO AMBULATORIAL (QTDE. APROVADA)	ATENÇÃO BÁSICA	1.143.294.632	1.176.582.915
		ESPECIALIZADOS	726.475.459	795.721.349
		ASSISTENCIAIS DE ALTA COMPLEXIDADE	323.037.294	401.556.933
	Nº INTERNAÇÕES		11.429.133	11.315.681
	ATENÇÃO BÁSICA (população coberta)	PACS, PSF e outros	102.958.094	108.846.822
	COBERTURA VACINAL MÉDIA (% dos menores de 1 ano)		95,4	99,6
PREVIDÊNCIA SOCIAL	Benefícios do RGPS	PREVIDENCIÁRIOS	20.393.756	20.912.090
		ACIDENTÁRIOS	755.804	732.795
	Benefícios Assistenciais da Previdência	Amparos Assistenciais (LOAS-BPC)	2.277.365	2.477.485
		Rendas/Pensões Mensais Vitalícias	515.273	462.656
	EPU		9.140	8.364
	TOTAL PREVIDÊNCIA		23.951.338	24.593.390
ASSISTÊNCIA SOCIAL	Bolsa Família (nº de famílias atendidas)		8.005.718	11.071.446

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

Notas:

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

PSF - Programa Saúde da Família.

RGPS - Regime Geral da Previdência Social.

EPU - Encargos Previdenciários da União.

BPC: Benefício de Prestação Continuada, é um benefício não contributivo, no valor de 01 (um) salário mínimo mensal pago às pessoas idosas com 65 (sessenta e cinco) 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 01/01/96, é previsto na CF/88, Art. 203, consagrado na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 9720/1998 e 10.741/2003) e regulamentada pelo decreto nº 1.744/1995.

Nos últimos seis anos, as fontes de financiamento da Seguridade Social garantiram arrecadação bastante expressiva, como mostra a tabela 1, a seguir. Essas receitas seriam suficientes para garantir a cobertura das despesas da saúde, previdência, trabalho e assistência social, produzindo ainda superávits significativos, tanto em relação à despesa executada por órgão (ministérios) quanto por função.

Tabela 1 - Resultado do Orçamento da Seguridade Social (2002-2007)

Em R\$ milhões (nominais)

Categories	2002	2003	2004	2005	2006	2007 ⁽¹⁾
I - Receitas (antes da DRU)						
Receitas de Cont. Sociais						
Previdenciárias	75.878,7	85.541,1	102.384,9	123.110,6	135.739,2	153.483,5
Cofins	52.467,9	58.761,4	78.657,8	89.597,5	91.481,2	102.853,1
CPMF	20.266,9	23.044,3	26.432,6	29.120,3	32.263,1	35.925,4
CSLL	13.370,1	16.192,4	19.895,6	26.232,0	28.023,6	31.483,7
Concursos de Prognósticos	1.053,7	1.277,0	1.521,3	1.564,3	1.533,0	1.764,9
Pis/Pasep ⁽³⁾	7.776,6	10.186,3	11.833,6	13.250,0	14.270,7	15.947,9
Receitas Próprias (Min. Prev.)	349,9	199,1	1.244,1	797,6	731,9	729,6
Outras receitas	1.715,8	2.241,6	194,7	265,6	304,7	287,3
I - Total	172.879,6	197.443,1	242.164,6	283.937,8	304.347,3	342.475,3
II - Despesas (por função)						
Saúde	25.434,6	27.171,8	32.972,9	36.483,3	39.736,2	45.700,6
Previdência	123.218,1	145.477,5	165.509,4	188.505,5	212.490,4	233.233,5
Trabalho	8.477,8	9.494,8	10.706,7	12.716,9	16.417,4	17.469,3
Assistência Social	6.513,2	8.416,4	13.863,3	15.806,1	21.551,1	24.403,2
II - Total	163.643,7	190.560,6	223.052,4	253.511,8	290.195,1	320.806,5
II - Resultado do OSS	9.235,9	6.882,5	19.112,2	30.426,0	14.152,2	21.668,9
III - Despesa (por órgão)						
Ministério da Previdência	99.679,1	119.434,2	137.461,2	159.490,6	181.643,9	189.984,2
Ministério da Saúde	27.294,2	29.382,0	34.715,4	36.818,0	42.099,4	48.932,2
Ministério do Trabalho	15.049,6	17.086,2	19.413,2	23.369,7	27.764,0	35.145,1
Ministério do Desenv. Social ⁽⁴⁾	-	1.060,5	6.035,7	8.354,4	9.843,1	24.397,8
III - Total	142.022,9	166.962,8	197.625,5	228.032,8	261.350,4	298.459,3
III - Resultado do OSS	30.856,7	30.480,3	44.539,1	55.905,0	42.996,9	44.016,0

Fonte: STN.

Notas:

1. Previsões de receita e despesa com base na LOA 2007.

2. Previsões de receita e despesa com base no projeto de LOA 2008.

3. Já deduzido de 40% destinado ao BNDES.

4. Em 2002, Ministério da Previdência e Ass. Social; Em 2003, Ministério da Assist. e Promoção Social.

Contudo, a aprovação de emendas constitucionais, desde 1994, permite ao governo desvincular parte das receitas da Seguridade para livre disposição pela área econômica. O descumprimento do OSS começou a ser institucionalizado com a criação do Fundo Social de Emergência (FSE) em 1994. Esse mecanismo se renova em 1997, sob a denominação de Fundo de Estabilização Fiscal (FEF). Em 2000, este se torna Desvinculação das Receitas da União (DRU). Apesar das variantes expressões, na essência, trata-se do mesmo: mecanismos que possibilitam o desvio de recursos do seu destino original constitucionalmente determinado. O Executivo propôs e o Congresso foi "institucionalizando" a desvinculação de receitas que legalmente estão atreladas ao financiamento da saúde, previdência e assistência social, comprometendo o custeio dessas áreas em nome da geração de superávits primários.

Como mostra a tabela 1, não fosse a incidência da DRU, o superávit do OSS seria de R\$ 14,2 bilhões em 2006, considerando a despesa executada por função, ou de R\$ 42,9 bilhões, considerando a execução por órgão. Em 2007, a previsão é de R\$ 21,7 bilhões ou R\$ 44 bilhões, variando também conforme o tipo de execução de despesa considerado.

Vale ressaltar que o descumprimento do OSS, institucionalizado pelos sucessivos mecanismos de desvinculação de receitas (FSE, FEF e DRU), está na origem do propalado déficit da Previdência. Caso fosse observado o conceito de Seguridade Social escrito na Constituição e não houvesse o desvio de seus recursos para outras finalidades, a Seguridade apresentaria superávits, como mostra a tabela 1.

II – Obstáculos, lacunas, problemas e desafios da Saúde

No texto permanente da CF não foi possível assegurar uma vinculação específica de recursos para a Saúde, ao contrário do que foi feito para a Educação. Entretanto, no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT ficou estabelecido no art. 55: “Até que seja aprovada a lei de diretrizes orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego, serão destinados ao setor de saúde”. Ainda assim, o MS recebeu, em 1991, 33,1% do total das contribuições. Mas em 1992 essa participação diminuiu para 20,95%.

As LDO para os anos de 1990 a 1993 reproduziram o disposto no art. 55 do ADCT. Apesar disto, as Leis Orçamentárias Anuais (LOA) do mesmo período não respeitaram o disposto na LDO respectiva e eclodiu a crise de financiamento da saúde em 1992, sanada com empréstimo junto ao FAT. Em 1993, a crise foi agravada, pois além de não cumprir o disposto na LDO, o Ministério da Previdência suspendeu o repasse dos valores arrecadados pelo INSS e os previstos no orçamento para a Saúde. O MS foi obrigado novamente a recorrer ao FAT. Sob a gestão de Jamil Haddad, o MS passa então a exigir nas negociações com a área econômica o cumprimento da LDO (30% do OSS para a Saúde). O resultado foi o veto presidencial a este dispositivo na LDO de 1994.

Diante dessas dificuldades de financiamento, surgem ao longo dos anos 1990, diversas propostas de emendas constitucionais vinculando recursos à Saúde, de modo a garantir um mínimo de recursos à pasta. Pela proposta da PEC 169, apresentada à Câmara dos Deputados, em 1993, por iniciativa dos Deputados Eduardo Jorge, Waldir Pires e outros, a União ficaria obrigada a destinar, anualmente, para a implementação do Sistema Único de Saúde, no mínimo 30% das receitas de contribuições que compõem o OSS e 10% da receita de impostos. Já os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicariam, anualmente, nunca menos de dez por cento da receita resultante de impostos.

Outras iniciativas sucederam à proposta inicial desses deputados. No Conselho Nacional de Saúde são aprovadas as Resoluções nº 67 e 68 que tratam de diretrizes para a elaboração do orçamento da saúde e da vinculação constitucional de recursos (10% da receita de impostos mais 30% das receitas do OSS). Outras propostas de emenda constitucional foram apresentadas pelo Deputados Carlos Mosconi (100% da CSLL e da Cofins) e pelo Deputado Pinotti (5% do PIB). Em suma, não obstante as diferenças, todas as propostas convergiam para a garantia de patamares mínimos de recursos à Saúde visando à estabilidade no financiamento do SUS.

Frente a essas iniciativas, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados criou uma Comissão Especial cujo relator foi o Deputado Darciso Perondi, que tentou compatibilizar as três propostas. Este trabalho abriu caminho para nova tentativa em 1999, tendo então como relator o Deputado Ursicino Queiroz, a qual resultou na PEC 82-A (na Câmara). Após algumas discussões, esta proposta conseguiu ser aprovada no Senado, sob a identificação de Emenda Constitucional 29 (EC/29). Esta emenda estabeleceu percentuais mínimos de aplicação de recursos em ações e serviços públicos de saúde para as três esferas de governo.

No que se refere à União, a EC/29 estipulou para o primeiro ano (2000) que o aporte para a saúde deveria ser, no mínimo, igual ao montante empenhado no ano anterior (1999) corrigido em 5%. Nos anos seguintes, até 2004, o gasto mínimo deveria ser sempre o montante empenhado no ano **imediatamente** anterior corrigido pela

variação nominal do PIB. Isto é, os recursos mínimos para 2001 corresponderiam ao montante aplicado em 2000 corrigido pela variação nominal do PIB.

Já os estados e municípios, segundo a EC 29, deveriam comprometer, até 2004, com ações e serviços públicos de saúde 12% e 15%, respectivamente, da sua receita de impostos, inclusive transferências constitucionais e exclusive transferências aos municípios, no caso dos estados. A EC/29 não apenas estabeleceu patamares mínimos a serem atingidos até 2004, como também determinou que essas esferas deveriam destinar ao menos 7% das suas receitas ainda no primeiro ano (2000) às ações e serviços públicos de saúde, elevando gradualmente este percentual até o ano de 2004, de modo que a diferença em relação aos níveis mínimos a serem atingidos (12% para estados e 15% para os municípios) fosse reduzida à razão de, pelo menos, um quinto ao ano.

Ao contrário do que se esperava, a EC/29 não resolveu plenamente os problemas de financiamento da saúde. Desde sua aprovação, o cumprimento da emenda se coloca como grande desafio. No que tange a União, houve problemas já na definição dos recursos da saúde para 2001. De acordo com o novo texto constitucional, em 2001, o orçamento mínimo deveria ser o empenhado em 2000, corrigido pela variação nominal do PIB. O orçamento de 1999 foi de R\$18 bilhões, com a correção de 5% iria para R\$19 bilhões em 2000. Entretanto, a execução orçamentária de 2000 da União foi de R\$ 20 bilhões, portanto, a definição do orçamento para 2001 deveria partir de R\$ 20 bilhões. A área econômica do Governo entendeu diferente e pretendeu que o ano anterior a 2001 não era 2000, mas sim 1999, corrigido em 5%. Este entendimento diminuiria os recursos para a saúde em R\$ 1 bilhão. Além disso, a variação nominal do PIB **prevista** para 2001, em relação ao PIB de 2000, era de 9%, e a variação do PIB de 2000 sobre o de 1999 era de 13%. Mais uma vez, a área econômica entendeu que deveria tomar a variação nominal **prevista** do PIB 2001/2000, uma que a variação de fato só seria conhecida em 2002 após o encerramento do exercício de 2001. Com isso, o montante fixado pela EC/29 diminuiria em outros R\$ 800 milhões (13% - 9% = 4% de R\$ 20 bilhões).

No que se refere aos estados e municípios, não obstante os notáveis avanços na participação das esferas subnacionais no custeio da saúde (ver Gráfico 1 em anexo), o cumprimento da EC/29 ainda encontra algumas dificuldades. Um dos problemas principais de acompanhamento diz respeito à ausência de uma definição precisa do que considerar “ações e serviços públicos de saúde” para efeito de cumprimento dos percentuais mínimos fixados pela EC. Por não deixar claro o que deveria ser entendido por “ações e serviços públicos de saúde”, a EC/29 abriu espaço para que União, DF, estados e municípios incluíssem gastos indevidos para atingir os mínimos obrigatórios. Muitos incluíram gastos com serviços de saúde para clientela fechada, saneamento básico, merenda escolar, gastos com inativos e outros para alcançar os percentuais mínimos estipulados. Diante disto, o Conselho Nacional de Saúde produziu a Resolução 316/2002, que não tendo sido homologada no governo anterior, foi transformada na Resolução 322/2003, homologada pelo ministro Humberto Costa, esclarecendo pontos obscuros que obstaculizavam o cumprimento dos dispositivos da EC/29, sobretudo a definição de ações e serviços públicos de saúde.

O SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – que foi importante no processo de discussão da PEC/29 – vem acompanhando, sistematicamente, por meio de dados de Balanço e de sua alimentação regular, o cumprimento da EC/29, nos termos da Resolução nº 322 do CNS. Evidencia-se, em geral, um aporte maior de recursos, embora ainda persistam operações de inclusão de despesas alheias (inativos, por exemplo) e exclusão de receitas (renúncia fiscal). Assim, o desafio agora é a regulamentação da EC/29 por lei complementar, como está previsto no novo texto constitucional.

III – Proposta de regulamentação da EC/29

Em 2003, o deputado Roberto Gouveia apresentou o PLP Nº 01/2003 propondo a regulamentação da EC 29. O Deputado Guilherme Menezes foi indicado relator pela Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados e formulou substitutivo - que tem como espinha dorsal a Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde - amplamente discutido em seminários organizados pela Câmara Técnica do

SIOPS, bem como em outros eventos, inclusive na XII Conferência Nacional de Saúde.

A proposta de substitutivo apresentada pelo Deputado Guilherme Menezes foi aprovada pela Comissão de Seguridade Social e Família em 2005, tendo sido encaminhada à Comissão de Tributos e Finanças da Câmara dos Deputados. O relator nessa comissão foi o Deputado Luiz Carlos Hauly, que propôs pequenas alterações, mas mantendo o substitutivo em sua essência.

Aprovado na Comissão de Tributos e Finanças, o substitutivo foi encaminhado à Comissão de Constituição e Justiça, onde foi relator o Deputado José Pimentel, que também propôs pequenas alterações, mas que também preservou a essência do projeto.

De maio de 2006 em diante, após ampla mobilização de setores da sociedade vinculados à área da saúde e com o apoio de mais de 200 parlamentares que compõem a Frente Parlamentar da Saúde, a proposta entrou em pauta para discussão no plenário da Câmara dos Deputados. Desde então permanece em pauta aguardando acordo político para entrar em votação.

Continua sendo imperativo aprovar o substitutivo, que ainda necessitará da aprovação do Senado Federal. Caso sofra alteração no Senado, deverá retornar à apreciação da Câmara. Enquanto não for aprovado, prevalecerão as condições de 2004: 12% para estados e DF; 15% para municípios; e variação nominal do PIB para a União.

Sem uma ampla mobilização da sociedade civil e do Movimento Sanitário esta regulamentação não se concretizará.

Brasília, junho de 2007.

Prof. Elias Antônio Jorge
Ana Cleusa Serra Mesquita
Andrea Barreto de Paiva
Ruyter de Faria Martins Filho