

PARECER N° , DE 2007

Da COMISSÃO DE ASSUNTOS ECONÔMICOS, sobre o Projeto de Lei do Senado n° 121, de 2007 – Complementar, que *dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.*

RELATORA: Senadora PATRÍCIA SABOYA

I – RELATÓRIO

É submetido ao exame desta Comissão o Projeto de Lei do Senado (PLS) n° 121, de 2007-Complementar, de autoria do Senador Tião Viana, que *dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente por Estados, Distrito Federal, Municípios e União em ações e serviços públicos de saúde, os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas três esferas de governo.*

O objetivo do projeto é regulamentar os dispositivos constitucionais decorrentes da Emenda Constitucional (EC) n° 29, de 2000, visando assegurar a aplicação, nas três esferas de governo, de recursos mínimos para o financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde.

A proposição compõe-se de 33 artigos e recebeu parecer favorável quanto aos aspectos de constitucionalidade, juridicidade e técnica legislativa na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania.

O autor do PLS nº 121, de 2007, Complementar, já apresentara proposição semelhante, mas que não logrou êxito na tramitação, pois foi arquivada, nos termos regimentais, no início da atual legislatura. Na Justificação do projeto, o Senador Tião Viana ressalta que

... enquanto o andamento das discussões nesta Casa progrediu de forma pouco satisfatória, o Movimento Sanitário não ficou parado. Desde a edição da Emenda, têm sido realizados inúmeros debates sobre sua implementação e regulamentação, especialmente em eventos voltados para a saúde pública. Cabe destacar a realização de seminários especificamente direcionados para a regulamentação da EC nº 29, de 2000, com a participação de diversos segmentos da sociedade, que produziram sugestões valiosas para serem discutidas pelo Congresso Nacional.

Além disso, o Senador destaca que

... a premência da necessidade de regulamentação da EC é evidenciada pelos relatórios de avaliação de seu cumprimento, realizados pelo Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS), do Ministério da Saúde. O último relatório, publicado em agosto de 2006, mostra que apenas 14 Estados brasileiros aplicaram, em ações e serviços públicos de saúde, no ano de 2004, montante igual ou superior ao mínimo constitucionalmente exigido, de acordo com os critérios estabelecidos pela Resolução nº 322, de 8 de maio de 2003, do Conselho Nacional de Saúde. Na esfera municipal, a situação não é mais animadora. Os últimos dados consolidados disponíveis, referentes ao ano de 2002, indicam que apenas 61,2% dos municípios brasileiros demonstraram respeitar as disposições da Emenda.

A matéria foi encaminhada para análise desta Comissão, tendo recebido trinta e três emendas. No entanto, treze delas (emendas nºs 23, 25 e 27 a 37) foram retiradas pelo autor, o Senador Flexa Ribeiro. Após ser apreciada por esta Comissão, a proposição seguirá para a análise da Comissão de Assuntos Sociais e, posteriormente, para o Plenário desta Casa Legislativa.

II – ANÁLISE

A proposição em comento visa a preencher importante lacuna na legislação em área fundamental para a população brasileira, especialmente os grupos menos favorecidos. A saúde é direito de todos e dever do Estado, mas

a eficácia desse comando constitucional está prejudicada pela ausência de legislação complementar prevista no § 3º do art. 198 da Carta Magna.

O marco histórico da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no País é a promulgação da Constituição Federal (CF) de 1988. Até então, apenas os trabalhadores que contribuíam para o sistema previdenciário tinham direito à assistência médica pública. Os demais eram atendidos de forma bastante precária nas chamadas Santas Casas de Misericórdia ou em outras entidades filantrópicas, ou como particulares, nos hospitais privados.

A Carta Magna consagrou a saúde como direito de todos e dever do Estado, ao mesmo tempo em que estabeleceu o princípio da universalidade, ou seja, todos têm direito à assistência à saúde, garantida pelo Estado, independentemente de estarem integrados ou não ao sistema de previdência social. Além disso, assentou que o conjunto das ações e serviços públicos voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde integra uma rede regionalizada e hierarquizada e constitui um sistema único, que veio a ser conhecido como SUS. Nos termos do art. 195 da CF, o financiamento da saúde é de responsabilidade de toda a sociedade, com recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além das contribuições sociais.

O maior problema, e tema de difíceis negociações na agenda de construção do SUS, é a questão do seu financiamento. A execução orçamentária e os indicadores de saúde demonstram que os recursos alocados têm sido insuficientes. Muitas vezes, a obtenção de montantes adicionais foi resultado de intensas mobilizações e pressões políticas de diversos grupos sociais, especialmente quando da tramitação da proposta orçamentária no Congresso Nacional. Essas pressões também foram fundamentais na obtenção de significativas conquistas para a saúde.

A criação da Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira (CPMF), ainda que operando como fonte substitutiva, permitiu a regularização do fluxo dos recursos ao longo de diversos exercícios financeiros. A instituição do Piso de Atenção Básica permitiu o repasse fundo a fundo de recursos destinados às ações e aos serviços básicos, com critérios assentados em bases populacionais, introduzindo um importante elemento de redução de desigualdades na distribuição dos recursos federais e permitindo aos gestores iniciar um processo de reorganização da rede de serviços.

Mas, foi sem dúvida a aprovação da EC nº 29, de 2000, a maior conquista, ao menos do ponto de vista jurídico, para o estabelecimento de referências mínimas de recursos para o financiamento da saúde pública. É bem verdade que não esgotou as inúmeras demandas pertinentes ao setor, mas criou mecanismos extremamente importantes de vinculação orçamentária mínima destinada à saúde, ao mesmo tempo em que sinalizou com desafios para um controle social mais efetivo quanto à alocação dos recursos. A previsão constitucional de responsabilidade compartilhada revestiu de maior concreção o financiamento da saúde.

A superação das dificuldades de financiamento por intermédio da EC nº 29, de 2000, possuía duas vertentes: 1ª) a necessidade de ampliação dos recursos destinados à área da saúde, tradicionalmente insuficientes e inferiores aos alocados por diversos países; 2ª) a necessidade de estabilização do financiamento, de modo a se evitar a descontinuidade de ações, serviços e investimentos.

Na esfera federal, os recursos destinados à saúde passaram a ser corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB), tendo como referência o montante empenhado no exercício anterior. No caso dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o montante mínimo de recursos aplicados em saúde corresponde a um percentual da receita de impostos e transferências constitucionais e legais. Esse percentual foi gradualmente ampliado até alcançar 12%, para os governos estaduais e distrital, e 15%, para os governos municipais, de 2004 em diante.

No entanto, a ausência de norma que regulamenta a Emenda compromete seus objetivos, além de inibir a ampliação dos recursos na área da saúde, principalmente em função das indefinições sobre o que são gastos em ações e serviços de saúde.

Desse modo, o Projeto em análise reveste-se de inegável mérito. Sua aprovação tempestiva acrescentaria ao orçamento do SUS, de imediato, recursos superiores a R\$ 20 bilhões. Esse montante não deveria causar qualquer constrangimento que inibisse sua aprovação. Afinal, quando da criação do SUS, pela Constituição de 1988, ficou estabelecido que a responsabilidade do financiamento seria compartilhada pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Na mesma ocasião, foi criado o Orçamento da Seguridade Social, destinado ao financiamento das áreas de previdência

social, saúde e assistência social. Esse orçamento é integrado, principalmente, pela arrecadação originária das contribuições sociais.

No que concerne à União, sua responsabilidade restou consignada nas disposições constitucionais transitórias, cujo art. 55 estabelecia que, até a aprovação da lei de diretrizes orçamentárias, o orçamento da saúde seria compreendido pelo percentual mínimo de 30 por cento do orçamento da seguridade social, excluído o seguro-desemprego. Esta determinação esteve presente nas leis de diretrizes orçamentárias até 1993. Caso o mandamento fosse mantido, em 2007 os recursos pertinentes ao setor seriam da ordem de R\$ 91 bilhões. Portanto, o percentual de dez por cento da receita corrente bruta é bastante razoável, pois, não obstante o aumento de recursos, ainda assim resultaria em pelo menos R\$ 25 bilhões inferiores ao estipulado originalmente pela disposição constitucional transitória citada.

Por tudo isso, o mérito de que se reveste o Projeto, além de indubitável, legitima o tratamento especial que o tema merece do Parlamento brasileiro.

Objetivando o aperfeiçoamento da matéria, ofertamos quinze emendas ao final deste relatório. Além disso, acolhemos integralmente as emendas n^{os} 40, 41, 44, 45, 46 e 47, de autoria do Senador Flexa Ribeiro, e parcialmente as emendas n^{os} 16, 18 e 21, do Senador Antonio Carlos Valadares, na forma de subemendas. A Emenda n^o 42 é acatada na forma da Emenda n^o 6, enquanto a de n^o 43 é parcialmente contemplada pela Emenda n^o 10. As emendas n^{os} 15, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 38 e 39 foram rejeitadas, no mérito, pelas seguintes razões:

- Emenda n^o 15. O Projeto de Lei, em sua forma original, já cria instrumentos eficazes para a transferência de recursos de forma regular e automática, inclusive com a previsão de que ela se dê segundo cotas estabelecidas em programação previamente aprovada, o que é incompatível com a determinação da periodicidade decendial.
- Emenda n^o 17. A definição das atribuições do Ministério Público é da competência do Procurador-Geral, conforme prescreve o art. 128, § 5^o da Constituição Federal. Ademais, independentemente do dispositivo proposto pela emenda, é função institucional do Ministério Público a defesa da ordem jurídica e dos direitos assegurados constitucionalmente. Cabe registrar que a proposição contempla um

amplo sistema de fiscalização, com a previsão de mecanismos que envolvem os Poderes Legislativo e Executivo e a sociedade.

- Emenda nº 19. O disposto na emenda já está previsto no art. 10 do projeto original, para efeito do cálculo dos recursos mínimos aplicados em saúde. Inserir os mesmos parâmetros para efeito da fiscalização é desnecessário.
- Emenda nº 20. Os encargos sociais são parte da remuneração dos servidores públicos e, sendo assim, no que diz respeito aos servidores da saúde, eles devem ser considerados despesas com ações e serviços de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos. Aceitar a emenda proposta poderia inviabilizar os orçamentos dos Estados e dos Municípios.
- Emenda nº 22. Propõe manter a sistemática atual do cálculo dos percentuais mínimos a serem aplicados em saúde pela União, o que representaria, em relação ao exercício de 2008, o acréscimo de pouco mais de três bilhões de reais para o setor. A prevalecer a proposta original do Projeto, o aporte adicional de recursos será da ordem de vinte bilhões de reais. A aprovação da emenda implicaria, pois, a perpetuação da insuficiência de recursos do sistema público de saúde, comprometendo a universalidade e a integralidade da atenção. Além disso, a proposta contida na emenda leva a que aquilo que deveria ser um mínimo a ser aplicado em saúde passe a funcionar como o teto, pois o gestor federal dificilmente irá destinar mais recursos para a saúde em determinado exercício, ainda que tenha reserva financeira para isso, uma vez que esse valor irá vincular o montante a ser aplicado nos exercícios subseqüentes.
- Emenda nº 24. O artigo original visa a dar transparência aos gastos e a facilitar a fiscalização, mediante a instituição da obrigatoriedade de que os recursos mínimos para a saúde sejam movimentados por meio de contas específicas. A argumentação do autor da emenda para excluir essa obrigatoriedade carece de sustentação jurídica. O fato de haver conta específica para os recursos da saúde não impede a manutenção da conta única do Tesouro. De fato, a Conta Única do Tesouro Nacional está determinada por dispositivos constitucionais (§ 3º do art. 164). No entanto, nada impede a criação de subcontas, com o objetivo de controlar determinado tipo de receita. O projeto não interfere nos mecanismos de arrecadação da receita pública. Apenas

disciplina que parte dos recursos arrecadados será centralizada e gasta por intermédio de contas específicas. Isso não invade, invalida ou prejudica o conceito de conta única. Diversos programas de governo são efetivados por intermédio de contas específicas, como são exemplos o próprio SUS e o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). No caso do SUS, a Lei nº 8.080, de 1990, em seu art. 33, dispõe que “os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde”. Não se está, portanto, criando um novo procedimento de arrecadação de receitas. O que se quer é disciplinar o modo de gastar determinados itens da receita pública – no caso específico, os da saúde – já arrecadados e transitados pela Conta Única do Tesouro Nacional.

- Emenda nº 26. O texto original do Projeto é procedente e deve ser mantido, pois a apuração quadrimestral da aplicação dos recursos mínimos para a saúde é um instrumento que poderá auxiliar a gestão desses recursos, permitindo o acompanhamento dessa aplicação e a correção de rumos, quando necessária. É importante para auxiliar a gestão dos recursos públicos e para dar transparência aos gastos, favorecendo o controle social das despesas com saúde. Tem um caráter preventivo, já que pode sinalizar para a adoção de medidas que corrijam eventuais distorções, antes mesmo do final do exercício financeiro, quando não se poderá mais atuar.
- Emenda nº 38. A redação proposta para os arts. 15 e 16, dada pelas Emendas nºs 4 e 5, é bastante clara com relação aos critérios de alocação dos recursos da saúde transferidos de modo automático entre os entes federados. Não há espaço para “alterações de caráter operacional” a serem determinadas pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS). Abrir tal possibilidade criaria uma inconsistência interna na própria lei, visto que o disposto no art. 32 conflitaria com os critérios estabelecidos pelos arts. 15 e 16. Ademais, no que se refere ao monitoramento dos recursos, não há impedimentos para a atuação do CNS no acompanhamento da aplicação dos recursos repassados pela União. No entanto, em relação aos recursos repassados pelos Estados aos Municípios, parece-nos mais apropriado deixar o monitoramento a cargo dos conselhos estaduais de saúde.
- Emenda nº 39. A proposta reduz a base de cálculo do montante a ser aplicado em saúde. Cabe ressaltar que a compensação financeira prevista no art. 6º do Projeto não constitui nova vinculação, pois ela é

referente aos mesmos impostos previstos no § 2º do art. 198 da Constituição Federal. Trata-se, portanto, de interpretação autêntica do dispositivo constitucional, não uma ampliação da base de cálculo definida pela EC nº 29, de 2000.

Em relação à Emenda nº 43, cumpre ressaltar que sua aprovação na íntegra resultaria na redução expressiva dos recursos efetivamente disponíveis para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. A solução adotada pela Emenda nº 10 tem menor impacto sobre os recursos da saúde, ao mesmo tempo em que leva em consideração os gastos efetivamente empregados pelos entes federados no pagamento dos servidores da saúde inativos, ou seja, a complementação resultante da diferença entre a contribuição previdenciária arrecadada e o gasto com pagamento de aposentadorias e pensões.

III – VOTO

Diante do exposto, somos pela APROVAÇÃO do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 - Complementar, com as emendas nºs 1 a 14, 40, 41, 44, 45, 46, 47 e 48, pelo acolhimento parcial das emendas nºs 16, 18 e 21, na forma de subemendas, e pela REJEIÇÃO das emendas nºs 15, 17, 19, 20, 22, 24, 26, 38, 39 e, ainda, a Emenda nº 42 é acatada na forma da Emenda nº 6 e a de nº 43 é acatada na forma da Emenda nº 10.

EMENDA Nº 1 – CAE

Dê-se ao *caput* do art. 7º a seguinte redação:

Art. 7º Os recursos de que trata esta Lei serão recolhidos e movimentados, até sua destinação final com gastos em ações e serviços públicos de saúde, em contas específicas mantidas, preferencialmente, em instituição financeira oficial, sob a responsabilidade do gestor do respectivo fundo de saúde.

.....

EMENDA Nº 2 – CAE

Dê-se ao § 3º do art. 10 a seguinte redação:

Art. 10.

.....
 § 3º As despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de recursos de operações de crédito utilizados a partir de 1º de janeiro de 2000 para financiar ações e serviços públicos de saúde integrarão o montante considerado para o cálculo dos valores mínimos constitucionalmente exigidos.

EMENDA Nº 3 – CAE

Suprima-se o § 4º do art. 10, renumerando-se os demais.

EMENDA Nº 4 – CAE

Dê-se ao inciso II do art. 15 a seguinte redação:

Art. 15.

.....
 II – vinte e cinco por cento serão distribuídos segundo os critérios estabelecidos para as quotas de distribuição do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal e do Fundo de Participação dos Municípios, definidos pelo Tribunal de Contas da União.

EMENDA Nº 5 – CAE

Dê-se ao *caput* do art. 16 a seguinte redação:

Art. 16. Dos recursos dos Estados destinados a Municípios para ações e serviços públicos de saúde, setenta e cinco por cento serão distribuídos segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio, e vinte e cinco por cento segundo os critérios estabelecidos para as quotas de distribuição do Fundo de Participação dos Municípios, definidos pelo Tribunal de Contas da União.

.....

EMENDA Nº 6 – CAE

Suprima-se o parágrafo único do art. 17.

EMENDA Nº 7 – CAE

Dê-se ao inciso VI do art. 18 a seguinte redação:

Art. 18.

.....

VI – saneamento básico em municípios com até 50.000 habitantes;

.....

EMENDA Nº 8 – CAE

Dê-se ao inciso VII do art. 18 a seguinte redação:

Art. 18.

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

EMENDA Nº 9 – CAE

Acrescente-se o seguinte inciso XII ao art. 18:

Art. 18.

.....
 XII – construção, ampliação e reforma de estabelecimentos de
 saúde do SUS.

EMENDA Nº 10 – CAE

Dê-se ao inciso I do art. 19 a seguinte redação:

Art. 19.

I – pagamento de aposentadorias e pensões, ressalvada, quando
 servidores da saúde, a complementação resultante da diferença entre a
 contribuição previdenciária arrecadada e o gasto com pagamento de
 aposentadorias e pensões;

EMENDA Nº 11 – CAE

Dê-se ao inciso V do art. 19 a seguinte redação:

Art. 19.

V – saneamento básico financiado ou que vier a ser mantido com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos, ressalvado o disposto no inciso VI do art. 18;

EMENDA Nº 12 – CAE

Dê-se ao inciso VI do art. 19 a seguinte redação:

Art. 19.

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos, ressalvada a remoção do lixo hospitalar;

EMENDA Nº 13 – CAE

Suprima-se o inciso X do art. 19.

EMENDA Nº 14 – CAE

Dê-se ao art. 33 a seguinte redação:

Art. 33. Revogam-se o art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o § 1º do art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

~~EMENDA Nº 48~~**EMENDA Nº 21-CAE**

Dê-se ao *caput* do art. 12 a seguinte redação:

Art. 12. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração do percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, ressalvada a parcela transferida aos Municípios pelos Estados, correspondente ao Fundo a que se refere o art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

.....

~~SUBEMENDA À EMENDA Nº 16~~**EMENDA Nº 22-CAE**

Dê-se à Emenda nº 16 a seguinte redação:

Inclua-se o seguinte § 7º ao art. 10:

Art. 10.

.....

§ 7º Na eventualidade de aplicação em ações e serviços de saúde de valores abaixo do mínimo estipulado por esta Lei em um determinado exercício, a diferença entre o mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado, em valores absolutos, deverá ser compensada nos exercícios subseqüentes, conforme disposto em regulamento, sem prejuízo da aplicação de sanções aos gestores, nos termos da legislação vigente.

~~SUBEMENDA À EMENDA Nº 18~~**EMENDA Nº 23-CAE**

Dê-se à Emenda nº 18 a seguinte redação:

Acrescentem-se os seguintes incisos ao art. 18 do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar:

Art. 18.

.....
XIII – ações de informação e educação para a saúde;

XIV – serviços de saúde penitenciários.

~~**SUBEMENDA À EMENDA Nº 21**~~

EMENDA Nº 24-CAE

Dê-se à Emenda nº 21 a seguinte redação:

Acrescente-se o seguinte art. 32 ao Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar, renumerando-se os demais:

Art. 32. 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.

~~**EMENDA Nº 40/07**~~

EMENDA Nº 15 – CAE

Suprima-se o parágrafo único do art. 7

~~EMENDA Nº 41/07~~**EMENDA Nº 16 – CAE**

Dê-se ao inciso II do art. 10 a seguinte redação:

II – as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício.

~~EMENDA Nº 44/07~~**EMENDA Nº 17 – CAE**

Dê-se ao art. 25 a seguinte redação:

Art. 25. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como nos relatórios a que se refere o art. 55 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

~~EMENDA Nº 45/07~~**EMENDA Nº 18 – CAE**

Dê-se ao art. 27 a seguinte redação:

Art. 27. A prestação de contas prevista no art. 26 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório de Gestão Fiscal, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

~~EMENDA Nº 46/07~~**EMENDA Nº 19 – CAE**

Dê-se ao § 1º do art. 31 a seguinte redação:

§ 1º O gestor do fundo de saúde de cada esfera de governo deverá submeter, até dez dias após o encerramento de cada quadrimestre, ao respectivo Conselho de Saúde,

relatório consolidado contendo o resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde.

~~EMENDA Nº 47/07~~
EMENDA Nº 20 – CAE

Dê-se ao § 2º do art. 31 a seguinte redação:

§ 2º O Conselho de Saúde deverá certificar, até trinta dias após o encerramento do quadrimestre, o cumprimento das disposições previstas nesta lei, com a finalidade de subsidiar a elaboração do demonstrativo das despesas com saúde que integrará o Relatório de Gestão Fiscal.

~~EMENDA Nº 22/07~~
EMENDA Nº 25 – CAE

Dê-se ao art. 2º do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar a seguinte redação:

“Art. 2º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao empenhado para essa finalidade no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores ao que se refere a lei orçamentária.

§ 1º Quando oficialmente conhecido o valor estimado no *caput*, créditos adicionais deverão promover os ajustes correspondentes, nos termos do § 8º do art. 165 da Constituição Federal.

§ 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.”

**Emendas Consolidadas ao Projeto de Lei do Senado
nº 121, de 2007 - COMPLEMENTAR**
NOS TERMOS DO ART. 133, § 6º, DO R.I.S.F.

Sendo assim, somos pela aprovação do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – COMPLEMENTAR, com as Emendas nºs 01, 02, 03, 04, 05, 06, 07, 08, 09, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24 e 25-CAE, que seguem abaixo:

EMENDA Nº 1 – CAE

Dê-se ao *caput* do art. 7º a seguinte redação:

Art. 7º Os recursos de que trata esta Lei serão recolhidos e movimentados, até sua destinação final com gastos em ações e serviços públicos de saúde, em contas específicas mantidas, preferencialmente, em instituição financeira oficial, sob a responsabilidade do gestor do respectivo fundo de saúde.

.....

EMENDA Nº 2 – CAE

Dê-se ao § 3º do art. 10 a seguinte redação:

Art. 10.

.....

§ 3º As despesas de juros e amortizações, no exercício em que ocorrerem, decorrentes de recursos de operações de crédito utilizados a partir de 1º de janeiro de 2000 para financiar ações e serviços públicos de saúde integrarão o montante considerado para o cálculo dos valores mínimos constitucionalmente exigidos.

.....

EMENDA Nº 3 – CAE

Suprima-se o § 4º do art. 10, renumerando-se os demais.

EMENDA Nº 4 – CAE

Dê-se ao inciso II do art. 15 a seguinte redação:

Art. 15.

II – vinte e cinco por cento serão distribuídos segundo os critérios estabelecidos para as quotas de distribuição do Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal e do Fundo de Participação dos Municípios, definidos pelo Tribunal de Contas da União.

EMENDA Nº 5 – CAE

Dê-se ao *caput* do art. 16 a seguinte redação:

Art. 16. Dos recursos dos Estados destinados a Municípios para ações e serviços públicos de saúde, setenta e cinco por cento serão distribuídos segundo o coeficiente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio, e vinte e cinco por cento segundo os critérios estabelecidos para as quotas de distribuição do Fundo de Participação dos Municípios, definidos pelo Tribunal de Contas da União.

EMENDA Nº 6 – CAE

Suprima-se o parágrafo único do art. 17.

EMENDA Nº 7 – CAE

Dê-se ao inciso VI do art. 18 a seguinte redação:

Art. 18.

VI – saneamento básico em municípios com até 50.000 habitantes;

.....

EMENDA Nº 8 – CAE

Dê-se ao inciso VII do art. 18 a seguinte redação:

Art. 18.

.....

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

.....

EMENDA Nº 9 – CAE

Acrescente-se o seguinte inciso XII ao art. 18:

Art. 18.

.....

XII – construção, ampliação e reforma de estabelecimentos de saúde do SUS.

EMENDA Nº 10 – CAE

Dê-se ao inciso I do art. 19 a seguinte redação:

Art. 19.

I – pagamento de aposentadorias e pensões, ressalvada, quando servidores da saúde, a complementação resultante da diferença entre a contribuição previdenciária arrecadada e o gasto com pagamento de aposentadorias e pensões;

.....

EMENDA Nº 11 – CAE

Dê-se ao inciso V do art. 19 a seguinte redação:

Art. 19.

V – saneamento básico financiado ou que vier a ser mantido com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos, ressalvado o disposto no inciso VI do art. 18;

EMENDA Nº 12 – CAE

Dê-se ao inciso VI do art. 19 a seguinte redação:

Art. 19.

VI – limpeza urbana e remoção de resíduos, ressalvada a remoção do lixo hospitalar;

EMENDA Nº 13 – CAE

Suprima-se o inciso X do art. 19.

EMENDA Nº 14 – CAE

Dê-se ao art. 33 a seguinte redação:

Art. 33. Revogam-se o art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o § 1º do art. 3º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

EMENDA Nº 15 – CAE

Suprima-se o parágrafo único do art. 7

EMENDA Nº 16 – CAE

Dê-se ao inciso II do art. 10 a seguinte redação:

II – as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício.

EMENDA Nº 17 – CAE

Dê-se ao art. 25 a seguinte redação:

Art. 25. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como nos relatórios a que se refere o art. 55 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

EMENDA Nº 18 – CAE

Dê-se ao art. 27 a seguinte redação:

Art. 27. A prestação de contas prevista no art. 26 conterá demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório de Gestão Fiscal, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

EMENDA Nº 19 – CAE

Dê-se ao § 1º do art. 31 a seguinte redação:

§ 1º O gestor do fundo de saúde de cada esfera de governo deverá submeter, até dez dias após o encerramento de cada quadrimestre, ao respectivo Conselho de Saúde, relatório consolidado contendo o resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde.

EMENDA Nº 20 – CAE

Dê-se ao § 2º do art. 31 a seguinte redação:

§ 2º O Conselho de Saúde deverá certificar, até trinta dias após o encerramento do quadrimestre, o cumprimento das disposições previstas nesta lei, com a finalidade de subsidiar a elaboração do demonstrativo das despesas com saúde que integrará o Relatório de Gestão Fiscal.

EMENDA Nº 21 – CAE

Dê-se ao *caput* do art. 12 a seguinte redação:

Art. 12. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração do percentual mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, ressalvada a parcela transferida aos Municípios pelos Estados, correspondente ao Fundo a que se refere o art. 60 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.

.....

EMENDA Nº 22 – CAE

Inclua-se o seguinte § 7º ao art. 10:

Art. 10.

.....

§ 7º Na eventualidade de aplicação em ações e serviços de saúde de valores abaixo do mínimo estipulado por esta Lei em um determinado exercício, a diferença entre o mínimo previsto e o valor efetivamente aplicado, em valores absolutos, deverá ser compensada nos exercícios subseqüentes, conforme disposto em regulamento, sem prejuízo da aplicação de sanções aos gestores, nos termos da legislação vigente.

EMENDA Nº 23 – CAE

Acrescentem-se os seguintes incisos ao art. 18 do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar:

Art. 18.

.....

XIII – ações de informação e educação para a saúde;

XIV – serviços de saúde penitenciários.

EMENDA Nº 24 - CAE

Acrescente-se o seguinte art. 32 ao Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar, renumerando-se os demais:

Art. 32. 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.

EMENDA Nº 25 – CAE

Dê-se ao art. 2º do Projeto de Lei do Senado nº 121, de 2007 – Complementar a seguinte redação:

“Art. 2º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao empenhado para essa finalidade no exercício financeiro anterior acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida entre os dois exercícios financeiros imediatamente anteriores ao que se refere a lei orçamentária.

§ 1º Quando oficialmente conhecido o valor estimado no *caput*, créditos adicionais deverão promover os ajustes correspondentes, nos termos do § 8º do art. 165 da Constituição Federal.

§ 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.”