March 12, 2012

[**LEI COMPLEMENTAR 141/2012: novo marco das transferências interfederativas no SUS**](http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/)

Lenir Santos[[1]](http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/#1) [[2]](http://blogs.bvsalud.org/ds/2012/03/12/lei-complementar-1412012-novo-marco-das-transferencias-interfederativas-no-sus/#1)

Em 16 de janeiro de 2012 foi editada, após nove anos tramitando no Congresso Nacional, a lei complementar 141 que 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.

A edição desta lei complementar estava prevista no art. 198, § 3º, da CF, introduzido pela EC 29, o qual determinava que lei complementar, reavaliada a cada cinco anos, deveria estabelecer os percentuais de receitas vinculados à saúde dos entes federativos, os critérios de rateio interfederativo e o controle e fiscalização dos recursos do SUS.

O § 4º do art. 77 do ADCT dispunha que na ausência da lei complementar, a partir do exercício financeiro de 2005, se aplicaria à União, aos estados, DF e municípios o disposto naquele artigo.
Durante todos esses anos – 2005 a 2012 – prevaleceram as disposições do art. 77 do ADCT, que doravante perde a sua eficácia por ter sido editada a lei complementar 141.

O que é importante destacar da lei complementar 141?

Primeiramente, trata-se de uma lei bastante complexa no tocante às questões orçamentário-financeiras, às transferências dos recursos entre os entes federativos, ao controle e fiscalização dos recursos do SUS.

Seus primeiros artigos definem o que são gastos com saúde no sentido de esclarecer quais as ações e serviços podem e não podem ser financiadas com os recursos da saúde, depositados nos fundos de saúde. Essas disposições são importantes para encerrar polêmicas existentes quanto à aplicação dos recursos da saúde em ações e serviços.

Outro destaque relevante são as vinculações de percentuais das receitas fiscais para serem aplicados com exclusividade na saúde: municípios, 15% de suas receitas; estados, 12% de suas receitas; e a União o valor do ano anterior acrescido da variação do PIB. Se acontecer de o PIB ter variação negativa em relação ao ano anterior, não se poderá reduzir o seu valor. Outro ponto é que os recursos da saúde não podem sofrer contingenciamento.

Todos os recursos da saúde deverão ser movimentados por meio de fundos de saúde e para os entes federativos receberem recursos transferidos por outro ente deverão contar com fundo, plano e conselho de saúde em funcionamento.

As transferências da União para os estados, DF e municípios devem observar os critérios da lei complementar, os do art. 35 da lei 8080, cabendo à CIT – Comissão Intergestores Tripartite definir a metodologia de cálculo, que deverá ser aprovada no Conselho Nacional de Saúde. Os valores dos recursos das transferências da União devem ser publicados anualmente.

A lei complementar também determina como devem ser a metodologia e os critérios de repasse dos recursos da União para os estados e municípios e dos estados para os municípios. Os critérios são os definidos na lei complementar e a metodologia deverá ser definida pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Os controles sobre o uso dos recursos serão dos conselhos de saúde e dos tribunais de contas, afora o controle específico do SUS, o Sistema Nacional de Auditoria.

No caso de utilização indevida dos recursos das transferências interfederativas, o ente federativo deverá repor os recursos aplicados indevidamente e reaplicá-los nas ações e serviços de saúde prejudicados. Em caso de malversação o ente responderá administrativa e penalmente, conforme a infração cometida, nos termos de leis específicas.

[1]

Coordenadora do Instituto de Direito Sanitário Aplicado – IDISA; Coordenadora do Curso de Especialização em Direito Sanitário da UNICAMP-IDISA; ex-procuradora da UNICAMP.
[2]Lenir Santos é a responsável pela concepção e elaboração do projeto do decreto para o Ministério da Saúde.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **http://conselho.saude.gov.br/img/conselho/banner_index.png** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| http://conselho.saude.gov.br/webec29/imagens/canto-esquerdo.gif | [Home](http://conselho.saude.gov.br/webec29/index.html) **|** [Tramitação](http://conselho.saude.gov.br/webec29/tramitacao_ec29.html) **|** [Perguntas e Respostas](http://conselho.saude.gov.br/webec29/perguntas_respostas.html) **|** [Entrevistas e Opiniões](http://conselho.saude.gov.br/webec29/entrevistas_opinioes.html) **|** [Fórum](http://200.214.130.94/forumconselho/) **|** [Notícias](http://conselho.saude.gov.br/webec29/noticias.html) **|** [Links](http://conselho.saude.gov.br/webec29/links.html) | http://conselho.saude.gov.br/webec29/imagens/canto-direito.gif |

 |

 |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| http://conselho.saude.gov.br/webec29/imagens/topo-box.gif |
|

|  |
| --- |
| PERGUNTAS E RESPOSTAS **I) O que é EC n.º 29?** Resposta: A Emenda Constitucional nº 29, aprovada em 2000, é uma importante conquista da sociedade para a consolidação do SUS, pois estabeleceu a vinculação de recursos nas três esferas de governo para um processo de financiamento mais estável do SUS, além de regulamentar a progressividade do IPTU, de reforçar o papel do controle e fiscalização dos Conselhos de Saúde e de prever sanções para o caso de descumprimento dos limites mínimos de aplicação em saúde.**II) Qual a importância da regulamentação da EC n.º 29?Resposta:** A regulamentação da EC n.º 29 será responsável pela definição do processo de financiamento da saúde pública brasileira, dando um fim à histórica instabilidade dos parâmetros sobre os gastos em saúde e que coloca em risco uma das maiores conquistas da sociedade brasileira, comprometendo a prestação de um serviço de qualidade e acessível a todos. Apesar da importância da EC n.º 29, a sua implementação tem gerado diferentes interpretações do que são despesas com ações e serviços públicos de saúde, além de não estarem contempladas no texto constitucional as fontes de recursos federais e a base de cálculo de forma adequada.**III) O que será definido como ação e gasto em saúde?Resposta:** A lei definirá como despesas com ações e serviços públicos de saúde, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde.**IV) O que serão consideradas como despesas e ações em saúde?****Resposta:** O projeto de lei 306-B define no Art. 3 as seguintes ações e despesas em saúde: **1)** Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária; **2)** Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; **3)** Capacitação de pessoal de saúde do SUS; **4)** Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovido por instituições do SUS; **5)** Produção, aquisição e distribuição de insumosespecíficos dos serviços de saúde do SUS, tais como imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos; **6)** saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e estejam de acordo com as diretrizes de demais determinações previstas em lei; **7)** saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos; **8)** manejo ambiental vinculado ao controle de vetores de doenças; **9)** investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde; **10)** remuneração do pessoal ativo da área de saúde, incluindo os encargos sociais; **11)** ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e **12)** gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.**V) O pagamento de aposentadorias, salários e pensões dos servidores da saúde é considerado ações e serviços de saúde?Resposta:** Não. Segundo o Art. 4ºdo projeto de lei 306-B também não são ações e serviços **Resposta: 1)** pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área; **2)** assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal; **3)** merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, exceto no caso de assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais; **4)** saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade; **5)** limpeza urbana e remoção de resíduos; **6)** preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais; **7)** ações de assistência social; **8)** obras de infra-estrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e **9)** ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo defina em lei ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde |

 |

 |

 |

## [Gilson Carvalho comenta sua trajetória e analisa situação do SUS](http://blogsaudebrasil.com.br/2011/10/25/gilson-carvalho-comenta-sua-trajetoria-e-analisa-situacao-do-sus/)

outubro 25, 2011 em Sem categoria por [Leonardo Savassi](http://blogsaudebrasil.com.br/membros/leosavassi/)

Veja a entrevista concedida ao Jornal do COSEMS/SP.

Do Blog do [COSEMS/SP](http://blogdocosemssp.blogspot.com/2011/10/jornal-do-cosemssp-edicao-de-outubro_21.html).

O especialista também comenta sobre a assinatura do Decreto nº 7508/11 e compara os investimentos na saúde do Brasil com outros países que possuem sistema universal de saúde

**JC – Há quantos anos o Senhor atua na saúde pública? E como consultor do CONASEMS?**
**Gilson Carvalho:** Trabalho com saúde pública oficialmente desde 1969, mas antes disto trabalhei com comunidade na área de saúde. Conto com cinquenta anos de saúde e 42 de saúde pública. Sou da leva do Movimento Municipalista da saúde da década de 70. Foi uma época que tínhamos um CONASEMS com Diretoria oculta. Desta época fazem parte o Nelsão (Nelson Rodrigues), o José Carlos Silva, o Márcio Almeida, o Tomazini. Fazíamos vários eventos, inclusive os primeiros congressos nacionais, mas tudo na informalidade, sem constituir Conselho nem Associação. Passei mergulhado em Saúde Pública de 83 a 88, mas em outra função, não a gestão Municipal, apoiando Municípios na área de Vigilância Epidemiológica. Voltei à Secretaria de Saúde em 89 e logo passei à diretoria do COSEMS/SP (como Secretários de Saúde de São José dos Campos) com a Cidinha (Aparecida Linhares Pimenta), depois Gastão (Gastão Wagner de Souza Campos), Davi Capistrano e finalmente exerci a Presidência em 1991. Neste meio tempo, estive metido informalmente no CONASEMS como apoio às questões de financiamento da saúde. Só fui oficialmente da diretoria em 1992. Depois estive no Ministério da Saúde entre 93 e 94 e já em 1995 assumi uma consultoria à distância no CONASEMS, de 95 a 98. Voltei à consultoria em 2006 e lá estou até hoje e não sei ainda por quanto tempo.

**JC – Atualmente, o SUS resguarda os direitos de universalidade, integralidade e equidade de seus usuários?**
**Gilson Carvalho:** Esta pergunta merece uma resposta clara e sucinta: mais do que antes e menos do que devia! Só quem acompanhou a construção deste sistema de saúde pode aquilatar o quanto andamos para frente. O quanto construímos de cidadania fazendo do cidadão antes indigente, um portador de direitos. Estamos “em obras” há vinte anos e ainda temos mais outro tanto para acabar esta construção da universalidade, integralidade e equidade. Se já melhoramos, acho que seremos capazes de melhorar ainda mais, mesmo que forças contrárias queiram sempre fazer com que não consigamos melhorar. O processo é lento e tenho sentido desânimo em muitos que puxavam a fila.

**JC – Na sua opinião, qual seria a saída para a melhoria da qualidade no atendimento e também para o financiamento do SUS?**
**Gilson Carvalho:** Dá uma boa tese! Sou daqueles que defendem que para a melhoria da qualidade depende menos de dinheiro e mais de uma postura dos profissionais e dos gestores. Poderíamos fazer melhor o que fazemos principalmente na qualidade da relação no atendimento o que, em absoluto, não depende de dinheiro. É postura. Compromisso do cidadão com a sociedade. Está faltando em todas as áreas, mas, na saúde, tem mais repercussão. Para o financiamento da saúde inventei uma Lei que denomino como Lei dos Cinco Mais: 1-Mais brasil; 2-Mais saúde – SUS; 3- Mais eficiência, 4- Mais honestidade e 5- Mais dinheiro.
Explicando: não se consegue melhor saúde sem mexer no Brasil injusto e iníquo (trabalho, salários, casa, comida, vestuário, esporte, lazer, educação, cultura, saneamento, meio ambiente).
Mais SUS: temos que seguir o modelo SUS que ainda não tiramos por inteiro e universalmente, do papel da Constituição Federal e Leis. Por exemplo: pensar em integralidade com ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.
Mais eficiência: estamos atrasados anos luz em gestão (público e privado
na área de saúde), administração financeira, de recursos humanos, de materiais, de transporte, de estrutura, de contratos-convênios, dentre outros.
Mais honestidade: que é igual a menos corrupção.
Mais dinheiro: o qual é demonstrável como necessário e imprescindível só trabalhando com o que gastam os planos de saúde no brasil e países do mundo.

**JC- Faz-se necessária a criação de um novo imposto para arrecadação de verbas à saúde pública do Brasil?**
**Gilson Carvalho:** Sou totalmente contra. Acho que podemos tirar mais recursos entre impostos e contribuições já existentes. Os Governos no Brasil não são confiáveis e historicamente usaram a saúde para pedir mais dinheiro à sociedade. E quando conseguiram, usaram este dinheiro para outras áreas. Os Governos e parlamentares de todos os partidos não são, em sua maioria, confiáveis e mudam de posição ideológica quando mudam de posição de poder. Basta ver as declarações deles nas últimas semanas.

**JC – A aprovação do texto da EC 29 é um marco para a saúde do País. Apesar da vitória na Câmara dos Deputados, não foi incluída a base de cálculo para a criação da Contribuição Social para a Saúde (CSS). De que maneira isso afeta o financiamento do SUS?**
**Gilson Carvalho:** Em termos. A EC-29 tinha como principal objetivo fixar quantitativos de recursos para cada esfera de governo. A proposta inicial foi em 1993 de Eduardo Jorge, deputado federal pelo Partido dos Trabalhadores e médico sanitarista de São Paulo. A proposta (PEC-169) defendia 30% do orçamento da seguridade social para a saúde e mais 10% dos recursos ficais da União, Estados e Municípios. Na discussão, as pessoas e muitos técnicos foram iludidos,pois enquanto defendiam a proposta do Eduardo Jorge, o Governo já havia modificado o texto original. No final, os números mostram que a EC-29 aprovada não guarda relação com a PEC-169 defendida. A União diminui sua responsabilidade a menos de 50% da proposta e o ano que mais investiu em saúde foi o de 1997, três anos antes da EC-29. Só em 2009 e 2010 recuperou aquele valor por alocação de dinheiro a mais devido ao H1N1. Para Estados e Municípios aumentou a contribuição. Estados tiveram uma majoração de 20% (de 10 para 12%) e Municípios de 50% (de 10 para 15%).

**JC – Quais seriam, em sua opinião, os valores ideias de repasse de verbas da União, Estados e Municípios, para plena sustentação do SUS em todo o País?**
**Gilson Carvalho:** Acho que para o começo a proposta aprovada no Senado é boa: União com 10% da receita corrente bruta, Estados com 12% de suas receitas e Municípios com 15%.

**JC – Comparado a outros países que possuem sistema universal de saúde, o investimento do Brasil, na saúde, é equivalente?**
**Gilson Carvalho:** O último dado disponível da Organização Municipal de Saúde (OMS), de 2008, cita que a média gasta pelos países do mundo com saúde pública é de 5,5% do Produto Interno Bruto (PIB). O PIB Brasil de 2010 foi de R$ 3,6 trilhões. Se aplicarmos a este PIB o percentual de 5,5% teremos o valor de R$ 198 bilhões. O Governo investiu, em 2010, apenas R$ 138 bilhões, restando R$ 60 bilhões de diferença comparando com outros países.
Já o gasto com saúde por habitante, segundo a OMS, países de maior renda mundial gastaram US$ 2.589,00 por habitante. Se usado o mesmo valor, o Brasil deveria ter gasto, em 2010, R$ 749 bilhões e só investiu R$ 138 bi. Nessa comparação, a saúde brasileira precisaria de mais R$ 604 bilhões. Países da Europa, em 2008, gastaram, em média, US$ 1.520,00 por habitante. Sendo assim, em 2010, o Brasil deveria ter gasto R$ 435 bilhões, uma diferença de 297 dos R$ 138 bi que foram investidos. Nos países das Américas, o gasto médio com saúde, em 2008, foi de US$ 1.484 por habitante. Caso o Governo brasileiro utilizasse o mesmo valor, gastaria, em 2010, R$ 425 bilhões, faltando 287 em comparação aos R$ 138 bilhões investidos.

**JC – Com relação ao Estado de São Paulo, qual sua opinião sobre a Lei Complementar nº 1.313/10, mais conhecida como ‘Lei da Dupla Porta’, e a tentativa do Governo do Estado em suspender a liminar que derrubou, em agosto deste ano, a referida Lei?**
**Gilson Carvalho:** Sou daqueles que vem denunciando isto há mais de 20 anos com a dupla porta do Incor, Hospital das Clínicas de SP, Hospital Regional do Vale do Paraíba. Como poucos reagiram a isto, a audácia foi grande do José Serra quando pediu a parlamentares de sua base que apresentasse a proposta de estender isto a outros muitos hospitais. Devido a sua candidatura à Presidência, o projeto foi retirado, mas assim que perdeu a eleição, o Governador substituto mandou novamente o projeto e teve, com o rolo compressor, a aprovação. Desde a primeira proposta manifestei-me contra. Fiz parte do grupo que ajudou a construir a ação para acatamento do Ministério Público Estadual (MPE), que esperou o Decreto e a Resolução que indicavam onde seriam implantados. Aí o MPE entrou na justiça, e para surpresa geral, ganhamos a liminar. Para maior espanto, nessas últimas semanas ainda não caiu a liminar. Estamos na expectativa.
É uma vergonha como hospitais públicos, com equipamentos públicos,
possam contrariar por Lei a Constituição de São Paulo, que determina
a gratuidade dos serviços de saúde.

**JC – Portarias pactuadas com o Ministério da Saúde como a do SAMU, da Assistência Domiciliar e da Saúde da Família com diferentes condições de carga horária médica, representam avanços para a saúde pública?**
**Gilson Carvalho:** Sou totalmente a favor da flexibilização da carga horária adequada a tempo e lugar. O errado seria num País continental como o nosso, com iníqua distribuição de renda e de profissionais de saúde, que fizessem a regra única. Não adianta fingir que não estamos vendo o que acontece.

**JC – O senhor acredita que nos últimos anos houve uma evolução nas discussões e pactuações entre os órgãos gestores da saúde pública, nas três esferas governamentais?**
**Gilson Carvalho:** Sou daqueles que discuto o pacto tripartite à luz de uma tirania da esfera que é detentora do dinheiro. Pactua-se tudo que a esfera que tem dinheiro assim quer e assim decide.

**JC – Qual a importância da assinatura do Decreto nº 7.508/11, realizada pela Presidenta Dilma Rousseff? O que muda na prática?**
**Gilson Carvalho:** Tive o privilégio de acompanhar este Decreto desde sua concepção pela Lenir Santos, advogada sanitarista. Mais tarde foram ouvidos membros da direção do Ministério da Saúde, CONASS, CONASEMS e alguns técnicos, cujas críticas e sugestões foram incorporadas por ela. Lenir já vinha, desde anos atrás, mais intensamente a partir de 2005, elucubrando algumas teses sobre o SUS. É muito cedo para uma avaliação mais profunda do Decreto. Demos um passo à frente com atraso de 20 anos. Não é perfeito e nem é completo. Muitos perguntarão por que mais normas se já foram feitas várias, inclusive as mais recentes do Pacto com objetivos, metas e indicadores?
O Decreto é muito maior, mais abrangente e mais eficaz que todas as normas que até hoje foram feitas e é um aperfeiçoamento do sistema, tanto pela sua abrangência como seu nível hierárquico na legislação. O Decreto não é a salvação do SUS. Sempre resumo no final que vida e saúde são esforços que demandam melhor cumprimento do sistema de saúde já definido, mais eficiência em sua execução, vedando-se os caminhos errados do mau uso e da corrupção e também é necessário mais dinheiro. Mais um instrumento do SUS de busca de vida-saúde para as pessoas, com qualidade, o que depende de muitas questões e de muitas pessoas