

R$

FINANCIAMENTO DO SUS

AGENDA LEGISLATIVA PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

ABRASCO

OBSERVATÓRIO DO SUS | ENSP FIOCRUZ

ENSP

FIOCRUZ

FINANCIAMENTO DO SUS

AGENDA LEGISLATIVA PARA O FORTALECIMENTO DO SUS

2026

FICHA CATALOGRÁFICA

Catalogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

M528f Melo, Mariana Alves.
Financiamento do SUS: agenda legislativa para o fortalecimento do SUS / Mariana Alves Melo e Francisco Rózsa Funcia. – Rio de Janeiro : Abrasco, Observatório do SUS, ENSP, Fiocruz, 2026.
63 p. : il. color. ; PDF ; 16.917 kb

ISBN: 978-85-9511-055-7
Inclui Bibliografia.

1. Financiamento do SUS. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Política de Saúde. 4 Saúde Pública. 5. Economia da Saúde. 6. Planejamento em Saúde. I. Funcia, Francisco Rózsa. II. Título.

CDD - 23.ed. – 338.433621

Coordenação Geral

Eduardo Alves Melo
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

Rômulo Paes de Sousa
Abrasco

Coordenação Executiva

André Schimidt da Silva
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

Rodrigo Neves A. de Souza
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

Autores – Relatório Financiamento do SUS

Mariana Alves Melo
ABrES

Francisco Rózsa Funcia
ABrES

Participantes da Oficina para Análise Participativa

Adelyne Mendes Pereira
ENSP/Fiocruz

Americo Mendes Junior
ASPAR/MS

Ana Cassia Cople Ferreira
SEMS-RJ/MS

Anamaria Carvalho Schneider
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

André Peres Barbosa de Castro
DEGERTS/SGTES/MS

André Schmidt da Silva
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

Carla Rocha Pereira
ENSP/Fiocruz

Celita Almeida Rosário
ENSP/Fiocruz

Carmen E. Leitão Araujo
UFC

Fábio de Barros Correia Gomes
Consultoria Legislativa/Câmara dos Deputados

Fátima Ali
CGAI/DGIP/SE/MS

Felipe de Oliveira Cavalcanti
Consultoria Legislativa/Senado Federal

Fernando Antônio Gomes Leles
OPAS

Francisco R. Funcia
ABrES

Ivan Osmo Mardegan
ASPAR/MS

Laíse Rezende de Andrade
ISC/UFBA

Liana Carlan Padilha
Observatório de Recursos Humanos Estação UFRN

Luciana Dias de Lima
ENSP/Fiocruz

Maia Fernanda Cruz Coutinho
ENSP/Fiocruz

Maria Helena Machado
ENSP/Fiocruz

Maria Silvia Fruet
OPAS

Mariana Alves Melo
ABrES

Mariana Vercese de Albuquerque
ENSP/Fiocruz

Max Felipe Viana
ENSP/Fiocruz

Mônica Geovanini
ASPAR/Fiocruz

Paulo Mayall Guilayn
DEGERTS/SGTES/MS

Rodrigo Neves A. de Souza
ENSP/Fiocruz

Tatiana Wargas de Faria Baptista
IFF/Fiocruz

Thathiana Gurgel Borrel
VDEGS/ENSP/Fiocruz

Coordenação Editorial

Julia da Matta
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

Direção de Arte

Lucas Moratelli
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

Design

Gabriela Barbalho
Observatório do SUS/ENSP/Fiocruz

APRESENTAÇÃO

Este relatório é um dos resultados do projeto **Agenda Legislativa para o Fortalecimento do SUS**, desenvolvido pelo **Observatório do SUS da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz)**, por meio de sua Vice-Direção de Escola de Governo em Saúde, em parceria com a **Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO)** e financiado com recursos de emenda parlamentar da deputada Ana Pimentel (PT-MG).

O projeto teve como objetivo principal **contribuir com uma agenda legislativa para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde,** por meio da **produção de subsídios** para discussões e deliberações parlamentares formulados a partir da **mobilização de atores-chave**, **promoção de debates** e elaboração de **materiais técnicos**, como o presente relatório. O ponto de partida foi a identificação de **iniciativas legislativas que podem fortalecer ou que representam ameaças ao desenvolvimento do SUS e ao direito à saúde.**

O recorte inicial para a identificação das matérias legislativas que foram levantadas, sistematizadas e analisadas foi a seleção de **três desafios estruturais do SUS** em oficina com atores-chave realizada em 13/02/2025: **financiamento**; **regionalização e atenção especializada**; e **gestão do trabalho e da educação na saúde.**

Este relatório é dedicado ao desafio do **Financiamento do SUS** e foi elaborado pelos especialistas Mariana Alves Melo e Francisco Funcia da Associação Brasileira de Economia da Saúde.

Os resultados preliminares foram discutidos em oficina de análise participativa do material, envolvendo especialistas da **ENSP/Fiocruz, Abrasco, UFC, UFRN, IFF/Fiocruz, UFBA**, profissionais do **Ministério da Saúde**, assessorias parlamentares, e consultores legislativos da Câmara dos Deputados e do **Congresso Nacional**, realizada em 09/02/2026.

Espera-se que este relatório contribua para a **mobilização de amplo debate**, envolvendo, não apenas os **poderes Legislativo e Executivo,** como também a **sociedade civil**, o **controle social**, a **comunidade acadêmica** e **instituições e movimentos da Saúde Coletiva/Pública,** acerca de potenciais **benefícios** e **riscos** das proposições em tramitação no Congresso Nacional, bem como a identificação de **lacunas legislativas** e **oportunidades de incidência política em defesa do SUS.**

Eduardo Alves Melo
Coordenador do Observatório do SUS
Vice-Diretor da Escola de Governo em Saúde
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Fiocruz

Rômulo Paes de Souza
Presidente
Associação Brasileira de Saúde Coletiva
Abrasco

DESTAQUES DO RELATÓRIO

- Foram analisadas vinte proposições legislativas, que permitiram identificar quatro ênfases principais: **emendas parlamentares; orçamento federal; relações público-privado; e fonte de recursos.**

- As **emendas parlamentares** favorecem a corrosão das competências dos espaços de pactuação interfederativa e participação social do SUS e diminuem a capacidade do Executivo para implementar novas políticas nacionais, criando obstáculos à implementação dos princípios do sistema, especialmente o da equidade. A dinâmica de financiamento via emenda parlamentar se distancia do objetivo legal de mitigar as disparidades regionais (Lei federal nº 141/2012) e **fragiliza o planejamento, a gestão e a coordenação das políticas nacionais de saúde**.

- As proposições legislativas relacionadas ao **orçamento federal** buscam alterar a forma como se dá o gasto de recursos no SUS, por meio de mudanças no regramento de sua execução, propondo alteração da base temporal para apuração do percentual mínimo de aplicação com ações e serviços públicos de saúde, a criação de limite para inscrição em restos a pagar com recursos vinculados do SUS, e a desvinculação dos repasses do Ministério da Saúde para qualquer área da administração pública municipal. Tais proposições tangenciam o problema central de subfinanciamento crônico do sistema gerando graves riscos de **instabilidade na aplicação dos recursos, atraso de repasses de fundos públicos e crise de sustentabilidade econômica da administração municipal.**

- As proposições relacionadas às **relações público-privado** abrangeram uma gama diversificada de peças com temas que vão desde o veto à terceirização de serviços diagnósticos em unidades hospitalares públicas e filantrópicas até a possibilidade de transferência direta de recursos do Fundo Nacional de Saúde para Santas Casas e instituições filantrópicas, ou ainda a criação de incentivo (via flexibilização dos arranjos licitatórios às indústrias nacionais produtoras de itens essenciais ao SUS). No entanto, destacam-se pela quantidade, as propostas relacionadas à relação entre o SUS e as organizações sociais da saúde.

- Em um contexto de recursos insuficientes para a garantia do direito universal à saúde, proliferam proposições legislativas que procuram, de maneira fragmentada, realizar aportes das mais diversas **fontes de recursos** ao SUS. As propostas analisadas incluíram destinar parte dos recursos arrecadados com a cobrança de multas de trânsito ao financiamento de hospitais, suprir o gasto público no atendimento às vítimas de evento que resulte em danos à saúde da coletividade com recurso de multas, e criação de fundo de enfrentamento às pandemias e epidemias. No entanto, nenhuma das proposituras busca o incremento real e significativo ao Piso Federal do SUS para que fosse possível ampliar o gasto público e equipará-lo aos parâmetros internacionais.

SUMÁRIO

I. Introdução

II. Proposições Legislativas

a. Emendas parlamentares

b. Orçamento federal

c. Relações Público-Privado

d. Fontes de recursos

III. Comentário – Oficina de análise participativa

IV. Pontos de Atenção e Recomendações

Apêndice: Lista de proposições legislativas analisadas

I. INTRODUÇÃO

O financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) é marcado, historicamente, por um quadro de subfinanciamento crônico, agravado no período de 2018 a 2022 pelo desfinanciamento provocado pela instituição do teto de gastos pela Emenda Constitucional 95/2016. Esse contexto implicou restrições significativas à expansão dos recursos públicos destinados à saúde e ainda que medidas posteriores, como a Emenda Constitucional 126/2022 (PEC da Transição) e o Novo Arcabouço Fiscal instituído pela Lei Complementar 200/2023, tenham buscado mitigar parcialmente essas limitações, seus efeitos sobre a recomposição estável e suficiente do financiamento do SUS permanecem em disputa.

Paralelamente, observa-se, a partir de 2014, uma crescente participação das emendas parlamentares na composição do piso federal da saúde. Esse movimento introduziu novas dinâmicas na alocação orçamentária, que têm sido acompanhadas por desafios relevantes, incluindo a redução da rastreabilidade e da transparência, além da ampliação das finalidades de aplicação, o que pode comprometer a coerência com o planejamento ascendente estabelecido no SUS.

Tais elementos ajudam a configurar o cenário atual, que motivou o **levantamento das matérias legislativas.** O recorte inicial para a construção deste levantamento, que envolveu projetos de lei - PL, projetos de emenda à constituição - PEC, requerimentos - REQ, sugestão de emenda ao orçamento - SOR, entre outros, foi a escolha de uma comissão por casa legislativa para ser mapeada.

Considerou-se, assim, as matérias aprovadas e em tramitação na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados e na Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal. Ademais, foram realizadas consultas a atores-chave para identificação de possíveis lacunas na coleta do material.

O levantamento foi realizado por meio de consultas aos sites da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados (https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf) e da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (https://legis.senado.leg.br/atividade/comissoes/comissao/40/) entre os meses de março a agosto de 2025, compreendendo proposições legislativas do período de 2019 a 2025.

Este relatório se dedica à análise de vinte proposições legislativas, que incidem sobre quatro temáticas: emendas parlamentares (6); orçamento federal (3); relações público-privado (8); e fonte de recursos (3).

II. PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS

a. EMENDAS PARLAMENTARES

1. Proposição legislativa: Propostas de Emendas Parlamentares da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados aprovadas para a destinação em 2025.

Quadro 1 – Identificação das proposições legislativas

Número / Link de consulta	Link: https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/outros-documentos/emendas-ldo-e-loa
Autoria	Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados.
Relatoria	Não se aplica.
Matéria	Determina finalidade e natureza de despesa para destinação dos recursos de Emendas Parlamentares Coletivas para 2025 – Comissão Saúde da Câmara dos Deputados.
Situação	Conjunto de propostas de emendas orçamentárias da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputadas aprovado.
Principais Alterações	Cinco proposições legislativas de emendas orçamentárias: 1) Estruturação das redes de serviço de atenção primária à saúde e saúde bucal R$100.000.000,00. Transferência a municípios – fundo a fundo. 2) Saúde digital R$70.000.000,00 – Implantação, desenvolvimento e manutenção de saúde digital, telessaúde e inovação no SUS. Aplicações diretas. 3) Estruturação dos serviços de hematologia e hemoterapia R$25.000.000,00. Transferência a estados e distrito federal, fundo a fundo. 4) Custeio da atenção primária à saúde, Estruturação de unidades de atenção especializada à saúde e Custeio de assistência ambulatorial e hospitalar, cada uma com acréscimo de R$5.000.000,00. Transferência a estados, distrito federal e municípios – fundo a fundo. 5) Fortalecimento do sistema nacional de vigilância em saúde e ambiente R$2.000.000,00. Aplicações diretas.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Determinar finalidade e natureza de despesa para destinação dos recursos de Emendas Parlamentares Coletivas para 2025 da Comissão Saúde da Câmara dos Deputados.

Contexto e Motivação: No período recente, especialmente a partir de 2014, a destinação por Emendas Parlamentares vem ocupando cada vez maiores parcelas do piso federal do SUS. O fato é que a destinação por Emenda Parlamentar no bojo do Orçamento Público está prevista na Constituição Federal de 1988 delimitada a algumas finalidades e situações. No entanto, historicamente, e de maneira mais imperativa no período recente, a destinação parlamentar vem perdendo contornos rígidos e ampliando seus impactos sobre o processo de formulação das políticas públicas. Este processo é caracterizado pela ampliação do volume e das classificações sob a tutela de "impositividade de execução", "automatização" das possibilidades de transferências aos entes subnacionais, diminuição da rastreabilidade/transparência e, pelo aumento da abrangência de finalidades de aplicação.

Fragilidades e Limites: O observado processo de desregulamentação, flexibilização e crescimento representativo da destinação parlamentar no orçamento público no SUS, vem enfraquecendo os alicerces do SUS, corroendo as competências dos espaços de pactuação interfederativa e participação social, diminuindo a capacidade do executivo implementar novas políticas nacionais e criando novos obstáculos à implementação dos princípios do sistema, especialmente da equidade. Isto porque, estes recursos ao caminharem ao largo do regramento do processo de financiamento e da estrutura organizativa do SUS, não podem alcançar o objetivo de mitigar as disparidades regionais conforme disposto na Lei Complementar Federal nº 141/2012 (LC141/2012), ao contrário, corroboram para ampliar a captura do fundo público pela lógica clientelista da casa legislativa fortalecida frente ao deslocamento do processo de planejamento e coordenação das políticas nacionais de saúde.

Recomendações ao Legislativo: Adequar as normativas do processo de definição da destinação de emendas parlamentares impositivas ao processo de planejamento do SUS, perseguindo os critérios de distribuição dos recursos e com publicação anual dos valores previstos a cada um dos entes federativos tais como dispõe o Artigo 17 da LC 141/2012, criando-se um limite máximo percentual ao Piso Federal do SUS que não ultrapasse 10% dos recursos.

Pontos de Atenção ao Executivo: Estabelecer no processo de elaboração das peças orçamentárias os programas prioritários que podem ser tomados como destinação de finalidade e natureza de despesa à luz da estruturação do gasto em saúde tal como determina a LC 141/2012. Publicizar anualmente, tal como prevê o artigo 17 da LC 141/2012, os valores previstos a cada um dos entes federativos.

Oportunidades de incidência: Dada a conjuntura de crônico subfinanciamento do SUS, a destinação de emendas parlamentares federais deveria representar uma adição de recursos ao Piso Federal, sem que, no entanto, fossem descumpridas das normativas estruturais das políticas nacionais.

Faz-se necessário que a estimativa da destinação parlamentar por ente federativo seja elaborada juntamente com as peças orçamentárias. No entanto, a partir do que dispôs o Supremo Tribunal Federal (STF) sobre a matéria, o processo de captação e execução de tais recursos ganhou novos requisitos para o exercício de 2025. Sob efeito da Lei Complementar Federal nº210/2024, que visa garantir maior transparência, rastreabilidade e adequação ao processo orçamentário público, a partir de 2025, o processo de captação e execução dos recursos de emendas parlamentares federais ganhou os seguintes novos requisitos:

- Definição normativa específicas por tipologia de emenda;
- Intersecção com os instrumentos de planejamento do SUS e peças orçamentárias;
- Contas Bancárias Específicas (uma para cada emenda);
- Elaboração de Plano de trabalho (finalidade e natureza de despesa);
- Não aglutinação de recursos de propostas diferentes;
- Requisito Deliberação CIB para todas as modalidades, após aprovação técnica do Ministério da Saúde;

Assim sendo o conjunto de finalidades da destinação parlamentar acima mencionada possui lastro com as políticas prioritárias do Ministério da Saúde e serão executadas conforme novo rito processual. No entanto, apesar da aproximação ao processo de planejamento previsto no SUS (LC 141/2012) estabelecido pelo movimento positivo do STF, as características da destinação parlamentar ainda contribuem com a ampliação das dificuldades da execução orçamentária e financeira dos recursos pelos entes subnacionais. Isto porque são recursos pontuais, não previstos nos instrumentos de planejamento do SUS e nas programações orçamentárias, que ora são destinados a objetos específicos eleitos pela lógica parlamentar, ora não aplicáveis à maior pressão de gasto das redes de saúde (despesa com pessoal) dada a vedação constitucional (emendas individuais) e muitas vezes destinados diretamente à prestadores do SUS, via intermediação dos Fundos Municipais e Estaduais. Uma das consequências menos explorada é o esvaziamento dos espaços de pactuação interfederativa e de participação social, através do fomento de uma lógica perversa que captura a gestão num ciclo de busca permanente dos recursos através de articulação com o Congresso Nacional. Isto porque, é um recurso pontual e finito. Portanto, é incompatível tanto com a necessidade de adequação das redes à demanda crescente sobre o sistema não coberta pelo cofinanciamento federal congelado, como em relação à demanda orçamentária dos municípios que é majoritariamente por recursos regulares e permanentes (impacto % despesa com pessoal) para cofinanciamento das despesas correntes de manutenção das redes de saúde, dada a conjuntura de subfinanciamento do sistema.

2. Proposição: Projeto de Resolução do Congresso Nacional (PRN) - 03/2025.

Quadro 2 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PRN 03/2019 Link: https://www.congressonacional.leg.br/materias/pesquisa/-/materia/169096
Autoria	Mesas do Senado Federal e da Câmara dos Deputados
Relatoria	Senador Davi Alcolumbre (UNIÃO-AP)
Matéria	Altera disposições da Resolução nº 1, de 2006-CN, para aprimorar o rito de apresentação e de indicação de emendas parlamentares às leis orçamentárias.
Situação	Tramitação Encerrada – transformada em norma jurídica
Principais Alterações	Resolução nº 1, de 2006-CN

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos centrais: Dentre outras alterações, a propositura do PRN altera as regras para apresentação e execução de emendas parlamentares às leis orçamentárias. As novas normas trazem mudanças importantes especialmente no que diz respeito ao uso dos recursos para despesas com pessoal na área da saúde, variando conforme o tipo de emenda: artigo 44 Emendas de Comissão e Artigo 47 Emendas de Bancada, permite-se o uso de recursos deste tipo de emenda quando destinados para APS e MAC via transferências automáticas e regulares para pagamento de despesas com pessoal ativo da saúde, desde que os profissionais atuem diretamente na assistência e com responsabilidade de gestão financeira anual para não comprometer a continuidade dos serviços; Artigo 50 Emendas Individuais, mantém-se a vedação expressa ao uso dos recursos para custeio de despesas

com pessoal e encargos sociais, tanto para ativos quanto para inativos e pensionistas, conforme já estabelecido na Constituição. Além dessas alterações, a resolução traz novas exigências para indicação de entidades privadas como beneficiárias de emendas, com critérios de regularidade fiscal, capacidade técnica, operacional e transparência pública. As mudanças já estão em vigor e exigem atenção redobrada dos municípios na pactuação e execução dos recursos orçamentários de emendas.

Contexto e Motivação: O subfinanciamento crônico do SUS, e o recente período de desfinanciamento, foram marcados por um agigantamento da destinação dos recursos do piso federal via parlamento. Há época da vigência da EC 95/2016 (Teto de Gastos) alguns autores observaram fenômeno intitulado como um período de "austeridade fiscal seletiva", dado que os recursos de destinação parlamentar cresciam aceleradamente a partir do consumo dos regulares do sistema para o financiamento das políticas e programas nacionais. Fato é que a insuficiência de recursos do SUS frente às necessidades de saúde pressionou a agenda política no sentido da ampliação acelerada dos recursos para as despesas de custeio. No entanto, dada a previsão constitucional, é vedada a aplicação em despesas de pessoal às emendas individuais impositivas, e por despachos do Tribunal de Contas da União, os gestores do SUS passaram a não aplicar neste tipo de despesa os recursos das demais tipologias de emendas. No entanto, a despesa de pessoal é protagonista na maior parte das redes de saúde locais, de maneira que a agenda política passou a voltar-se para este tipo de "necessidade de aplicação".

Fragilidades e Limites: A vedação constitucional para aplicação com despesas de pessoal recai sobre as emendas individuais impositivas. A referida Resolução do Congresso Nacional abriu possibilidades para a aplicação em despesas com pessoal às emendas coletivas. No entanto, parte desta tipologia de emenda também são de destinação impositiva, o que gera uma celeuma normativa. Ademais, há uma inadequação entre a natureza da fonte e da despesa. Isto porque as despesas com pessoal são de natureza regular e apresentam um crescimento natural. De tal maneira, ampliar o cofinanciamento federal do SUS via destinação parlamentar, especialmente aplicável às despesas de pessoal, gerará problemas de sustentabilidade das redes de saúde dos entes subnacionais.

Recomendações ao Legislativo: Dado que o PRN já se transformou em norma jurídica, de maneira que se considerou possível aplicar recursos de emendas federais coletivas à despesa com pessoal, o parlamento poderia envidar esforços para que, aplicando o mesmo entendimento jurídico, as emendas observassem os critérios de distribuição dos recursos e processo de planejamento impetrados pela Lei Complementar nº 141, de 2012.

Pontos de Atenção ao Executivo: Tal propositura ampliará as possibilidades de aplicação das emendas parlamentares o que fortalecerá a atuação legislativa no setor saúde, no sentido de ampliar o consumo do Piso Federal do SUS pela destinação parlamentar. A ampliação de volume, finalidade e natureza de despesa das emendas parlamentares ampliarão a iniquidade na distribuição dos recursos, poderá haver diminuição da transparência e rastreabilidade dos recursos que consomem o Piso Federal do SUS, gerará riscos à sustentabilidade das redes locais de saúde, enfraquecimento dos espaços de pactuação interfederativa e de participação social, tal como diminuirá a capacidade do Executivo de implementar as Políticas Nacionais. Além disso, trata-se de procedimento que desrespeita o processo de planejamento ascendente do SUS estabelecido pela Lei Complementar nº 141, de 2012.

Oportunidades de Incidência: O campo da Saúde Coletiva poderia fomentar debate nacional, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, entidades da Reforma Sanitária, gestores e trabalhadores do SUS acerca dos efeitos das emendas parlamentares no SUS. Hoje já é vasta a produção acadêmica sobre o tema. No entanto, o debate ainda não é capilarizado ou acessível (necessidade de aprimoramento das estratégias de comunicação em saúde) à grande parte dos atores do sistema.

II.b. ORÇAMENTO

3. Proposição legislativa: PLC 24/2019

Quadro 3 – Identificação da proposição legislativa

Número / link consulta	PLC 24/2019 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/135209
Autoria	Senador Jorginho Mello(PL-SC).
Relatoria	Senador Humberto Costa (PT-PE) - Atual
Matéria	Altera a base temporal, de "anual" para "mensal", da aplicação mínima com despesas com ações e serviços públicos de saúde calculada com base nas transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados para estados, municípios e o Distrito Federal. Sendo proposto 1% ao mês aos Estados e Distrito Federal e 1,25% ao mês aos municípios e Distrito Federal. Não há propositura de alteração da base de receitas do cálculo da aplicação mínima em saúde.
Situação	Matéria com a Relatoria da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).
Principais Alterações	Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012; Lei Federal nº 8.080 de 19 de setembro de 1990; e Lei Federal nº 8.689, de 27 de julho de 1993.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: A proposta visa alterar a base temporal (de anual para mensal) do percentual mínimo de aplicação em saúde via transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados de estados, municípios e Distrito Federal previsto na Lei Complementar nº 141/2012, particionando (por divisão simples) os percentuais hoje estabelecidos por força da referida lei, de modo a requer a aplicação de 1% ao mês aos Estados e Distrito Federal, e 1,25% ao mês aos municípios e Distrito Federal.

Contexto e Motivação: Segundo o autor, o setor saúde prejudica-se pela instabilidade no provimento ideal dos recursos necessários para sustentar a oferta de ações e serviços públicos de saúde programados pelos entes

da federação. Garantir que os recursos sejam executados de forma mais constante ao longo do ano objetiva maior controle e regularidade no uso do dinheiro da saúde, evitando gastos apressados e mal planejados no final do ano, otimizar a oferta de ações e serviços públicos de saúde, reduzir erros e desperdícios, inferir uma administração mais cuidadosa e contínua dos recursos, buscar maior estabilidade das políticas e programas do SUS, evitando crises causadas por irregularidade na disponibilização dos recursos ao longo do exercício.

Fragilidades e Limites: O exercício orçamentário é anual, assim como prevê Constituição Federal de 1988, no Artigo 165, inciso III, e reforça a Lei Federal nº 4.320/1964. O cálculo da aplicação em despesas com ações e serviços públicos de saúde via transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados determinado pela LC 141/2012 considera as despesas empenhadas, liquidadas e os restos a pagar não liquidados, desde que haja disponibilidade de caixa no final do exercício. De modo que, assim como prevê o Decreto Presidencial 7.508/2011 e a própria LC 141/2012, os instrumentos de planejamento do SUS, tem correspondência, em período de vigência e prazos de elaboração, com os instrumentos da programação orçamentária. Dado princípio da anualidade as diferentes despesas públicas são executadas de diferentes formas, inclusive, a partir dos diferentes mecanismos de contratualização/execução e seu reflexo sobre a dinâmica da despesa pública. Isto significa, por exemplo, que a partir da programação orçamentária, e a correlata aferição da realização financeira das receitas, as despesas com ações e serviços públicos de saúde podem ser empenhadas de maneira estimativa para o ano como um todo (como é o caso de serviços de terceiros ou folha de pessoal da administração direta) ou pontualmente, como no caso das Atas de Registro Preços utilizadas para a aquisição de insumos, assim como ordena a Lei Federal nº 14.133/2021 (nova lei de licitações públicas). Tal base normativa pode resultar em diferentes percentuais de aplicação nos meses do exercício, dado reflexo do necessário processo de aferição da realização financeira das receitas (nem todas de periodicidade mensal) e diferentes mecanismos de contratualização/execução. De modo que a proposta do PLC se choca com o regramento normativo do orçamento público legalmente estabelecido. Mais além, dada a dinâmica heterogênea de realização das receitas de transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados, e o próprio cálculo percentual proposto inferir um resultado composto por participação direta da mesma base de receitas previstas nos incisos constitucionais, os percentuais anuais previstos por ente da federação devem se alterar.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar a propositura do referido PLC. O parlamento poderia movimentar-se de modo a propor ajuste ao Novo Regime Fiscal estabelecido pela Lei Complementar nº 200/2023 (LC 200/2023) de modo a garantir a aplicação do Piso Federal do SUS, mesmo que expresse variação anual superior a 2,5%, e ampliar o Piso Federal a partir de adoção de parâmetros anticíclicos, ampliação do gasto público frente ao crescimento historicamente inferido acelerado do gasto privado e precavendo recursos adequados à transição da pirâmide etária (Propositura do documento: Nova política de Financiamento do SUS – ABrES, 2022).

Pontos de Atenção ao Executivo: Caso seja homologada a propositura será necessária uma remodelação não apenas do ordenamento legal do processo de execução do orçamento público, como do processo de controle e aferição da aplicação mínima em saúde por estados, municípios e Distrito Federal. Este reordenamento terá reflexos no processo de inscrição e declaração das despesas dos entes relacionados com ações e serviços públicos de saúde que atualmente é bimestral e acumulativo através do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS). Tal como alteração no processo de controle externo exercido por parte do Tribunal de Contas com jurisdição em cada ente da Federação, tal como também prevê a Lei Complementar nº141/2012. Com a alteração proposta pelo PLC, estados, municípios e Distrito Federal deverão perseguir o percentual mínimo de aplicação com ações e serviços públicos de saúde mensalmente o que provavelmente recairá em pressões extras sobre a despesa pública programada, com possível ampliação do gasto em saúde dos entes. No entanto, cabe destacar que, diferentemente dos estados, a média de aplicação do conjunto dos municípios brasileiros já é próxima ao dobro do mínimo previsto em lei (atualmente acima dos 25%, enquanto o mínimo é de 15%). De modo que, para esfera municipal, que atualmente arca com aproximadamente 32% das despesas do SUS (ficando atrás apenas da União), os efeitos sobre a ampliação das despesas com saúde sejam reduzidos ou até mesmo inexistentes, recaindo com mais probabilidade aos estados.

Oportunidades de Incidência: O fato é que a propositura de alteração da aplicação do mínimo em saúde para a base mensal force um reordenamento apenas da dinâmica orçamentária e instrumentos de aquisição, isto porque a instabilidade na oferta de ações e serviços públicos tem como variáveis protagonistas: o subfinanciamento crônico do sistema (e recente perío-

do de desfinanciamento dado o efeito do "Teto de Gastos" da EC 95/2016 que teve efeitos durante os exercícios de 2018 a 2022); e, a manutenção da centralização do sistema de tributação brasileiro e paralela descentralização da responsabilidade de oferta ao conjunto de municípios, que sobrecarregou a esfera municipal e encontra limites à sua necessária expansão. Dado o atual regramento de aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde com recursos de transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados para cada ente da federação definido pela Lei Complementar nº 141/2012, que ratificou os percentuais já estabelecidos pela EC nº 29/2000, e a atual repartição das despesas do SUS expressa pela média de aplicação das gestões municipais e estaduais, uma oportunidade seria a alteração da propositura do PLC de modo que se propusesse ampliar o percentual mínimo de aplicação dos estados, municípios e distrito federal, aproximando o patamar à já observada aplicação média da gestão municipal (precavendo pressões ainda maiores para estes entes que tem baixa capacidade de arrecadação) e ampliando o percentual ao conjunto de estados que atualmente, em média, aplicam próximo do mínimo (12%), uma vez que esta esfera tem capacidade de arrecadação superior ao conjunto de municípios. A ampliação da aplicação da União é igualmente necessária e fundamental, visto que a instituição do novo regime fiscal (Lei Complementar nº 200/2023) deu vigência novamente ao regramento anterior (EC 86/2015), de modo que voltamos no SUS aos idos do subfinanciamento. No entanto, a ampliação do piso federal deve ser tratada via Emenda Constitucional.

4. Proposição legislativa: PLC 136/2019

Quadro 4 – Identificação da proposição legislativa

Número / link consulta	PL 136/2019 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136878
Autoria	Senador Rodrigo Pacheco (DEM-MG)
Relatoria	Senador Humberto Costa (PT-PE) - Atual
Matéria	A proposta visa alterar a base de cálculo da aplicação mínima em despesas com ações e serviços de saúde de estados, municípios e Distrito Federal prevista na Lei Complementar nº 141/2012, limitando a inclusão de despesas classificadas como restos a pagar processados e não processados em 15%.
Situação	Matéria com a Relatoria da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).
Principais Alterações	Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: O PLC propõe limitar a inclusão dos restos a pagar (processados e não processados) no cálculo do percentual mínimo que deve ser aplicado anualmente em ações e serviços públicos de saúde a partir das transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados de estados, municípios e Distrito Federal, atualmente regulamentada pela Lei Complementar nº 141/2012. O limite proposto é de 15% para as despesas empenhadas e não pagas, inscritas em restos a pagar, do valor mínimo de aplicação, respeitadas as disponibilidades de caixa do Fundo de Saúde ao final do exercício financeiro.

Contexto e Motivação: O autor do PLC aponta haver casos frequentes de programas e ações de saúde que são comprometidos ou mesmo paralisados pelo atraso nos repasses de recursos públicos, com destaque à situação das Santas Casas em todo país. Para o autor, a dificuldade de "efetivamente

priorizar o pagamento das despesas do exercício acaba por ocasionar crescimento do volume de restos a pagar e um subfinanciamento do setor no curto prazo". Desta maneira, o PLC objetiva: ampliar a garantia que os recursos disponíveis nos orçamentos anuais serão efetivamente aplicados no mesmo ano, evitando atrasos e paralisações em programas e ações de saúde; otimizar o planejamento financeiro mais rigoroso dos gestores do SUS; reduzir os problemas de subfinanciamento e atrasos nos repasses para Santas Casas e outras instituições de saúde, melhorando a continuidade dos serviços prestados; melhorar a qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde, devido à maior eficiência na aplicação dos recursos.

Fragilidades e limites: A previsão normativa atual que recai sobre a inclusão dos restos a pagar no cálculo do percentual mínimo de aplicação com ações e serviços públicos de saúde, regulamentada pela Lei Complementar nº141/2012, que delimita a inscrição em restos a pagar até o limite da disponibilidade de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde, encontra lastro nas determinações da Lei de Responsabilidade Fiscal (ou Lei Complementar Federal 101/2000). De modo a garantir que compromissos de um exercício tenham lastro financeiro para liquidação e pagamento no exercício seguinte. Atualmente, a Lei Complementar nº 141/2012 não prevê limite percentual à inclusão de despesas inscritas em restos a pagar processados e não processados no cálculo do percentual mínimo de aplicação em despesas com ações e serviços públicos de saúde calculado baseadas nas receitas provenientes de transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados. No entanto, a Lei prevê que, caso estas despesas inscritas em restos a pagar sejam canceladas ou prescritas, os valores correspondentes ao cancelamento e prescrição, que compõe o percentual mínimo de aplicação em despesas com ações e serviços públicos de saúde, sejam reaplicadas em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente. Assim, este ordenamento legal garante que não haja prejuízos aos mínimos previstos de aplicação previstos para cada ente da federação a partir da composição com a inscrição em restos a pagar. De tal forma, a propositura do PLC se consubstancia em um afunilamento das previsões normativas da LC 141/2012 da Lei de Responsabilidade Fiscal, com possibilidade, a partir de análise jurídica consubstanciada, de haver necessidade de atualização. A propositura pode ainda resultar em um engessamento do processo de execução orçamentária, com potencial descolamento do processo de

planejamento do SUS.

Recomendações ao legislativo: Não aprovar o referido PLC. A implementação do regramento do PLC pode resultar em uma melhoria do desempenho da execução orçamentária, o que não significa dissolução da ameaça de sustentabilidade de políticas e programas do SUS (motivação declarada pelo autor da propositura). Ora, a diminuição da inscrição em restos a pagar pode ser alcançada não apenas por esforços que visem a otimização da entrega das ações e serviços públicos de saúde, tal como otimização do desempenho das compras públicas ou "eficientização" da implementação de projetos e programas de governo através de medidas gerenciais que otimizem as entregas previstas nos instrumentos de planejamento do SUS e seu reflexo nas programações orçamentárias. A diminuição da inscrição em restos a pagar pode também ser alcançada com compatibilização entre despesas e receitas previstas na peça orçamentária, por meio de redução das despesas, que em termos gerais, reduzirão a oferta de ações e serviços públicos de saúde.

Pontos de atenção ao executivo: A propositura do PLC ensejará uma alteração do processo de controle e aferição da aplicação mínima em saúde por estados, municípios e Distrito Federal. Este reordenamento terá reflexos no processo de inscrição e declaração das despesas de saúde dos gestores de cada ente através do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) e ensejará alteração no processo de controle externo exercido por parte do Tribunal de Contas com jurisdição em cada ente da Federação, tal como também prevê a Lei Complementar nº141/2012. Ademais, pode enfraquecer o processo de planejamento do SUS, descolar a programação das ações e serviços públicos de saúde da programação orçamentária (em desabono ao arcabouço normativo do SUS) e as competências dos espaços de participação social.

Oportunidades de Incidência: Proposituras com o objeto do referido PLC já foram alvo de recomendação do Conselho Nacional de Saúde em diversas situações (a exemplo da Resolução 505/2015, Item V). No entanto, é imperioso destacar que tais recomendações foram exaradas a partir do processo de monitoramento e avaliação dos instrumentos de planejamento do SUS (Relatórios Detalhados do Quadrimestre Anterior e Relatório Anual de Gestão) tal como previsto nas normativas do sistema. Ora, o conjunto normativo do processo de planejamento do SUS, estabelecido pelas leis orgânicas do sistema e ratificado pelo Decreto Federal 7.508/2011 e a própria Lei Complementar nº141/2012, estabelecem que os conselhos de saúde municipais e estaduais são as instâncias a que competem monitorar a entrega das ações e serviços públicos de saúde aprovados nos Planos de Saúde e

Programações Anuais de Saúde, a partir de indicadores de processo e resultado em saúde e da aferição da execução orçamentária, periodicamente. Desta maneira estabelecido, a entrega das ações e serviços públicos de saúde são avaliadas a partir das diretrizes aprovadas nas Conferências de Saúde, observadas as circunstâncias conjunturais da célere dinâmica de saúde acompanhadas por este conjunto de atores, a partir do planejamento da oferta de ações e serviços públicos de saúde aprovado e consubstanciado nos instrumentos de planejamento refletida no desempenho da execução orçamentária. O financiamento do SUS, tal como prevê seu regramento normativo, possui caráter interfederativo e solidário, que tem como objetivo dirimir as desigualdades regionais e deve ser elaborado à luz do processo de planejamento ascendente a partir das necessidades de saúde da população dos diferentes territórios com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, em que pese a competência dos Conselhos de Saúde de para deliberar sobre as diretrizes que fundamentam as prioridades de saúde. Assim, a instituição de um limite para inscrição de despesas empenhadas e não pagas (restos a apagar) pode ferir o objetivo constitucional do financiamento do sistema que repousa no processo de planejamento, deslocando a competência dos conselhos locais aos órgãos de controle externo, especialmente para a responsabilidade dos Tribunais de Contas com jurisdição em cada ente da Federação, descolando o processo de monitoramento da entrega do conjunto de ações e serviços públicos de saúde do desempenho da execução orçamentária. Dessa maneira, a discussão do núcleo de conteúdo da propositura pode denotar a necessidade de fortalecimento dos espaços de participação social (conselhos de saúde), através de estratégias de educação permanente e comunicação em saúde, contratação de especialistas da área de contas públicas que possam apoiar os conselhos com os temas da economia da saúde, especialmente durante os processos de prestação de contas quadrimestrais durante a execução orçamentária, como mecanismo de alerta aos gestores e antecipadamente ao parecer conclusivo emitido pelos conselhos de saúde em decorrência da análise do Relatório Anual de Gestão (que resulta na aprovação ou reprovação das contas).

5. Proposição legislativa: PLC 260/2023

Quadro 5 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLC 260/2023 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/161564
Autoria	Senador Carlos Viana (PODEMOS-MG)
Relatoria	Atualmente aguardando designação de Relatoria
Matéria	Criar regime de exceção para a aplicação dos recursos vinculados ao SUS nos exercícios de 2023 e 2024 de maneira a permitir que, excepcionalmente, nos respectivos exercícios financeiros, os recursos da saúde possam ser utilizados para o pagamento da folha salarial e encargos sociais de outros órgãos da administração pública estadual, distrital ou municipal.
Situação	Em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais (CAS), aguardando designação do relator.
Principais Alterações	Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Excepcionar a aplicação dos recursos vinculados do SUS nos exercícios de 2023 e 2024, desvinculando-os da definição de ações e serviços públicos de saúde, regulamentado pela Lei Complementar nº 141/2012, abrindo possibilidade para que estados, municípios e Distrito Federal possam direcioná-los a despesas da folha de pagamento da administração direta e respectivos encargos sociais de outros órgãos da administração pública dos respectivos entes da federação.

Contexto e Motivação: O autor da propositura contida no PLC avalia que a administração pública passa por uma "gravíssima crise", especialmente nos pequenos municípios que dependem

dos repasses de recursos do Fundo de Participação dos Municípios (FPM) e de outras transferências federais, dada a queda significativa no volume de arrecadação. Desta maneira o PLC objetiva: adotar medidas extremas, para sanar em curto prazo a insolubilidade das contas públicas de estados, municípios e Distrito Federal.

Fragilidades e Limites: Inicialmente, é oportuno observar que, em termos agregados, não houve queda do FPM, pelo contrário (aumentou 4,2% em 2023 e 16,5% em 2024, cálculo realizado a partir dos dados disponíveis em https://portaldatransparencia.gov.br/programas-e-acoes/acao/0045-fundo-de-participacao-dos-municipios---fpm--cf--art-----). Não há medida normativa no SUS que tenha aberto tal precedente. Desde a implementação dos efeitos da Lei Complementar nº 141/2012, a instituição da definição do conjunto de ações e serviços públicos de saúde tem direcionado a aplicação dos recursos de transferências fundo a fundo dos recursos vinculados, tal como a aplicação dos percentuais mínimos com despesas de saúde dos entes federativos a partir da base de receitas compostas por transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados. A desvinculação dos recursos do SUS, seja das transferências fundo a fundo, seja do piso mínimo de cada ente da federação calculado a partir das transferências constitucionais e legais e impostos diretamente arrecadados, não garantirá mais sustentabilidade para as contas públicas municipais e estaduais. Isto porque, aponta para uma flexibilidade, e não para a ampliação da arrecadação, que de fato é a origem da preocupação do PLC. Por fim, cabe destacar que as despesas com a folha de pagamento da administração pública são regulares e crescem naturalmente, mesmo sem haver ampliação da contratação de profissionais. De maneira que a realocação dos recursos do SUS para despesas desta natureza de outras áreas, não poderá sanar o constrangimento de receitas frente à elevação das despesas.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o referido PLC. A origem da motivação do PLC encontra lastro na estrutura centralizada do sistema tributário brasileiro. Dado o certeiro e histórico processo de descentralização da responsabilidade de gerir e ofertar as ações e serviços públicos de saúde locais ao conjunto de municípios e estados que não foi acompanhada da descentralização equivalente de bases orçamentárias, os orçamentos dos entes subnacionais, especialmente dos municípios, estão sobrecarregados.

O ideal é que se envidasse esforços em alterações das bases orçamentárias que equivalessem a este processo crescente de assunção de responsabilidades das políticas públicas, especialmente, da saúde. Sendo assim, a discussão da Reforma Tributária deveria pautar um grande processo de discussão da república brasileira, com presença de pesquisadores, gestores e participação popular.

Pontos de atenção ao executivo: A propositura desta exceção (de desvinculação dos recursos do SUS), ensejará uma alteração do processo de controle e aferição da aplicação mínima em saúde por estados, municípios e Distrito Federal dos respectivos exercícios. Este reordenamento terá reflexos no processo de inscrição e declaração das despesas de saúde dos gestores de cada ente através do Sistema de Informação de Orçamentos Públicos de Saúde (SIOPS) e ensejará alteração no processo de controle externo exercido por parte do Tribunal de Contas com jurisdição em cada ente da Federação, tal como também prevê a Lei Complementar nº141/2012. Ademais, a própria justificação do conteúdo do PLC aponta acertadamente riscos importantes que recairão sobre a diminuição da aplicação em ações e serviços públicos de saúde nos exercícios especificados. Dada a conjuntura de subfinanciamento crônico do sistema, e recente processo desfinanciamento que acumulou um déficit de aproximados 65 bilhões de reais de 2018 a 2022 (segundo estudo do IPEA disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/9ae3cca6-4b53-447c-993b-50b83cfe600c), a implementação de uma propositura de desvinculação da aplicação dos recursos vinculados do SUS abrirá precedentes para medidas correlatas, na contramão do processo histórico de construção da estrutura de financiamento do sistema que buscou construir mecanismos de vinculação e delimitação de natureza e finalidade, com o objetivo de garantir receitas necessárias nos três entes da federação para a implementação dos princípios do sistema, especialmente o da universalidade e integralidade.

Oportunidades de Incidência: Não há proposição de inclusão ou alteração ou medida extensiva no PLC que possa beneficiar a conjuntura atual dos enfrentamentos do SUS.

II.c. RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADO

Proposição legislativa: PLC 24/2019

Quadro 6 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PL 320/2022 Link: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2314879
Autoria	Dep. Marcelo Brum (REPUBLICANOS-RS).
Relatoria	Dep. Adriana Ventura (NOVO-SP) – última relatora designada
Matéria	Vedar, no âmbito dos hospitais públicos e filantrópicos, a prestação de serviços a terceiros nas atividades de diagnóstico por imagem e realização de exames laboratoriais.
Situação	Arquivado nos termos do art. 133 do RICD (rejeição nas comissões de mérito).
Principais Alterações	Lei nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, alterada significativamente pela Lei nº 13.429/2017.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Vedar, no âmbito dos hospitais públicos e filantrópicos, a prestação de serviços a terceiros nas atividades de diagnóstico por imagem e realização de exames laboratoriais, limitando à administração hospitalar, usando sua própria estrutura física, equipamentos e recursos humanos, a gestão e a execução desses procedimentos.

Contexto e Motivação: O autor do PL observa que o Tribunal de Contas da União (TCU) tem identificado, na execução de processos de auditorias, que os gestores públicos têm adotado modelos diferenciados de contratação, recorrendo à terceirização dos serviços, em vez de realizar o provimento dos cargos do setor de saúde mediante concursos públicos. Segundo a justificação da propositura, esse

tipo de contratação tem sido utilizado como forma de se evitarem os limites impostos pelo pela Lei de Responsabilidade Fiscal, especialmente, o limite imposto para despesas com pessoal, e foram considerados inadequados os instrumentos jurídicos utilizados para este fim. Deste modo o PL objetiva: moralizar as formas de contratação da administração pública; vedar a terceirização de serviços de diagnóstico por imagem e exames laboratoriais em hospitais públicos ou filantrópicos; e, dar primazia ao interesse público.

Fragilidades / Limites identificados: A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Federal nº 101/2000) determina limites para a despesa com pessoal para os entes da federação, estabelecendo 60% da Receita Corrente Líquida (RCL) para estados e municípios, e até 50% da RCL para a União. Diverso arcabouço normativo brasileiro delimita a terceirização na administração pública, especialmente a Lei federal 14.133/2021. A vedação histórica e principal, estabelecida pela jurisprudência e consagrada na prática administrativa, é a impossibilidade de terceirizar as atividades-fim (aquelas que são a essência da entidade ou órgão público). Tal vedação decorre do princípio constitucional da necessidade de concurso público para a investidura em cargo ou emprego público. Em serviços hospitalares, há jurisprudência que consideram os serviços de diagnóstico como serviços auxiliares de saúde, uma vez que se constituem etapas meio do objeto fim da operação dos referidos estabelecimentos de saúde, desde que não haja pessoalidade e subordinação. Fato é que a Lei nº 13.429/2017 (Lei da Terceirização) e a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017) permitem a terceirização de qualquer atividade, inclusive as atividades-fim das empresas, o que inclui serviços médicos e de diagnóstico.

Recomendações ao legislativo: Não aprovar o PLC. Se a motivação do PL reside na observada terceirização dos serviços dos estabelecimentos de saúde do SUS, com ampliação do privado nas redes de saúde públicas, o parlamento deveria enveredar-se em discutir medidas para sua delimitação, objetivando conter esse crescimento que está ocorrendo de diversas formas. No entanto, dada a atual conformação da oferta de saúde no Brasil que depende hoje, em boa medida, de serviços privados, tais medidas delimitadoras deveriam ser acompanhadas da adequada ampliação do gasto público frente ao crescimento historicamente inferido do gasto privado (Propositura do documento: Nova política de Financiamento do SUS – ABrES, 2022).

Pontos de atenção ao executivo: A finalidade da média e alta complexidade (que compreende a atenção hospitalar, procedimentos eletivos ambulatoriais, atenção de urgência e emergência e serviços de atenção especializada) apresenta majoritária participação do setor privado antes e após a instituição do SUS. O fato é que o processo de implementação do SUS não alterou esta realidade. Pelo contrário, o SUS foi construído em paralelo ao crescimento ao gasto privado. Por este motivo, a vedação contida na propositura do referido PL, teria efeitos importantes tanto no que se refere à composição do gasto público e privado, como, e principalmente, sobre a possibilidade de oferta das ações e serviços públicos de saúde. Isto porque hoje não há oferta pública suficiente para abarcar as necessidades do sistema, especialmente na finalidade da média e alta complexidade. Sendo assim, aprovada a propositura do PLC, no médio e longo prazo, poder-se-ia observar redução de oferta (e acesso) nas redes do sistema.

Oportunidades de Incidência: Não há proposição de inclusão ou alteração no PLC que possa beneficiar a conjuntura atual do SUS uma vez que se encontra arquivado e que já há lei especifica que protege a celebração de instrumentos de contratualização com o setor privado para oferta de tais serviços de apoio diagnóstico. A relação público-privado é um capo de questões fundantes para o SUS. De tal maneira, o campo da saúde coletiva poderia fomentar um grande movimento nacional de debate sobre o tema, reunindo o poder executivo, as instancias reguladoras e a participação social com vistas a traçar um plano diretor de fortalecimento da oferta pública (ampliação do gasto público) para os investimentos em saúde com vistas a perseguir o objetivo normativo de dirimir as desigualdades regionais (LC 141/2012).

Proposição legislativa: PLC 159/2022

Quadro 7 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLC 159/2022 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/155487
Autoria	Senador Lasier Martins (PODEMOS-RS)
Relatoria	Aguardando designação de relatoria.
Matéria	O projeto propõe alterar a Lei de Responsabilidade Fiscal para permitir que hospitais filantrópicos e santas Casas, que participam do Sistema Único de Saúde (SUS), recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, oriundos de emendas parlamentares, mesmo que tenham pendências financeiras.
Situação	Em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais.
Principais Alterações	Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Instituir que os hospitais filantrópicos e santas casas, sem fins lucrativos, que participam de forma complementar do Sistema Único de Saúde (SUS), possam receber do Fundo Nacional de Saúde recursos oriundos de emendas parlamentares individuais e de bancada, todas de caráter obrigatório, independente de pendências de obrigações referentes à adimplência financeira - pendências no grupo I do CAUC (Serviço Auxiliar de Informações para Transferências Voluntárias), Obrigações de Adimplência Financeira. Sendo obrigatório a aplicação em ações de custeio e investimento na saúde especializada.

Contexto e motivação: Segundo a jus-

tificação do autor do PLC, o segmento hospitalar filantrópico brasileiro responde por mais de 50% da assistência SUS, desempenhando um papel fundamental na oferta de ações e serviços públicos de saúde do sistema. Porém, a previsão legal de que os recursos voluntários observem a adimplência financeira requerida pela Lei Complementar nº 101/200 e que transitem pelos fundos públicos de saúde torna o procedimento burocrático e moroso, prejudicando a saúde financeira das instituições e consequentemente a ideal oferta das ações e serviços públicos de saúde executados por estas instituições. Assim, o PLC objetiva: prover acesso mais fácil e direto aos recursos, o que pode melhorar a prestação de serviços de saúde, especialmente em áreas de alta complexidade; simplificar o processo de repasse de recursos, reduzindo a burocracia e acelerando a aplicação dos fundos; melhorar a qualidade e na continuidade dos serviços de saúde; e, facilitar a destinação de emendas para áreas críticas de saúde, atendendo melhor às demandas de suas bases eleitorais.

Fragilidades / Limites identificados: A propositura do referido PLC fere o princípio do comando único do SUS, previsto pela Lei Orgânica da Saúde (Lei Federal nº 8.080/1990), a partir da descentralização político-administrativa com direção única de cada governo. Ademais, a transferência direta dos recursos do SUS (piso federal) aos prestadores filantrópicos não guardará relação direta e prevista por normativa com as diretrizes de planejamento instituídas pelos instrumentos de planejamento do SUS elaborados pelos entes da federação. O processo de planejamento do SUS, tal como definido pelas Leis Orgânicas e ratificado pelo Decreto Presidencial nº 7.508/2011 e Lei Complementar nº 141/2012, deve ser ascendente, a partir das necessidades de saúde da população dos diferentes territórios com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, em que pese a competência dos Conselhos de Saúde de para deliberar sobre as diretrizes que fundamentam as prioridades de saúde. Assim posto, caso fosse aprovada a propositura, sendo os recursos direcionados diretamente aos prestadores do SUS, o atingimento das prioridades elencadas pelos instrumentos de planejamento dos entes federativos seria inviabilizado.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o referido PLC.

Pontos de atenção ao executivo: Não há recursos do SUS que componham os pisos federais de aplicação em saúde, definidos pela Lei Complementar nº 141/2012 que transitem fora dos fundos públicos de saúde. Ademais, a própria Lei Complementar nº 141/2012 define que os Fundos de Saúde de-

vem ser instituídos por lei e mantidos em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituindo-se em unidade 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. Desta forma, os recursos de transferência regular, e os de emendas parlamentares impositivas (alvo da propositura do PLC) devem transitar sempre pelos Fundos. Assim, a implementação da propositura do PLC de instituir transferência direta aos prestadores filantrópicos de recursos de emendas parlamentares impositivas, provocará descolamento da destinação dos recursos do processo de planejamento, prejudicando o alcance das diretrizes consubstanciadas pelas Conferências de Saúde nos diferentes territórios Sanitários. Haverá ainda prejuízo ao comando único e responsabilidade sanitária dos gestores de saúde, com possível diminuição da rastreabilidade e transparência da aplicação dos recursos do Piso Federal do SUS.

Oportunidades de Incidência: Não há proposição de inclusão ou alteração no PLC que possa beneficiar a conjuntura atual do SUS. Atualmente, a propositura de destinação direta de recursos do SUS às organizações ou entidades vem crescendo, a exemplo a propositura existente de destinação de recursos diretamente aos Consórcios Públicos interfederativos, em correspondência à ampliação da pressão do setor privado. De tal maneira, o campo da saúde coletiva poderia fomentar um grande movimento nacional de debate sobre o tema, reunindo o poder executivo, as instâncias reguladoras e a participação social, na garanti da manutenção da estrutura normativa do SUS e fortalecimento dos Fundos de Saúde como estruturas protetoras do arranjo normativo do SUS (especialmente do comando único).

Proposição legislativa: PLS 1.760/2024

Quadro 8 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 1.760/2024 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/163491
Autoria	Senador Ireneu Orth (PP-RS).
Relatoria	Senador Paulo Paim (PT-RS)
Matéria	Dispõe sobre a concessão de auxílio emergencial financeiro às Santas Casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que atuam de forma complementar no Sistema Único de Saúde - SUS, afetados pelo estado de calamidade pública no Rio Grande do Sul.
Situação	De posse da relatoria na Comissão de Assuntos Sociais.
Principais Alterações	Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Autorizar o repasse emergencial no montante de R$ 500 milhões (quinhentos milhões de reais) para as santas casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos que atuam de forma complementar no Sistema Único de Saúde - SUS, localizados no Estado do Rio Grande do Sul, afetados pelo estado de calamidade pública decorrente de eventos climáticos extremos, conforme reconhecido pelo Decreto Legislativo nº 36/24. O PLS propõe que a distribuição desses recursos seja estabelecida pelo Ministério da Saúde a partir da ponderação relacionada ao faturamento médio mensal das diferentes entidades, com publicação dos montantes transferidos a cada entidade beneficiada através do respectivo fundo de saúde estadual, distrital ou municipal. Os recursos serão destinados à aplicação em custeio geral, aquisição de equipamentos e mobiliários e reformas físicas. Por fim, o PLS propõe que as entidades beneficiadas prestem contas em até 90 dias dos recursos recebidos.

Contexto e Motivação: A motivação do autor para propositura do PLS são as consequências da tragédia climática que ocorreu no Rio Grande do Sul em 2024 classificando-a, acertadamente, como uma das maiores crises humanitárias e de saúde pública observadas no Brasil, desenvolvendo a propositura em pleno cenário de ocorrência da respectiva catástrofe climática. Assim, o PLS objetiva: apoiar as

entidades filantrópicas do Rio Grande do Sul na reconstrução dos estabelecimentos de saúde devastados pela tragédia climática de 2024.

Fragilidades / Limites identificados: É fato que as consequências da tragédia climática que ocorreu no Rio Grande do Sul em 2024 são de dimensões incalculáveis, assim como apontam os mais diversos estudos acadêmicos sobre o assunto. Desta forma, a necessidade de aporte adicional de recursos para o SUS, que objetivem uma célere reconstrução das redes de saúde da unidade federativa do Rio Grande do Sul, é válida. No entanto, seria importante relacionar o aporte de recursos adicionais à constituição de um Plano de Enfrentamento à Emergência de Saúde Pública, em atenção ao Regulamento Sanitário Internacional/2005, do qual faz parte o Brasil, de maneira que a distribuição de recursos se aproximasse da priorização das necessidades de saúde do território gaúcho.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o PLC, e envidar esforços para coadunar a distribuição dos recursos emergenciais para enfrentamento das consequências da emergência climática do Rio Grande do Sul a um Plano de Enfrentamento à Emergência de Saúde Pública.

Pontos de atenção ao Executivo: A destinação de recursos emergenciais não é uma novidade no processo de distribuição de recursos do Piso Federal do SUS. Exemplo mais recente deu-se quando da ocorrência da Pandemia do Novo Coronavírus, em 2020 e 2021, no esteio da instituição da calamidade pública que excepcionou o regramento fiscal da EC 95/16, em que foram publicadas mais de 600 portarias que destinaram recursos emergenciais para diversas finalidades e estabelecimentos de saúde. Cabe destacar que o SUS atua de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, e possui estratégia institucionalizada para responder às emergências de Saúde de Pública. Para tanto, conta com protocolos de gestão de risco e desastres em saúde pública, sistemas informatizados de monitoramento, comitês de monitoramento, salas de situação e redes de informação institucionalizados e em funcionamento, e especialmente, para a situação de desastres naturais, conta com o sistema coordenado específico intitulado "Vigidesastres". Ademais, o Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 6.495/2024 regulamentou incremento financeiro para Estados e Municípios para preparação e resposta às emergências em saúde pública a partir da elaboração de Plano de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública. Assim exposto, a aprovação de tal propositura diminuiria a competência do poder executivo dos entes da federação, prejudicando os princípios normativos do sistema, com provável descolamento da destinação de recursos aos objetivos do específico Plano de Enfrentamento à Emergência de Saúde Pública. Além de fomentar iniquidade distributiva entre as esferas públicas e privada que compõe a rede de serviços de saúde do território gaúcho.

Oportunidades de Incidência: O campo da saúde coletiva poderia fomentar estratégia de apoio, através de ofertas em educação permanente, que fortalecesse a capacidade dos gestores locais do SUS de construir Planos Locais de Enfrentamento às Emergências em Saúde Pública.

Proposição legislativa: PLS 3.206/2023

Quadro 9 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 3.206/2023 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/158368
Autoria	Senador Cleitinho (REPUBLICANOS-MG).
Relatoria	Senador Laércio Oliveira (PP-SE)
Matéria	Dispõe sobre páginas eletrônicas de Transparência nas instituições hospitalares filantrópicas que utilizam recursos públicos.
Situação	Matéria com a Relatoria da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).
Principais Alterações	Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Propõe que as instituições hospitalares filantrópicas que utilizam recursos públicos sejam obrigadas a manter página eletrônica de transparência na rede mundial de computadores atualizada diariamente, com acesso disponível na página da entidade. O PLS ainda define as informações básicas da caracterização institucional que devem constar na página eletrônica, tal como dos termos de parceria com o poder público. Além da institucionalização desta espécie de portal da transparência, o PLS exige que as entidades utilizem contas bancárias específicas para a movimentação dos recursos provenientes de cada contrato ou convênio

que celebrarem com o poder público e que enviem anualmente as informações ao Ministério Público e Tribunal de Contas para respectivas prestações de contas. O PLS prevê que caso não sejam efetivadas as medidas, a instituição ficará vedada de receber recursos públicos estaduais e deverá restituir aos cofres públicos os recursos já recebidos.

Contexto e Motivação: Na justificação do PLS o autor destaca a necessidade de maior controle dos recursos públicos destinados às ongs demais entidades sem fins lucrativos, tendo em vista a existência de crescente casos de fraudes, desvio de verbas públicas, descumprimento de convênios e contratos e, ainda, a falta de prestação de contas e de controle dessa entidade. Assim o PLS objetiva: ampliar a transparência da aplicação dos recursos públicos; otimizar as possibilidades de controle social das entidades filantrópicas que recebem recursos dos cofres públicos.

Fragilidades / Limites identificados: Já há extensa previsão normativa que determina a obrigatoriedade de haver portais de transparência dos recursos públicos movimentados pelas entidades privadas e sem fins lucrativos que atuam de forma complementar ao SUS.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o referido PLS na forma como está. O PLS poderia ser alterado no sentido de propor melhoria no processo de controle externo das entidades, afunilamento dos processos de captação de recursos regulares do SUS (inclusas as emendas parlamentares impositivas) em cumprimento ao rito normativo de planejamento do SUS, e inclusão nos portais de transparência do mecanismo de operação de cessão de créditos a prestadores do SUS operacionalizados por instituições financeiras credenciadas, como prestação de garantia em contratos de mútuo bancário normatizados pela Portaria GM/MS n 2.182/2015.

Pontos de atenção ao Executivo: A Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000) já exige a disponibilização de informação da despesa pública, ocorra em meios eletrônicos de acesso públicos. Em complementação a Lei nº 12.527/2011 (Lei de Acesso à Informação (LAI) e a Lei nº 13.019/2014, que institui o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC), também determinam obrigatoriedade de transparência dos recursos públicos recebidos por entidades filantrópicas que atuam no SUS. Em 2021, a Lei Complementar nº 187 (Lei dos filantrópicos) vincula a certificação das

entidades beneficentes (Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social - CEBAS) à existência de portal eletrônico de transparência dos recursos públicos. Assim, a propositura da Lei não impõe novidade ao arranjo legal já estabelecido pela normativa vigente. Talvez, detalhe com maior clareza as informações necessárias que devem ser inseridas nesses portais. Da mesma forma, já há previsão normativa para o descumprimento da obrigatoriedade, que consiste na suspensão ou perda do direito ao CEBAS e a impossibilidade de firmar novos convênios, contratos ou parcerias com o Poder Público. Por fim, a recente Lei Federal Complementar nº 210/2024 também definiu novos requisitos que objetivam maior rastreabilidade e transparência da destinação dos recursos de emendas parlamentares inclusive dos recursos destinados às entidades filantrópicas. Assim, dado já haver previsão normativa para tanto, não há efeitos significativos esperados para o poder executivo, e ao SUS.

Oportunidades de Incidência: O campo da saúde coletiva poderia criar método de monitoramento do mecanismo de operação de cessão de créditos a prestadores do SUS operacionalizados por instituições financeiras credenciadas, como prestação de garantia em contratos de mútuo bancário normatizados pela Portaria GM/MS n 2.182/2015. A grande maioria das instituições filantrópicas que participam do SUS fazem uso de tal mecanismo. No entanto, é escasso os meios de publicização de tais mecanismos, tal como do pagamento dos juros relacionados (que hoje consomem os recursos do Piso Federal que é transferido aos entes da federação que possuem contratualização com as referidas entidades).

Proposição legislativa: PLS 3.618/2021

Quadro 10 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 3.681/2021 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/150310
Autoria	Senador Paulo Paim (PT-RS).
Relatoria	Senadora Teresa Leitão (PT-PE)
Matéria	Acrescenta e altera dispositivos da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais.
Situação	Matéria com a Relatoria da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).
Principais Alterações	Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Propõe acrescentar e alterar dispositivos da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais. Segundo a propositura, o Poder Executivo poderá qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura e à saúde, sendo a partir da qualificação habilitadas a celebrar contratos de gestão. Para tanto, a propositura define o processo de qualificação, a composição e requisitos das entidades aptas à certificação, define obrigatoriedade de uso do instrumento jurídico de contratualização "contrato de gestão", definindo o processo de celebração, formalização e impedimentos, aspectos estruturantes do edital de chamamento, estruturação do contrato de gestão, a correlata atuação dos órgãos de controle externo, procedimentos para recrutamento de pessoal, entre outros aspectos.

Contexto e Motivação: O autor do PLS elenca como contexto protagonista a

conclusão da apreciação da Ação Direta de Inconstitucionalidade nº 1.923 pelo Supremo Tribunal Federal que ocorreu em abril/2015 que considerou que o contrato de gestão firmado por essas entidades se caracteriza como uma espécie de convênio administrativo e reconheceu que que o procedimento de qualificação e a celebração de contrato de gestão com tais entidades devem ser conduzidos de forma pública, objetiva e impessoal. Assim o PLS objetiva: promover atualizações e ajustes na Lei nº 9.637, de 1998, de modo a que os princípios elencados sejam observados, incorporando, inclusive, medidas adotadas por meio do Decreto nº 9.190, de 2017, e da Portaria do Ministro da Economia nº 297, de 12 de junho de 2019, que normatizaram a previsão de chamamento público para a seleção de organizações sociais e seu processo de qualificação.

Fragilidades / Limites identificados: Posteriormente à propositura do PLS foi implementada legislação federal que regulamentou o esmo objeto da propositura do PLS. O projeto de lei foi encaminhado ao plenário do Senado Federal em outubro de 2021. No entanto, no mesmo ano, em dezembro de 2021 foi homologada Lei nº 187/2021 que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social. Tal como posteriormente foi publicada a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021) que atualizou as regras para contratações públicas. Em 2022, o Decreto nº 11.215/2022 regulamentou o contrato de gestão, detalhando as normas do contrato de desempenho estabelecidas na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Desta forma, salvo melhor avaliação jurídica, a propositura do PLS não traz novas informações e/ou altera os processos administrativos públicos referente ao objeto.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o referido PLS, dado a extemporaneidade da proposição. Os esforços parlamentares poderiam ser envidados no sentido de propor medidas que reforcem o interesse público, limitando as possibilidades de contratualização com as entidades privadas sem fins lucrativos à complementaridade do SUS (como prevê as Leis Orgânicas) reforçando os aspectos normativos que delimitam a destinação dos recursos do Piso Federal aos instrumentos de planejamento locais.

Pontos de atenção ao Executivo: Dado já haver previsão normativa para tanto, não há efeitos significativos esperados para o SUS e para o poder executivo, no bojo das gestões federativas do sistema.

Oportunidades de Incidência: A contratação complementar de oferta no SUS é tema sensível ao processo de regionalização (ainda não instituído por Política Nacional), dado o objetivo normativo da estrutura de financiamento do SUS de dirimir as desigualdades regionais. Assim sendo, o campo da saúde coletiva poderia promover estratégia nacional, através de instituto de pesquisa de universidades públicas, de fomento e apoio à criação de Planejamento Regional Integrado, através de fomento dos espaços de pactuação interfederativa e de participação social.

Proposição legislativa: PLS 2.967/2022

Quadro 11 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 2.967/2022 Link: https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-2967-2022
Autoria	Senador Jader Barbalho (MDB-PA).
Relatoria	Senador Fabiano Contarato (PT-ES)
Matéria	Modifica a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, para incluir no rol de organizações sociais as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à ação social.
Situação	Matéria com a Relatoria da Comissão de Assuntos Sociais (CAS).
Principais Alterações	Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: O PLS propõe que o Poder Executivo possa qualificar como organizações sociais pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, as entidades cujas atividades sejam dirigidas ao ensino, à pesquisa científica, ao desenvolvimento tecnológico, à proteção e preservação do meio ambiente, à cultura, à saúde incluindo as entidades cujas atividades se relacionem à ação social.

Contexto e Motivação: O autor do PLS avalia que as atividades de organizações privadas sem fins lucrativos da que direcionam suas atividades às ações sociais são fundamentais para apoio à qualidade de vida da população mais carente. Assim o PLS objetiva: melhorar, principalmente, o desenvolvimento e a qualidade de vida da população mais carente através da promoção de ações sociais mais efetivas e robustas, trazendo mais justi-

ça social, seja através do atendimento àqueles que necessitam, de oficinas educativas ou similares.

Fragilidades / Limites identificados: Já há previsão legal para certificação de pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que prestam serviço nas áreas de assistência social (Lei nº 187/2021). Em dezembro de 2021 foi promulgada a Lei Complementar nº 187/2021, que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social e que já inclui pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que prestam serviço nas áreas de assistência social, de saúde e de educação, tal como posteriormente foi publicada a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021) que atualizou as regras para contratações públicas. Em 2022, o Decreto nº 11.215/2022 regulamentou o contrato de gestão, detalhando as normas do contrato de desempenho estabelecidas na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Desta forma, salvo melhor avaliação jurídica, a propositura do PLS não traz novas informações e/ou altera os processos administrativos públicos referente ao objeto. Ademais o CEBAS da área está previsto na Lei nº 12.101, de 30 de novembro de 2009, e no Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o PLS, dado já haver normativa que verse sobre o tema. O parlamento poderia enveredar esforços de criar medidas legais que reforcem o interesse público, limitando as possibilidades de contratualização com as entidades privadas sem fins lucrativos à luz do processo de planejamento do SUS. Inclusive, vedando que estas entidades de finalidade da assistência social possam receber e gerir recursos vinculados do SUS.

Pontos de atenção ao Executivo: Dado já haver previsão normativa para tanto, não há efeitos significativos esperados para o executivo, tal como para o SUS.

Oportunidades de Incidência: Não há.

Proposição legislativa: PLS 2.967/2022

Quadro 12 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 10.720/2018 Link: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2182926
Autoria	Senador José Serra (PSDB-SP).
Relatoria	Deputado Luiz Gastão (PSD-CE)
Matéria	Propõe alterações à Lei 9.637 (Lei das Organizações Sociais), para dispor sobre critérios e requisitos para a qualificação de entidades privadas como organizações sociais e sobre regras para celebração, controle e rescisão dos contratos de gestão.
Situação	Comissão de Administração e Serviço Público (CASP)
Principais Alterações	Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos Centrais: Altera a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Lei das Organizações Sociais), para dispor sobre critérios e requisitos para a qualificação de entidades privadas como organizações sociais e sobre regras para celebração, controle e rescisão dos contratos de gestão.

Contexto e Motivação: O contexto e motivação do referido PLS não está disponível para consulta do sítio eletrônico que reúne a tramitação do mesmo.

Fragilidades / Limites identificados: Já há previsão legal para certificação de pessoas jurídicas de direito priva-

do, sem fins lucrativos, que prestam serviço nas áreas de assistência social. Em dezembro de 2021, foi homologada Lei nº 187/2021 que dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes e regula os procedimentos referentes à imunidade de contribuições à seguridade social e que já inclui pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, que prestam serviço nas áreas de assistência social, de saúde e de educação, tal como posteriormente foi publicada a nova Lei de Licitações e Contratos Administrativos (Lei nº 14.133/2021), que atualizou as regras para contratações públicas. Em 2022, o Decreto nº 11.215/2022 regulamentou o contrato de gestão, detalhando as normas do contrato de desempenho estabelecidas na Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). Desta forma, salvo melhor avaliação jurídica, a propositura do PLS não traz novas informações e/ou altera os processos administrativos públicos referente ao objeto. Ademais o CEBAS da área está previsto na Lei nº 12.101, de 30 de novembro de 2009, e no Decreto nº 8.242, de 23 de maio de 2014.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o PLS, dado já haver normativa que verse sobre o tema. O parlamento poderia envidar esforços para criar medidas legais que reforcem o interesse público, limitando as possibilidades de contratualização com as entidades privadas sem fins lucrativos à luz do processo de planejamento do SUS. Inclusive, vedando que estas entidades de finalidade da assistência social possam receber e gerir recursos vinculados do SUS.

Pontos de atenção ao Executivo: Dado já haver previsão normativa para tanto, não há efeitos significativos esperados para o executivo, tal como para o SUS.

Oportunidades de Incidência: Não há.

Proposição legislativa: PLS 2.583/2020.

Quadro 13 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 2.583/2020 Link: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2182926
Autoria	Doutor Luizinho (PP-RJ) , General Peternelli (PSL-SP) , Dra. Soraya Manato (PSL-ES) e outros.
Relatoria	Dep. Isnaldo Bulhões Jr. (MDB-AL) – designado em 13/02/2025
Matéria	Institui a Estratégia Nacional de Saúde objetivando estabelecer uma estratégia nacional para incentivo às indústrias nacionais que produzam itens essenciais ao sistema de saúde nacional, bem como a pesquisa e desenvolvimento de produtos, insumos, medicamentos e materiais, com vistas a dar autonomia ao nosso país quanto a produção destes itens.
Situação	Aguardando Apreciação pelo Senado Federal
Principais Alterações	Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998 (Lei das Organizações Sociais)

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos centrais: A propositura do PL propõe instituir a Estratégia Nacional de Saúde objetivando estabelecer uma estratégia nacional para incentivo às indústrias nacionais que produzam itens essenciais ao sistema de saúde nacional, bem como a pesquisa e desenvolvimento de produtos, insumos, medicamentos e materiais, com vistas a dar autonomia ao nosso país quanto a produção destes itens. Para tanto define diretrizes, Empresas Estratégicas de Saúde – EES, o estabelecimento de normas especiais para as compras, as contratações e o desenvolvimento de produtos de saúde, regras de incentivo à área estratégica de saúde, regimes especiais tributários e financiamentos para programas, projetos e ações.

Contexto e motivação: O autor do PL enseja em sua justificação que o Brasil não possui soberania na produção de produtos da saúde estratégicos, tal como pode ser observado na ocasião da Pandemia do Novo Coronavírus e compara a situação que motivou a instituição do Decreto 6.703/2008, que estabeleceu a Estratégia Nacional de Defesa. Para tanto o PL objetiva: garantir segurança e soberania na promoção da saúde dos brasileiros.

Fragilidades / Limites identificados: Ausência ou fraca relação estabelecida com o desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o PLS. Faz necessário que o tema seja debatido e construído à luz da constituição do CEIS, via atuação do Ministério da Saúde e Ministério da Economia.

Pontos de atenção ao Executivo: Em 2023, foi instituída a Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde via Decreto n 11.714/2023, que visa orientar os investimentos, públicos e privados, nos segmentos produtivos da saúde e em inovação, na busca de soluções produtivas e tecnológicas para enfrentar os desafios em saúde, com vistas à redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde - SUS e à ampliação do acesso à saúde. No esteio desta regulamentação foi instituído o Programa de Parcerias para o Desenvolvimento Produtivo – PDP. Assim, a propositura do PL parece estabelecer especificidades que facilitem a dinâmica de abastecimento dos insumos estratégicos da saúde. Assim, com objetivo de ampliar a celeridade na aquisição de insumos estratégicos do poder executivo, é provável que haja ampliação de subsídios ao privado, com afrouxamento da execução da despesa pública (regime licitatório especial de aquisição) tal como observa-se definição “ampla” (e pouco delimitada) das “empresas estratégicas” que beneficiariam de regime especial de tributação e venda à administração.

Oportunidades de Incidência: O campo da Saúde Pública poderia construir estratégia de discutir amplamente com pesquisadores, gestores e participação popular a constituição do CEI da Saúde. Relacionando sua constituição ao estabelecimento de um Plano Diretor de ampliação da oferta nacional de insumos e tecnologias de saúde organizado à luz das necessidades de saúde das regiões de saúde.

II.d. FONTES DE FINANCIAMENTO

Proposição legislativa: PLS 32/2020

Quadro 14 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 32/2020 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/140464
Autoria	Senador Jorge Kajuru (CIDADANIA-GO)
Relatoria	Aguardando definição de Relatoria.
Matéria	Altera o art. 320 da Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e o art. 32 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, Lei Orgânica da Saúde, para destinar recursos da receita arrecadada com a cobrança de multas de trânsito ao financiamento de hospitais especializados em tratamento de câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
Situação	Comissão de Assuntos Sociais (CAS)
Principais Alterações	Lei nº 9.503, de 23 de setembro de 1997; Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos centrais: O PLS propõe destinar 10% (dez por cento) dos recursos da receita arrecadada com a cobrança de multas de trânsito ao financiamento de hospitais especializados em tratamento de câncer no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Contexto e motivação: A justificação do PLS aponta que os recursos para a garantia do direito universal à saúde são insuficientes. A esta conjuntura, o autor adiciona a aprovação da "Lei dos 60 dias" que determina prazo máximo para oferta de tratamento oncológico aos acometidos pela enfermidade no país e que não encontra lastro na oferta existente para ser efetivada. Assim, por "considerar de extrema necessidade que o tratamento das pessoas com câncer ocorra tempestivamente, por-

que a doença não espera" o autor cria a proposição.

Fragilidades / Limites identificados: Os recursos federais para o financiamento do Sistema Único de Saúde advêm do Orçamento da Seguridade Social, sendo uma significativa parte das contribuições sociais (como PIS, Cofins, CSLL, entre outras) e de outras fontes de receita da União, que são arrecadadas por meio de tributos e contribuições federais (Imposto de Renda de pessoas físicas e jurídicas, Imposto sobre Produtos Industrializados, outros impostos, taxas e contribuições federais). Atualmente, o Piso Federal do SUS é definido pela EC 86/2015, que define a aplicação mínima em 15% da Receita Corrente Líquida da União. O PLS propõe que seja criado de uma nova fonte vinculada. No entanto, a fonte de arrecadação federal que a propositura propõe incluir já integra a base de cálculo do piso federal do SUS (Receita Corrente Líquida). Em 2023, foi instituído Novo Arcabouço Fiscal pela Lei Complementar n 200/2023, que delimita, em termos gerais, o crescimento da despesa em 2,5% ao ano. A partir novo regramento fiscal, da pressão do setor privado e financeirista, discute-se a desvinculação do Piso Federal, de maneira que os 15% (RCL) seja delimitado pelo teto de crescimento da banda da receita. Nessa perspectiva, a aprovação de quais quer projetos de lei que representem alteração da regra de cálculo do piso federal do SUS pode resultar em prejuízo para o financiamento do SUS, na medida que a EC 135, de 2024, estabeleceu que novas regras de cálculo para pisos existentes não podem representar uma variação anual das despesas superior ao limite máximo de 2,5% ao ano.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o PLS. O parlamento poderia envidar esforços na ampliação do debate acerca da necessária ampliação das bases orçamentárias do sistema a partir da proteção ao Piso Federal do SUS do regime fiscalista do Novo Arcabouço Fiscal (LC 200/2023), da redução da impositividade das emendas parlamentares (tornando-as aditivas ao piso) e da incorporação de outras medidas, especialmente anticíclicas.

Pontos de atenção ao Executivo: Dado que a fonte de arrecadação que o projeto almeja incluir já compõe o Piso Federal do SUS, arregimentado pela EC 86/2015, em termos práticos, não haveria efeito ao SUS e ao Executivo, pois não traria efeitos aditivos aos valores federais aplicados no SUS.

Oportunidades de Incidência: O campo da Saúde coletiva poderia fomentar debate nacional, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e outras entidades da Reforma Sanitária, acerca da necessidade de adicionar ao Novo arcabouço Fiscal parâmetros anticíclicos, ampliação do gasto público frente ao crescimento historicamente inferido acelerado do gasto privado e recursos adicionais parametrizados pela transição da pirâmide etária (Propositura do documento: Nova política de Financiamento do SUS – ABrES, 2022).

Proposição legislativa: PLS 1.602/2019

Quadro 15 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 1.602/2019 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/135824
Autoria	Senador Marcelo Castro (MDB-PI).
Relatoria	Senador Eduardo Braga (MDB-AM).
Matéria	Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências, para instituir a pena de multa aos responsáveis por evento que resulte em dano à saúde da coletividade.
Situação	Matéria com a Relatoria - CAS - Comissão de Assuntos Sociais.
Principais Alterações	Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos centrais: A propositura do PLS, a partir de alteração da Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, propõe instituir, a partir de infração sanitária, multa equivalente às despesas, atuais e futuras, suportadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no atendimento às vítimas do evento. A propositura propõe ainda que o montante arrecadado será repartido entre os fundos de saúde dos entes federados responsáveis pelo financiamento das ações de saúde pertinentes, na proporção de suas participações.

Contexto e motivação: A justificação do PL repousa na observação de que na ocorrência de desastres, o necessário cuidado em saúde da população atingida é financiado pelo SUS das três esferas federativas, no tocante acompanhamento médico e psicológico de todas as pessoas direta ou indiretamente acometidas (exemplos do desastre de Mariana, Brumadinho, Boate Kiss). Tendo em vista o crônico subfinanciamento do sistema, e na época, o congelamento de gastos estabelecido pela EC 95/2016, os já insu-

ficientes recursos do sistema passam a ser consumidos por estas despesas adicionais provocadas. Assim o PL objetiva: garantir a proteção da população da área afetada de eventual redução na aplicação de recursos próprios dos entes federados beneficiados com a arrecadação das multas; evitar mera substituição da fonte de recursos, em vez de efetivo incremento do montante de recursos aplicados na assistência à saúde das áreas afetadas por tragédias; punir os responsáveis, após a devida comprovação de sua culpa, pelas despesas que causarem ao SUS.

Fragilidades / Limites identificados: Transposição da complexidade para o necessário estabelecimento de meio de aferição dos valores adicionais dispendidos pelas redes locais do SUS relacionados à ocorrência de desastres, especialmente, no caso de desastres com reflexos prolongados, como os que incidem no meio ambiente. Ausência de relação com a normativa que requer, à luz do Regulamento Sanitário Internacional (2005), constituições de Planos de Contingência do campo da Vigilância em Saúde regulamentados pelas políticas nacionais.

Recomendações ao Legislativo: Aprovar o PLS a partir da adição de previsão normativa que requeira a constituição de Planos de Ação de Preparação para as Emergências em Saúde Pública, à luz das normativas do SUS.

Pontos de atenção ao executivo: Ao estabelecer recursos adicionais repousados em despesas não previstas das redes locais de saúde do SUS, pode-se garantir que os recursos alocados a partir da oferta programada de ações e serviços de saúde (pautados nos instrumentos de planejamento do sistema) não sejam redirecionados, garantindo a continuidade das demais políticas. No entanto, a ausência, ou fragilidade de planos e instrumentos operativos, nas gestões locais do SUS, para o Enfrentamento de Emergências Sanitárias, pode gerar iniquidades distributivas e dificuldades no processo de planejamento orçamentário.

Oportunidades de Incidência: O campo da saúde coletiva poderia fomentar estratégia de apoio, através de ofertas em educação permanente, que fortalecesse a capacidade dos gestores locais do SUS de construir Planos Locais de Enfrentamento às Emergências em Saúde Pública.

Proposição legislativa: PLS 3.490/2019

Quadro 16 – Identificação da proposição legislativa

Número / Link consulta	PLS 3.490/2019 Link: https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/158706
Autoria	Senador Astronauta Marcos Pontes (PL-SP).
Relatoria	Senador Humberto Costa (PT-PE)
Matéria	Dispõe sobre a instituição do Fundo para Enfrentamento de Epidemia.
Situação	Matéria com a Relatoria - Comissão de Assuntos Sociais (CAS)
Principais Alterações	**

Fonte: elaboração própria.

Conteúdo e Objetivos centrais: O PLS propõe instituir Fundo para Enfrentamento de Pandemia e Epidemia – (FEPE), com definição dos objetivos da destinação dos recursos correlatos, fontes de recursos (inclusive provenientes de doações nacionais e internacionais, além de dotações específicas estabelecidas no orçamento da União) e meio de transparência.

Contexto e motivação: A justificação do autor do PLS aponta que a União Europeia criou um fundo com recursos disponíveis para combater os efeitos da pandemia do Coronavírus e registra que a propositura se ampara nesta experiência. Assim o PLS objetiva viabilizar: ações para fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS); transferências de recursos para grupos vulneráveis e afetados pela pandemia/epidemia; subvenções econômicas e sociais para pessoas e empresas afetadas pela epidemia, inclusive por meio de linhas especiais de financiamento para pes-

quisa e produção de vacinas e medicamentos; e iniciativas para proteção do mercado de trabalho.

Fragilidades / Limites identificados: Ausência de correlação com a estratégia já institucionalizada do SUS para responder às emergências de Saúde de Pública e de estabelecimento de instância gestora dos recursos.

Recomendações ao Legislativo: Não aprovar o PLS, uma vez que não há correlação estabelecida entre os recursos do Fundo e a distribuição dos recursos a partir dos Planos de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública (à luz das normativas do SUS), e não há definições fundamentais, como a unidade gestora dos recursos, delimitação de participação de recursos privados e públicos, entre outros.

Pontos de atenção ao Executivo: O SUS atua de acordo com o Regulamento Sanitário Internacional de 2005, e possui estratégia institucionalizada para responder às emergências de Saúde de Pública. Para tanto, conta com protocolos de gestão de risco e desastres em saúde pública, sistemas informatizados de monitoramento, comitês de monitoramento, salas de situação e redes de informação institucionalizados e em funcionamento, e especialmente, para a situação de desastres naturais, conta com o sistema coordenado específico intitulado "Vigidesastres". Ademais, o Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 6.495/2024 regulamentou incremento financeiro para Estados e Municípios para preparação e resposta às emergências em saúde pública a partir da elaboração de Plano de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública. Neste sentido, o PLS inova ao propor criação de um fundo que poderia financiar os gastos adicionais com Pandemias e Epidemias, no entanto, é omisso em estabelecer a necessária relação com os Planos de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública criados pelas diferentes esferas da federação, como parâmetro distributivo dos recursos.

Oportunidades de Incidência: O campo da saúde coletiva poderia fomentar estratégia de apoio, através de ofertas em educação permanente, que fortalecesse a capacidade dos gestores locais do SUS de construir Planos Locais de Enfrentamento às Emergências em Saúde Pública.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **International Health Regulations (2005)**. 3. ed. Geneva: WHO, 2016.

ABrES – Associação Brasileira de Economia da Saúde. **Nova Política de Financiamento do SUS** - Texto elaborado para Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), sob a coordenação: Francisco R. Funcia. Rio de Janeiro: ABrES; IE-UFRJ, 2022. Disponível em https://www.ie.ufrj.br/images/IE/grupos/GESP/gespnota2022_ABRES%20(2).pdf

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio; BENEVIDES, Rodrigo; FUNCIA, Francisco; MELO, Mariana. **Evolução do piso federal em saúde: 2013-2020.** Brasília, DF: Ipea, out. 2023. 12 p. (Disoc : Nota Técnica, 109). DOI: http://dx.doi.org/10.38116/ntdisoc109-port. Disponível em https://repositorio.ipea.gov.br/entities/publication/9ae3cca6-4b53-447c-993b-50b-83cfe600c

III. COMENTÁRIO

Oficina de análise participativa do material

Financiamento do SUS e Agenda Legislativa

Luciana Dias de Lima
ENSP/Fiocruz

Vou fazer alguns comentários a partir do documento apresentado, buscando destacar seus principais achados, suas contribuições e, sobretudo, o que ele nos ajuda a enxergar sobre o momento atual do financiamento do SUS.

O primeiro ponto que considero importante ressaltar é que o documento tem uma característica que eu gostei muito: ele não analisa projetos de lei de forma isolada ou meramente descritiva. Ele constrói uma **leitura estrutural do financiamento do SUS, articulando as proposições legislativas com o contexto de subfinanciamento crônico, austeridade fiscal e mudança na forma de alocação dos recursos públicos.**

Isso é fundamental, porque o problema que enfrentamos hoje não é apenas a existência de projetos ruins ou bons, mas uma **mudança no padrão de financiamento e de decisão sobre o fundo público** da saúde.

Um eixo central do documento, e talvez o mais relevante para este debate, é a análise do **crescimento das emendas parlamentares no orçamento da saúde.** O texto demonstra com clareza que, especialmente a partir de 2014, e de forma mais intensa após a Emenda Constitucional 95, as emendas passaram a ocupar uma parcela cada vez maior do piso federal do SUS.

Aqui, o documento traz uma contribuição conceitual importante ao utilizar a noção de **"austeridade fiscal seletiva".** Ou seja: enquanto os recursos regulares, planejados, pactuados e sujeitos ao controle social são comprimidos, as emendas parlamentares crescem, tornam-se impositivas, automáticas e menos rastreáveis.

O problema, portanto, não é apenas o volume das emendas, mas o fato de que elas passam a substituir o planejamento do SUS, e não a complementá-lo. Elas operam segundo uma lógica distinta daquela prevista nas leis orgânicas do sistema, fragilizando a **pactuação interfederativa,** o papel dos **conselhos de saúde** e a própria noção de **planejamento ascendente**.

O documento mostra que isso tem **efeitos concretos sobre a organização das redes de saúde.** Recursos pontuais, com objeto previamente definido pela lógica parlamentar, não necessariamente dialogam com as necessidades reais do território e das regiões de saúde. Além disso, são recursos que não podem ser usados para aquilo que

mais pressiona os gestores municipais, que é a necessidade de custeio regular, estável, e a despesa com pessoal.

Nesse sentido, o texto é muito feliz ao evidenciar uma contradição central: **os municípios são cada vez mais responsabilizados pela gestão da oferta de serviços, mas continuam com pouca capacidade de influenciar a lógica de financiamento, que passa a requerer, cada vez mais, negociações políticas no Congresso.**

Outro ponto forte do documento é a crítica a diversas proposições que, sob o discurso de melhorar a execução orçamentária, acabam por desorganizar ainda mais o financiamento do SUS. Projetos que propõem base mensal para aplicação do mínimo constitucional, limites rígidos para restos a pagar ou exceções ao uso dos recursos da saúde entram em choque com princípios básicos do orçamento público e com a forma como o SUS opera na prática.

O documento nos lembra algo fundamental: boa execução orçamentária não é sinônimo automático de garantia do direito à saúde. **A oferta de ações e serviços depende de planejamento, de previsibilidade e de financiamento estável. Alterar regras orçamentárias sem enfrentar o subfinanciamento estrutural tende a gerar mais problemas do que soluções.**

Também merece destaque a análise sobre as propostas que envolvem entidades filantrópicas e a relação público-privado. O texto evita tanto a demonização quanto a idealização dessas entidades. Reconhece sua importância na rede assistencial, mas alerta para os riscos de propostas que fragilizam o comando único do SUS, deslocam recursos do planejamento territorial e reduzem a responsabilidade sanitária dos gestores públicos.

Da mesma forma, ao analisar projetos voltados a emergências, desastres climáticos e fundos específicos, o documento aponta para o risco de criação de mecanismos paralelos, desarticulados das estruturas já existentes do SUS, pode gerar iniquidades e uso político de recursos emergenciais. A crítica aqui não é à necessidade de recursos adicionais, mas à ausência de vínculo com planos de enfrentamento e com a governança do sistema.

Mas como toda boa análise crítica, o documento também nos permite apontar alguns limites. Ele é tecnicamente muito bom, mas pode ser de difícil apropriação por conselheiros e atores do controle social. Talvez versões mais sintéticas ajudem a transformar esse diagnóstico em ferramenta de incidência política mais ampla.

Ainda assim, a principal contribuição do texto é deixar claro que **o risco que o SUS enfrenta hoje não é apenas financeiro. É um risco institucional e político.** O crescimento da destinação parlamentar, a flexibilização de regras e a multiplicação de exceções estão corroendo os fundamentos do financiamento público da saúde como política de Estado.

Encerrando, o documento reafirma algo essencial para o Observatório do SUS: **defender o SUS não é apenas defender mais recursos, mas defender planejamento, coordenação federativa, controle social e equidade. Sem isso, mesmo mais dinheiro pode significar menos SUS.**

AO LEGISLATIVO

- Envidar esforços na ampliação do debate acerca da necessária ampliação das bases orçamentárias do sistema a partir da proteção ao Piso Federal do SUS do regime fiscalista do Novo Arcabouço Fiscal (LC 200/2023), da redução da impositividade das emendas parlamentares (tornando-as aditivas ao piso) e da incorporação de outras medidas, especialmente anticíclicas.

- Adequar as normativas do processo de definição da destinação de emendas parlamentares impositivas ao processo de planejamento do SUS, perseguindo os critérios de distribuição dos recursos e com publicação anual dos valores previstos a cada um dos entes federativos tais como dispõe o Artigo 17 da LC 141/2012, criando-se um limite máximo percentual ao piso federal do SUS que não ultrapasse 10% dos recursos.

- Submeter as emendas parlamentares para o SUS à aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuação na Comissão Intergestores Tripartite conforme art. 17 da LC141/2012.

- Propor ajuste ao Novo Regime Fiscal estabelecido pela Lei Complementar nº 200/2023 (LC 200/2023) de modo a garantir a aplicação do Piso Federal do SUS, mesmo que expresse variação anual superior a 2,5%, e ampliar o Piso Federal a partir de adoção de parâmetros anticíclicos, ampliação do gasto público frente ao crescimento historicamente inferido acelerado do gasto privado e precavendo recursos adequados à transição da pirâmide etária (Propositura do documento: Nova política de Financiamento do SUS – ABrES, 2022).

- Ampliar o percentual mínimo de aplicação dos estados, municípios e distrito federal, aproximando o patamar à já observada aplicação média da gestão municipal (precavendo pressões ainda maiores para estes entes que tem baixa capacidade arrecadatória) e ampliando o percentual ao conjunto de estados.

- Discutir medidas para delimitação da participação do gasto privado no SUS, objetivando conter esse crescimento a partir da ampliação da oferta pública.

- Propor medidas que reforcem o interesse público, limitando as possibilidades de contratualização com as entidades privadas sem fins lucrativos à complementaridade do SUS (como prevê as Leis Orgânicas) reforçando os aspectos normativos que delimitam a destinação dos recursos do Piso Federal do SUS aos instrumentos de planejamento locais.

- Envidar esforços para coadunar a distribuição dos recursos emergenciais de destinação parlamentar (ou criados por projeto de lei do Congresso) a partir dos Planos de Ação de Preparação para a Emergência em Saúde Pública (à luz das normativas do SUS), estabelecendo definições fundamentais, como a unidade gestora dos recursos, delimitação de participação de recursos privados e públicos, entre outros.

- Fortalecer o debate na produção de insumos estratégico da saúde à luz da constituição do Complexo Econômico-Industrial da Saúde, via atuação do Ministério da Saúde e Ministério da Economia.

- Não aprovar as propostas legislativas que aprofundem o subfinanciamento do SUS.

AO EXECUTIVO

- Estabelecer no processo de elaboração das peças orçamentárias os programas prioritários que podem ser tomados para destinação parlamentar como destinação de finalidade e natureza de despesa à luz da estruturação do gasto em saúde tal como determina a LC 141/2012.

- Publicizar anualmente, tal como prevê o artigo 17 da LC 141/2012, os valores previstos para emendas parlamentares a cada um dos entes federativos.

- Estabelecer planejamento de longo prazo para ampliar a oferta de ações e serviços públicos de saúde na rede pública.

- Fortalecer os espaços de participação e controle social, assegurando que o debate sobre financiamento seja amplamente discutido nos conselhos de saúde e instâncias interfederativas.

- O incremento no volume, finalidade e natureza de despesa das emendas parlamentares ampliará a iniquidade na distribuição dos recursos do SUS. Poderá haver diminuição da transparência e rastreabilidade dos recursos que consomem o Piso Federal do SUS, gerará riscos à sustentabilidade das redes locais de saúde, enfraquecimento dos espaços de pactuação interfederativa e de participação social, tal como diminuirá a capacidade do Executivo de implementar as Políticas Nacionais. Além disso, trata-se de proce-

dimento que desrespeita o processo de planejamento ascendente do SUS estabelecido pela Lei Complementar nº 141, de 2012.

- A aprovação de proposições legislativas relacionadas à alteração da base temporal de aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde pode ensejar pressão orçamentária adicional aos entes da federação, sem ampliação da base orçamentária, especialmente ao conjunto dos municípios que já aplicam quase o dobro do percentual mínimo.

- Para despesas não previstas, relacionadas às Emergências em Saúde Pública, é preciso que o executivo programe recursos adicionais garantindo que os recursos alocados a partir da oferta programada de ações e serviços de saúde (pautados nos instrumentos de planejamento do sistema) não sejam redirecionados, protegendo a continuidade das demais políticas. Ademais, é fundamental ainda que estes recursos adicionais sejam direcionados por planos e instrumentos operativos, elaborados pelas gestões locais do SUS, para o Enfrentamento de Emergências Sanitárias, de maneira a precaver iniquidades distributivas e dificuldades no processo de planejamento orçamentário.

- Observar os preceitos da Estratégia Nacional para o Desenvolvimento do Complexo Econômico-Industrial da Saúde instituída via Decreto n 11.714/2023, que visa orientar os investimentos, públicos e privados, nos segmentos produtivos da saúde e em inovação, na busca de soluções produtivas e tecnológicas para enfrentar os desafios em saúde, com vistas à redução da vulnerabilidade do Sistema Único de Saúde - SUS e à ampliação do acesso à saúde.

AOS MOVIMENTOS E INSTITUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA/PÚBLICA

- Fomentar debate nacional, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde, entidades da Reforma Sanitária, gestores e trabalhadores do SUS acerca dos efeitos das emendas parlamentares no SUS.

- Fortalecer os espaços de participação social (conselhos de saúde), por meio de estratégias de educação permanente e comunicação em saúde, com o envolvimento de especialistas da área de contas públicas que possam apoiar os conselhos com os temas da economia da saúde.

- Fomentar um grande movimento nacional de debate, reunindo o poder executivo, as instâncias reguladoras e a participação social com vistas a traçar um plano diretor de fortalecimento da oferta pública (ampliação do gasto público) para os investimentos em saúde, visando dirimir as desigualdades regionais (LC141/2012) e a garantia da manutenção da estrutura normativa do SUS e fortalecimento dos Fundos de Saúde como estruturas protetoras do arranjo normativo do SUS (especialmente do comando único).

- Promover estratégia nacional, através de instituto de pesquisa de universidades públicas, de fomento e apoio à criação de Planejamento Regional Integrado, através de fomento dos espaços de pactuação interfederativa e de participação social.

- Construir movimento amplo de pesquisadores, gestores e participação popular para debater a constituição do Complexo Econômico Industrial da Saúde, relacionando

sua constituição ao estabelecimento de um plano diretor para ampliação da oferta nacional de insumos e tecnologias de saúde organizado à luz das necessidades das regiões de saúde.

- Fomentar debate nacional, em parceria com o Conselho Nacional de Saúde e outras entidades da Reforma Sanitária, acerca da necessidade de adicionar ao Novo arcabouço Fiscal parâmetros anticíclicos, ampliação do gasto público frente ao crescimento historicamente inferido acelerado do gasto privado e recursos adicionais parametrizados pela transição da pirâmide etária (Propositura do documento: Nova política de Financiamento do SUS – ABrES, 2022)

- Fomentar estratégia de apoio, através de ofertas em educação permanente, que fortalecesse a capacidade dos gestores locais do SUS para construir planos locais de enfrentamento às emergências em Saúde Pública.

- Criar método de monitoramento do mecanismo de operação de cessão de créditos a prestadores do SUS operacionalizados por instituições financeiras credenciadas, como prestação de garantia em contratos de mútuo bancário normatizados pela Portaria GM/MS n 2.182/2015. A grande maioria das instituições filantrópicas que participam do SUS fazem uso de tal mecanismo. No entanto, é escasso os meios de publicização de tais informações, tal como do pagamento dos juros relacionados (que hoje consomem os recursos do Piso Federal que é transferido aos entes da federação que possuem contratualização com as referidas entidades).

APÊNDICE:

LISTA DE PROPOSIÇÕES LEGISLATIVAS ANALISADAS

Quadro 1: EMENDAS PARLAMENTARES APROVADAS NA COMISSÃO DE SAÚDE DA CÂMARA FEDERAL EM 2025 E PRN 03/2025

Nº do PL, Autor(a) e Relator(a)	Conteúdo e Objetivos	Link para acesso à tramitação do PL
Emendas Parlamentares Autor: Comissão de Saúde Relator: Não se aplica	Determina finalidade e natureza de despesa para destinação dos recursos de Emendas Parlamentares Coletivas para 2025 – Comissão Saúde da Câmara dos Deputados.	https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/cssf/outros-documentos/emendas-ldo-e-loa
Projeto de Resolução do Congresso Nacional 3/2025 Autores: Mesas do Senado Federal e da Câmara dos Deputados Relator: Senador Davi Alcolumbre (União-AP)	Altera disposições da Resolução nº 1, de 2006-CN, para aprimorar o rito de apresentação e de indicação de emendas parlamentares às leis orçamentárias.	https://www.congressonacional.leg.br/materias/pesquisa/-/materia/169096

Quadro 2: QUADRO SÍNTESE DAS PROPOSTAS LEGISLATIVAS - EIXO: ORÇAMENTO

Nº do PL, Autor(a) e Relator(a)	Conteúdo e Objetivos	Link para acesso à tramitação do PL
PLC 24/2019 Autor: Sen. Jorginho Melo (PL-SC) Relator: Sen. Humberto Costa (PT-PE)	Altera a base temporal, de "anual" para "mensal", da aplicação mínima com despesas com ações e serviços públicos de saúde calculada com base nas transferências legais e constitucionais e impostos diretamente arrecadados para estados, municípios e o DF. Propõe 1% ao mês aos Estados e DF e 1,25% ao mês aos municípios. Não há propositura de alteração da base de receitas do cálculo da aplicação mínima em saúde.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/135209
PL 136/2019 Autor: Senador Rodrigo Pacheco (DEM-MG) Relator: Senador Humberto Costa (PT-PE)	Propõe alterar a base de cálculo da aplicação mínima em despesas com ações e serviços de saúde de estados, municípios e Distrito Federal prevista na Lei Complementar nº 141/2012. Limita a inclusão de despesas classificadas como restos a pagar processados e não processados em 15%.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/136878
PLC 260/2023 Autor: Senador Carlos Viana (PODEMOS-MG) Relator: Aguardando Designação	Cria regime de exceção para a aplicação dos recursos vinculados ao SUS nos exercícios de 2023 e 2024. Permite que nesses respectivos exercícios financeiros, os recursos da saúde possam ser utilizados para o pagamento da folha salarial e encargos sociais de outros órgãos da administração pública estadual, distrital ou municipal.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/161564

Quadro 3: QUADRO SÍNTESE DAS PROPOSTAS LEGISLATIVAS - EIXO: RELAÇÕES PÚBLICO-PRIVADO

Nº do PL, Autor(a) e Relator(a)	Conteúdo e Objetivos	Link para acesso à tramitação do PL
PL 320/2022 Autor: Dep. Marcelo Brum (REPUBLICANOS-RS) Dep. Adriana Ventura (NOVO-SP) – última relatora designada	Vedar, no âmbito dos hospitais públicos e filantrópicos, a prestação de serviços a terceiros nas atividades de diagnóstico por imagem e realização de exames laboratoriais. Foi arquivada após rejeição nas comissões de mérito.	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2314879
PLC 159/2022 Autor: Senador Lasier Martins (PODEMOS-RS) Relator: Aguardando designação de relatoria.	O projeto propõe alterar a Lei de Responsabilidade Fiscal para permitir que hospitais filantrópicos e santas Casas, que participam do Sistema Único de Saúde (SUS), recebam recursos do Fundo Nacional de Saúde, oriundos de emendas parlamentares, mesmo que tenham pendências financeiras.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/155487
PLS 1760/2024 Autor: Senador Irineu Orth (PP-RS) Relator: Senador Paulo Paim (PT–RS)	Dispõe sobre a concessão de auxílio emergencial financeiro às Santas Casas e hospitais filantrópicos sem fins lucrativos, que atuam de forma complementar no Sistema Único de Saúde - SUS, afetados pelo estado de calamidade pública no Rio Grande do Sul.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/163491
PLS 3.206/2023 Autor: Senador Cleitinho (REPUBLICANOS-MG) Relatoria: Senador Laércio Oliveira (PP-SE)	Dispõe sobre páginas eletrônicas de Transparência nas instituições hospitalares filantrópicas que utilizam recursos públicos.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/158368
PLS 3.681/2021 Autor: Senador Paulo Paim (PT-RS) Relator: Senadora Teresa Leitão (PT-PE)	Acrescenta e altera dispositivos da Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, que dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/150310

PLS 2967/2022 Relator: Senador Jader Barbalho (MDB-PA) Relatoria: Senador Fabiano Contarato (PT-ES)	Modifica a Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998, para incluir no rol de organizações sociais as pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, cujas atividades sejam dirigidas à ação social.	https://www.congressonacional.leg.br/materias/materias-bicamerais/-/ver/pl-2967-2022
PLS 10.720/2018 Autoria: Senador José Serra (PSDB-SP) Relatoria: Deputado Luiz Gastão (PSD-CE)	Propõe alterações à Lei 9.637 (Lei das Organizações Sociais), para dispor sobre critérios e requisitos para a qualificação de entidades privadas como organizações sociais e sobre regras para celebração, controle e rescisão dos contratos de gestão.	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2182926
PLS 2583/2020 Autor: Doutor Luizinho (PP-RJ), General Peternelli (PSL-SP), Dra. Soraya Manato (PSL-ES) e outros Relator: Dep. Isnaldo Bulhões Jr. (MDB-AL)	Institui a Estratégia Nacional de Saúde objetivando estabelecer uma estratégia nacional para incentivo às indústrias nacionais que produzam itens essenciais ao sistema de saúde nacional, bem como a pesquisa e desenvolvimento de produtos, insumos, medicamentos e materiais, com vistas a dar autonomia ao nosso país quanto a produção destes itens.	https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2182926

Quadro 4: QUADRO SÍNTESE DAS PROPOSTAS LEGISLATIVAS - EIXO: FINANCIAMENTO

Nº do PL, Autor(a) e Relator(a)	Conteúdo e Objetivos	Link para acesso à tramitação do PL
PLS 32/2020 Autor: Senador Jorge Kajuru (CIDADANIA--GO) Relator: Aguardando designação de relatoria	Altera o art. 320 da Lei nº 9.503, de 1997, que institui o Código de Trânsito Brasileiro, e o art. 32 da Lei nº 8.080, de 1990, Lei Orgânica da Saúde, para destinar recursos da receita arrecadada com a cobrança de multas de trânsito ao financiamento de hospitais especializados em tratamento de câncer no SUS.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/140464
PLS 1.602/2019 Autor: Senador Marcelo Castro (MDB-PI) Relator: Senador Eduardo Braga (MDB-AM)	Altera a Lei nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, que configura infrações à legislação sanitária federal, estabelece as sanções respectivas, e dá outras providências, para instituir a pena de multa aos responsáveis por evento que resulte em danos à saúde da coletividade.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/135824
PLS 3.490/2019 Autor: Senador Astronauta Marcos Pontes (PL-SP) Relator: Senador Humberto Costa (PT--PE)	Dispõe sobre a instituição do Fundo para Enfrentamento de Epidemia.	https://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/158706

ABRASCO

OBSERVATÓRIO DO SUS | ENSP FIOCRUZ

ENSP

FIOCRUZ