

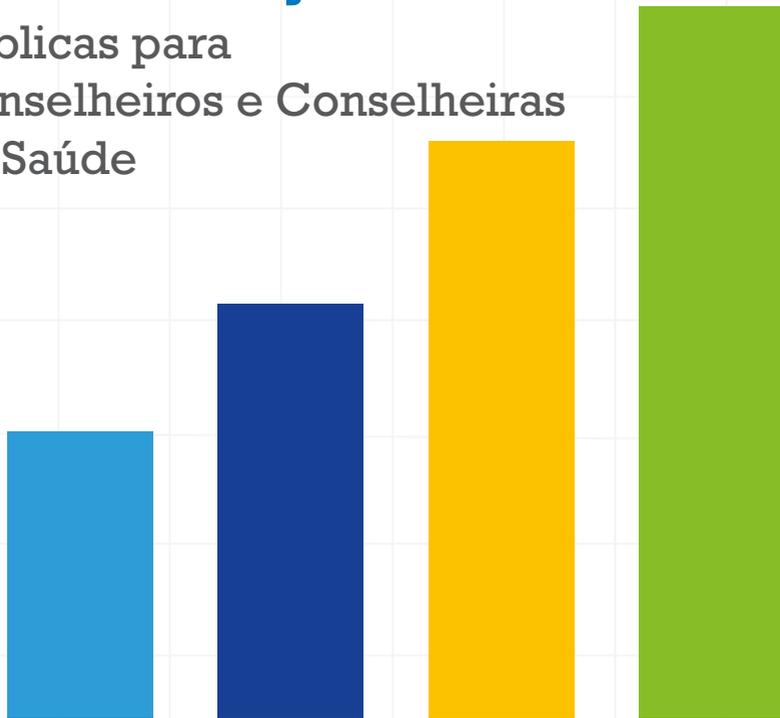
MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE



Manual de

ORÇAMENTO E FINANÇAS

públicas para
Conselheiros e Conselheiras
de Saúde



BRASÍLIA – DF
2016

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde



Brasília – DF
2016

2016 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.



Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: <http://www.saude.gov.br/bvs>.

O conteúdo desta e de outras obras da Editora do Ministério da Saúde pode ser acessado na página: <<http://editora.saude.gov.br>>.

Tiragem: 1ª edição – 2016 – versão eletrônica

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva do Conselho Nacional de Saúde
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-2151 / 3315-2150

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE
Espalada dos Ministérios, bloco G
Edifício Anexo, ala B, 1º andar, salas 103 a 115
CEP: 70058-900 – Brasília/DF
Tels.: (61) 3315-2151 / 3315-2150
Site: www.conselho.gov.br
E-mail: cns@saude.gov.br

Elaboração, revisão e atualização:
Francisco Rózsa Funcia

Coordenação:
Neide Rodrigues dos Santos

Apoio técnico:
Ederson Marques
Lizandra Conte
Mariana Moura

Colaboração:
Alexandre Magno Lins Soares
Ana Cristina Oliveira Brasil
Conselhos Estaduais de Saúde
Conselhos Municipais de Saúde
Coordenação de Nacional de Plenárias de Conselhos de Saúde
Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento
Fundo Nacional de Saúde
Ronald Ferreira dos Santos
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops)
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
Zenite de Freitas Bogea

Editora responsável:

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

Equipe editorial:

Normalização: Daniela Ferreira Barros da Silva
Revisão: Khamila Silva e Tamires Alcântara
Capa, projeto gráfico e diagramação: Marcos Melquíades

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros e Conselheiras de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2016.
105 p. : il.

Edição eletrônica da 2ª edição do livro: Manual de orçamento e finanças públicas para Conselheiros de Saúde, 2011.
ISBN 978-85-334-2425-8

1. Administração em saúde. 2. Finanças públicas. 3. Orçamento. I. Conselho Nacional de Saúde. II. Título.

CDU 614.2:336.1

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2016/0378

Título para indexação:

Budget manual and public finance for health counselors

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	– Ciclo Orçamentário e Planejamento do SUS.....	9
Figura 2	– Visão Integrada dos Instrumentos do Planejamento PPA/PS, LDO e LOA/PAS	16
Figura 3	– Contextualização da Política de Saúde (Processo de Planejamento Integrado do Governo)	17
Figura 4	– Os Instrumentos do Planejamento em Perspectiva Temporal Exemplo da União e dos Estados	17
Figura 5	– Ciclo Orçamentário Expandido.....	18
Figura 6	– Fases Iniciais do Processo de Planejamento.....	29
Figura 7	– Questões Básicas para a Elaboração do Capítulo da Saúde do PPA.....	31
Figura 8	– Planejamento de Longo Prazo e Curto Prazo: Programas como Elo de Ligação Temporal entre os Instrumentos do Processo de Planejamento e Execução Orçamentária.....	32
Figura 9	– Planejamento de Longo Prazo e Curto Prazo: PPA e LOA.....	33
Figura 10	– Etapas do PPA e Caracterização	38
Figura 11	– Estimativa da Receita.....	44
Figura 12	– Renúncia de Receita: Exigências da LRF	46
Figura 13	– Classificação da Receita Pública	47
Figura 14	– Conteúdo do Projeto de Lei Orçamentária Anual	48
Figura 15	– Classificação da Despesa Pública	50
Figura 16	– Aplicação da Classificação Funcional-Programática	54
Figura 17	– Aplicação da Classificação Econômica	58

Figura 18 – Visão Integrada da Despesa Pública pela Classificação Econômica	59
Figura 19 – Visão Integrada da Despesa Pública, Segundo as Classificações Econômica Funcional-Programática..	59
Figura 20 – Abertura de Créditos Adicionais.....	60
Figura 21 – Limites Legais para Despesas com Pessoal	62
Figura 22 – Despesas de Pessoal Não Computadas para a Apuração do Percentual	63
Figura 23 – Despesa Orçamentária e Extraorçamentária	64
Figura 24 – Principais Aspectos da Execução Orçamentária e Financeira.....	65
Figura 25 – Estágios de Processamento da Despesa Pública	68
Figura 26 – Classificação dos Empenhos	70
Figura 27 – Conteúdo do Relatório de Gestão Fiscal	73
Figura 28 – Demonstrativo da Receita Corrente Líquida da União: Últimos 12 meses.....	74
Figura 29 – Quadro de Acompanhamento da Receita Base de Cálculo pra Aplicação Mínima em Ações e Serviço Público de Saúde nos Estados e Distrito Federal.....	75
Figura 30 – Quadro de Acompanhamento da Receita Base e Cálculo para Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde nos Municípios e Distrito Federal.....	76

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
1 INTRODUÇÃO	8
2 FUNDAMENTOS LEGAIS.....	20
3 PLANO PLURIANUAL (PPA).....	28
4 LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO)	40
5 ESTIMATIVA DA RECEITA, LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) E EXECUÇÃO.....	44
5.1 Estimativa da Receita	44
5.2 Lei Orçamentária Anual (LOA).....	47
5.3 Execução Orçamentária e Financeira	64
6 RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO	72
6.1 Relatórios da Lei de Responsabilidade Fiscal	72
6.2 Fórmulas Básicas de Acompanhamento da Execução Orçamentária que poderão integrar um ou mais relatórios.....	74
6.3 Planilhas de acompanhamento da arrecadação da receita base de cálculo para aplicação constitucional mínima em ações e serviços de saúde na União, no Distrito Federal (síntese das duas seguintes), nos estados e nos municípios.....	74
6.4 Outros Quadros de Acompanhamento da Execução Orçamentária (modelos com exemplos de apresentação).....	78
REFERÊNCIAS	82
GLOSSÁRIO	85
ANEXOS.....	88
Anexo A – Roteiro Complementar para Fiscalização da Gestão por parte dos Conselheiros de Saúde	88
Anexo B – Roteiro Básico para Elaboração de Diagnóstico.....	100
Anexo C – Despesas que “Podem” e que “Não Podem” Ser Computadas no Cálculo da Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (conforme Lei Complementar nº 141/2012).....	103

APRESENTAÇÃO

A Comissão Permanente de Orçamento e Financiamento (Cofin-CNS) foi criada no Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1993 e tem como atribuições principais subsidiar os conselheiros no acompanhamento do processo de execução orçamentária e financeira do Ministério da Saúde, bem como na formulação de diretrizes para o processo de Planejamento e Avaliação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O problema do subfinanciamento do SUS ficou ainda mais grave com o início da vigência da Emenda Constitucional nº 86/2015, cuja aplicação mínima de 13,2% da Receita Corrente Líquida representará uma redução em comparação aos 14,8% aplicados em 2015. Há ainda uma nova ameaça de redução dos recursos do SUS: a tramitação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 143/2015, que, se for aprovada pelo Congresso Nacional, promoverá o aumento da Desvinculação das Receitas da União de 20% para 25% e criará a Desvinculação das Receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios também em 25%, o que reduzirá as receitas utilizadas para a base de cálculo da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde.

Precisamos defender o SUS público, universal e de qualidade e, para isso, não basta apenas fiscalizar e aprimorar a gestão dos serviços, mas principalmente aumentar os recursos para o SUS: enquanto os gastos com saúde pública no Brasil representam 3,9% do PIB (somados federal, estaduais e municipais), as referências internacionais para sistemas de saúde similares ao nosso alocam no mínimo 7,0% do PIB. Portanto, não há nenhuma dúvida: há subfinanciamento e o SUS precisa de mais recursos. Não há contradição na luta para melhorar as condições de financiamento e para melhorar a gestão.

Em 2013, o Movimento Saúde+10, coordenado pelo Conselho Nacional de Saúde, mobilizou e unificou a luta da sociedade brasileira em prol da ampliação do financiamento de um sistema público e de qualidade na atenção à saúde, reunindo mais de 2,2 milhões de assinaturas para a

apresentação de um projeto de lei de iniciativa popular (PLC nº 321/2013) com a proposta da alocação mínima de 10% das Receitas Correntes Brutas para o orçamento federal do SUS.

No final de 2015, foi retomada essa mobilização com a criação da Frente Nacional em Defesa do SUS (AbraSUS), reunindo CNS, Conselho Nacional de Secretários da Saúde (Conass), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (Consems) e várias entidades da sociedade civil e movimentos sociais a fim de sensibilizar o Congresso Nacional para a aprovação da PEC 01/2015 (aumento da aplicação mínima da União, sendo 14,8% no primeiro ano até atingir 19,4% da Receita Corrente Líquida a partir do sétimo ano de vigência), cujo resultado positivo dessa mobilização foi contribuir para a elaboração de uma proposta de consenso entre os parlamentares da base governista e da oposição que resultou na aprovação em primeiro turno na Câmara dos Deputados.

Os conselheiros nacionais, estaduais e municipais de saúde estão percebendo cada vez mais que os serviços públicos de saúde não podem melhorar sem o financiamento adequado, principalmente para a mudança do modelo de atenção, para que a atenção básica seja a ordenadora do cuidado, e para a valorização dos servidores públicos da Saúde. Mas, também, estamos conscientes de que precisamos apoiar novas fontes de receita que respeitem a tributação progressiva (paga mais quem ganha mais), no atual contexto da crise fiscal.

Esperamos que este Manual fortaleça sua atuação em defesa do SUS.

Boa leitura a todos e todas.

Presidência do Conselho Nacional de Saúde

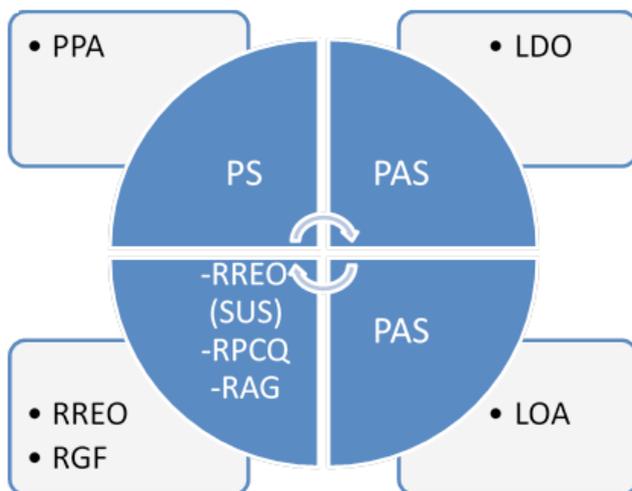
1 INTRODUÇÃO

O objetivo deste Manual é apresentar as noções básicas relativas ao orçamento e às finanças públicas, tendo como público-alvo os conselheiros de saúde.

Do ponto de vista metodológico, a elaboração deste Manual obedeceu à cronologia do “Ciclo Orçamentário” e a interdependência existente:

- a) com os instrumentos básicos do planejamento do setor público brasileiro em obediência ao que disciplina a Constituição Federal, a Lei Complementar nº 101/2000 (também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal) e a Lei Federal nº 4.320/1964 (que disciplina o orçamento e a contabilidade pública): PPA (Plano Plurianual, quadrienal), LDO (Lei de Diretrizes Orçamentárias, anual), LOA (Lei Orçamentária Anual) e os relatórios RREO (Relatório Resumido da Execução Orçamentária, bimestral) e RGF (Relatório de Gestão Fiscal, quadrimestral); e
- b) com os instrumentos básicos do planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS), em obediência ao que disciplina a Constituição Federal, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, a Lei Federal nº 8.142, 28 de dezembro de 1990, a Lei Complementar nº 141, 13 de janeiro de 2012 e os decretos e portarias que regulamentam o Sistema Único de Saúde (SUS): PS (Plano de Saúde, quadrienal), PAS (Programação Anual de Saúde) e os relatórios RQPC (Relatório Quadrimestral de Prestação de Contas) e RAG (Relatório Anual de Gestão). É oportuno registrar a obrigatoriedade de elaboração de um RREO (citado no item “a”) bimestral específico para a saúde. A Figura 1 ilustra essa interdependência.

Figura 1 – Ciclo Orçamentário e Planejamento do SUS



Fonte: Elaboração própria.

Este Manual não trata dos lançamentos e dos registros contábeis, nem prioriza outros aspectos da contabilidade pública: trata do processo de planejamento e execução orçamentária e financeira das ações e dos serviços públicos de saúde; em outras palavras, este Manual aborda os principais aspectos da elaboração ao acompanhamento das ações de implementação da política de saúde, servindo de referência para a atuação dos conselheiros de Saúde, especialmente para a fiscalização da execução orçamentária e financeira, fundamentada pela Lei Federal nº 8.080/1990, pela Lei Federal nº 8.142/1990 e pela Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a saber:

- a) Lei Federal nº 8.080/1990, *caput* do artigo 36 e parágrafos 1º e 2º:

O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde-SUS será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

§ 1º Os planos de saúde serão a base das atividades e programações de cada nível de direção do Sistema Único de Saúde-SUS e seu financiamento será previsto na respectiva proposta orçamentária.

§ 2º É vedada a transferência de recursos para o financiamento de ações não previstas nos planos de saúde, exceto em situações emergenciais ou de calamidade pública, na área de saúde.

b) Lei Federal nº 8.142/1990, parágrafo 2º do artigo 1º:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

c) Resolução nº 453/2012:

[...]

Terceira Diretriz: a participação da sociedade organizada, garantida na legislação, torna os Conselhos de Saúde uma instância privilegiada na proposição, discussão, acompanhamento, deliberação, avaliação e fiscalização da implementação da Política de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

[...]

Quarta Diretriz: as três esferas de Governo garantirão autonomia administrativa para o pleno funcionamento do Conselho de Saúde, dotação orçamentária, autonomia financeira e organização da

secretaria-executiva com a necessária infraestrutura e apoio técnico:

[...]

III – o Conselho de Saúde decide sobre o seu orçamento;

[...]

X – a cada quadrimestre deverá constar dos itens da pauta o pronunciamento do gestor, das respectivas esferas de governo, para que faça a prestação de contas, em relatório detalhado, sobre andamento do plano de saúde, agenda da saúde pactuada, relatório de gestão, dados sobre o montante e a forma de aplicação dos recursos, as auditorias iniciadas e concluídas no período, bem como a produção e a oferta de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada, de acordo com o art. 12 da Lei no 8.689/93 e com a Lei Complementar no 141/2012;

[...]

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde [...] compete:

[...]

IV – atuar na formulação e no controle da execução da política de saúde, incluindo os seus aspectos econômicos e financeiros, e propor estratégias para a sua aplicação aos setores público e privado;

V – definir diretrizes para elaboração dos planos de saúde e deliberar sobre o seu conteúdo, conforme as diversas situações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços;

VI – anualmente deliberar sobre a aprovação ou não do relatório de gestão;

VII – estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS [...].

VIII – proceder à revisão periódica dos planos de saúde;

[...]

X – avaliar, explicitando os critérios utilizados, a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde do SUS;

[...]

XIII – aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, observado o princípio do processo de planejamento e orçamento ascendentes, conforme legislação vigente;

XIV – propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destino dos recursos;

XV – fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os recursos transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União, com base no que a lei disciplina;

XVI – analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, e garantia do devido assessoramento;

[...]

XX – estimular articulação e intercâmbio entre os Conselhos de Saúde, entidades, movimentos populares, instituições públicas e privadas para a promoção da Saúde;

XXI – estimular, apoiar e promover estudos e pesquisas sobre assuntos e temas na área de saúde pertinente ao desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS);

[...]

XXIV – deliberar, elaborar, apoiar e promover a educação permanente para o controle social, de acordo com as Diretrizes e a Política Nacional de Educação Permanente para o Controle Social do SUS;

XXV – incrementar e aperfeiçoar o relacionamento sistemático com os poderes constituídos, Ministério Público, Judiciário e Legislativo, meios de comunicação, bem como setores relevantes não representados nos conselhos;

[...]

d) Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/2000):

Art. 48. São instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público: os planos, orçamentos e leis de diretrizes orçamentárias; as prestações de contas e o respectivo parecer prévio; o Relatório Resumido da Execução Orçamentária e o Relatório de Gestão Fiscal; e as versões simplificadas desses documentos.

Parágrafo único. A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular

e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

- e) Lei Complementar nº 141/2012 (resumo dos artigos selecionados):
 - e.1) Deliberar sobre as despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades que serão consideradas como ações e serviços de saúde na prestação de contas do respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.
 - e.2) Deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e os serviços públicos de saúde pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.
 - e.3) Avaliar a gestão do SUS quadrimestralmente e emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 quando da apreciação das contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.
 - e.4) Avaliar a repercussão da LC 141/2012 sobre as condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população e encaminhamento ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação das indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.
 - e.5) Apreciar os indicadores propostos pelos gestores de saúde dos respectivos entes da Federação para a avaliação da qualidade das ações e dos serviços públicos de saúde e a implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39.
 - e.6) Participar na formulação do programa permanente de educação na saúde para qualificar a atuação dos conselheiros, especialmente usuários e trabalhadores, na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

- e.7) Assessorar o Poder Legislativo de cada ente da Federação, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012, especialmente, a elaboração e a execução do Plano de Saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo a Fundo, a aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS.
- e.8) Receber informação do Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferência aos estados, Distrito Federal e municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes da Federação.
- e.9) Receber informação do Ministério da Saúde sobre o descumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 pelos estados, Distrito Federal e municípios.
- e.10) Além dessas, são atribuições exclusivas do Conselho Nacional de Saúde, conforme a LC 141/2012:
 - e.10.1) Deliberar sobre a metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) para definição dos montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para estados, Distrito Federal e municípios para custeio das ações e dos serviços de saúde.
 - e.10.2) Deliberar sobre as normas do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).
 - e.10.3) Deliberar sobre o modelo padronizado do Relatório Anual de Gestão (RAG) da União, estados, Distrito Federal e municípios e do modelo simplificado desse relatório para os municípios com menos de 50 mil habitantes.
- e.11) Observação: ver complementação do roteiro de fiscalização da gestão pelos conselheiros de saúde no Anexo B.

A linguagem orçamentária é técnica e, portanto, de difícil entendimento para a maioria da população. Muitos técnicos que

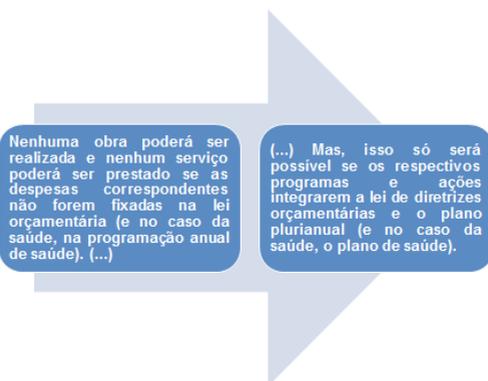
trabalham nos governos ou que estudam as finanças públicas usam do seu conhecimento nessa área para manter as pessoas sob sua dependência. Na linguagem popular, fazem com que muitos “comam em suas mãos”.

Desta forma, este Manual pretende contribuir para:

- a) “democratizar a técnica”, aproximar o “saber técnico” do “saber popular”, para que a análise orçamentária não seja “propriedade” de poucos, mas um meio para efetivação do controle social;
- b) “dominar a técnica”, para que esteja a serviço dos interesses da coletividade, no nosso caso, por meio da atividade exercida pelos conselheiros de saúde;
- c) a integração dos instrumentos de planejamento – PPA com Plano de Saúde, LDO e LOA com Programação Anual de Saúde.

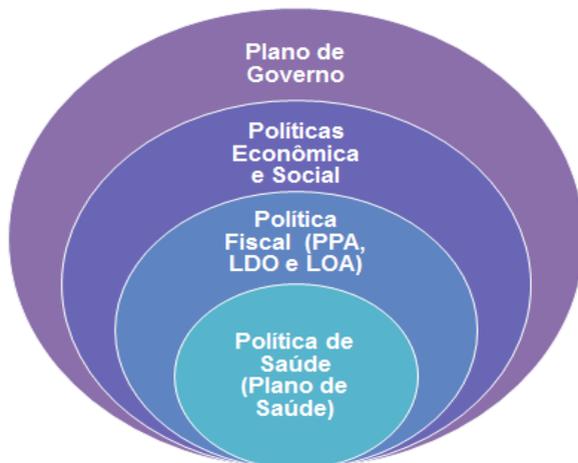
Por que isso é importante? Porque todas as decisões dos governos federal, estaduais e municipais, o que inclui a política de saúde, devem estar expressas, de forma direta, no orçamento e, mais precisamente, naqueles instrumentos de planejamento citados anteriormente. A Figura 2 expressa essa visão integrada.

Figura 2 – Visão Integrada dos Instrumentos do Planejamento PPA/PS, LDO e LOA/PAS



A Figura 3 ilustra o contexto do planejamento da saúde pública na perspectiva do processo de planejamento integrado existente nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

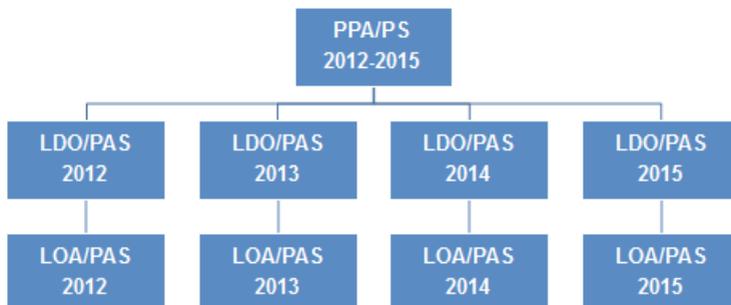
Figura 3 – Contextualização da Política de Saúde (Processo de Planejamento Integrado do Governo)



Fonte: Elaboração própria.

A Figura 4 apresenta os instrumentos de planejamento do setor público brasileiro, e do setor Saúde em particular, de forma integrada e em perspectiva temporal, para o período de vigência do PPA da União e dos estados (por exemplo, 2012-2015).

Figura 4 – Os Instrumentos do Planejamento em Perspectiva Temporal Exemplo da União e dos Estados



Fonte: Elaboração própria.

A Figura 5 representa o “Ciclo Orçamentário Expandido”, na qual é possível estabelecer uma espécie de calendário ou de agenda a ser observada pelos conselheiros de saúde, com o intuito de acompanhar e fiscalizar todas as etapas do processo de planejamento do setor público brasileiro (por exemplo, em 2015).

Figura 5 – Ciclo Orçamentário Expandido



Fonte: Adaptado de Funcia, Francisco R., Rezende, Álvaro R. e Vignoli, Francisco H. Apresentação. Mimeo., 2010.

Para o desenvolvimento deste Manual, foram consideradas as seguintes referências legais, bem como documentos oficiais que abordam o tema proposto:

- Constituição Federal do Brasil (CF-88).
- Lei Complementar nº 101/2000, também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), alterada pela Lei Complementar nº 131/2009.
- Lei Complementar nº 141, de 13/1/2012.
- Lei Federal nº 4.320/1964 (Lei nº 4.320/1964).

- Lei Federal nº 8.080/1990 (Lei nº 8.080/1990).
- Lei Federal nº 8.142/1990 (Lei nº 8.142/1990)
- Lei Federal nº 8.689/1993 (Lei nº 8.689/1993).
- Lei Federal nº 12.593, de 18/1/2012 (Lei nº 12.593/2012).
- Portaria do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão – MOG nº 42/99 (Portaria nº 42/1999).
- Portaria Interministerial da Secretaria do Tesouro Nacional e Secretaria do Orçamento Federal – STN/SOF nº 163/2001 (Portaria nº 163/2001), alterada pela Portaria Conjunta nº 01, de 13/7/2012 e atualizações.
- Portaria STN nº 637, de 18/10/2012, que aprovou a 5ª edição do *Manual de Demonstrativos Fiscais* (Portaria nº 637/2012/MDF), alterada pela Portaria STN nº 465, de 19/8/2013.
- Portarias do Ministério da Saúde: 204/2007 (Portaria MS nº 204/2007), modificada pela nº 412, de 15/3/2013; e nº 2.135, de 25/9/2013 (Portaria MS 2.135/2013).

O Manual está estruturado em cinco partes, além desta introdução: na primeira parte, os fundamentos legais para a proposição, a fiscalização e o controle sobre as questões financeiras e orçamentárias da saúde; na segunda parte, o Plano Plurianual (PPA); na terceira parte, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); na quarta parte, os estudos técnicos da estimativa da Receita, a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Execução; e, na quinta parte, os Relatórios de Acompanhamento e Gestão.

Por fim, o Manual tem os seguintes anexos no final, a saber: o Anexo A contém o glossário com o significado de alguns dos termos utilizados neste Manual; o Anexo B contém o roteiro básico para a fiscalização dos conselheiros de saúde; o Anexo C contém o roteiro para levantar a situação encontrada pelo gestor público ao assumir o mandato governamental; e o Anexo D apresenta os dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012 que definem as despesas que “podem” e que “não podem” ser computadas para o cálculo da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde.

2 FUNDAMENTOS LEGAIS

O objetivo desta parte é apresentar os fundamentos legais sobre a proposição, a fiscalização e o controle das questões financeiras e orçamentárias da saúde, considerando estudo realizado por Gilson Carvalho, cujo roteiro completo se encontra no Anexo B.

Assim sendo, após a leitura desta parte, os conselheiros de saúde deverão estar preparados para responder a seguinte pergunta: quais são os princípios e as referências constitucionais e legais relacionados aos aspectos orçamentários e financeiros da saúde?

Inicialmente, é importante destacar que “ações e serviços públicos de saúde”, bem como os serviços privados ou contratados que integram o Sistema Único de Saúde, obedecem às diretrizes do artigo 198 da CF, apresentando as seguintes características e/ou atendendo aos seguintes critérios e/ou requisitos nos termos do artigo 2º da LC nº 141 e do artigo 7º da Lei nº 8.080:

- a) acesso universal, igualitário e gratuito, em todos os níveis de assistência;
- b) integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- c) preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- d) igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- e) direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- f) divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- g) utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

- h) participação da comunidade;
- i) descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização e na hierarquização da rede de serviços de saúde;
- j) integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico, sem se confundir com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população;
- k) conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população, com a organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos;
- l) capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- m) compatíveis com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde dos governos federal, distrital, estaduais e municipais;
- n) movimentação de recursos financeiros exclusivamente pelos respectivos fundos de saúde;
- o) observação: o Anexo D contém o rol de despesas que podem ser consideradas como “ações e serviços públicos de saúde” (artigos 3º da LC nº 141 e artigo 6º da Lei nº 8.080/1990), bem como as que não podem ser legalmente consideradas para esse fim (artigo 4º da LC nº 141).

Cumpra registrar que a administração pública obedecerá aos princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência (artigo 37 da Constituição Federal). Cabe destacar que todos os cidadãos têm o direito de receber informações e serem ouvidos pelos gestores públicos de todas as áreas governamentais. O artigo 5º, inciso XXXIII, da Constituição Federal é claro ao estabelecer que “todos

têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas sob pena de responsabilidade”, além da possibilidade de qualquer um fazer denúncia ao Tribunal de Contas da União (conforme artigo 74, § 2º).

A LC nº 141 revogou o § 1º, art. 35, da Lei nº 8.080/1990, que estabelecia uma regra clara e simples de transferência de recursos financeiros de forma regular e automática para os estados e os municípios, e o art. 12 da Lei no 8.689, de 27 de julho de 1993, que normatizava o processo trimestral de prestação de contas dos gestores do SUS aos Conselhos Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde e ao Poder Legislativo no âmbito dos estados, Distrito Federal e municípios – para prestação de contas quadrimestral.

Compete ao gestor público da área da saúde da União, dos estados e dos municípios garantir as condições necessárias ao acompanhamento e à fiscalização do respectivo Fundo de Saúde pelos Conselhos de Saúde.

Essa garantia pode ser observada em várias partes da Constituição Federal:

- a) No capítulo que trata dos direitos sociais, mais precisamente na norma geral estabelecida pelo artigo 10 da Constituição Federal, que assegura a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que os interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação.
- b) No capítulo que trata da seguridade social, especialmente no artigo 194, inciso VII, que prevê a gestão quadripartite formada “com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados”.
- c) No artigo 198, inciso III, ao estabelecer a participação da comunidade como uma diretriz para a organização dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

- d) No artigo 77 dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), ao determinar que os fundos de saúde serão acompanhados e fiscalizados pelos respectivos conselhos de saúde.

Além disso, as Leis Federais nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, conhecidas como “Lei Orgânica da Saúde”, também trataram desse tema ao estabelecer que os recursos financeiros vinculados à saúde serão movimentados sob a fiscalização dos conselhos de saúde (Lei nº 8.080, artigo 33) e que, entre as atribuições dos conselhos de saúde, uma delas refere-se à formulação de estratégias e ao controle da política da saúde também nos aspectos econômicos e financeiros (Lei nº 8.142, artigo 1º, §3º).

O gestor público da área da saúde é responsável ainda pela administração de todos os recursos orçamentários e financeiros vinculados à saúde, sejam eles arrecadados pela própria esfera de governo ou oriundos das transferências intergovernamentais, conforme estabelecido:

- a) No artigo 195, § 2º, da Constituição Federal, que trata da elaboração da proposta do Orçamento da Seguridade Social.
- b) No artigo 33, § 1º, da Lei nº 8.080/1990, que disciplina a administração dos recursos financeiros da saúde da esfera federal de governo pelo Fundo Nacional de Saúde.
- c) No artigo 49 da Lei Estadual 791 (Código de Saúde de São Paulo), que estabelece a movimentação financeira dos recursos do SUS pelos fundos de saúde sob a fiscalização do respectivo conselho de saúde.

Sobre esse último ponto, não há nenhuma dúvida em relação à obrigatoriedade dos gestores da saúde instituírem e manterem os respectivos fundos de saúde para a aplicação de todos os recursos (artigo 77, § 3º, dos Atos das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT), próprios ou transferidos, inclusive por meio de contas especiais (artigo 33 da Lei nº 8.080/1990), que representa uma das condições necessárias para o recebimento de recursos federais (artigo 4º da Lei nº 8.142/1990 e artigo 2º do Decreto nº 1.232). A Lei Complementar nº 141/2012 reforça esses

dispositivos e exige que o fundo de saúde seja unidade orçamentária¹ e gestora² (artigo 14), de modo que ele não pode ser apenas contábil ou um fundo de despesa limitado ao conceito da Lei nº 4.320/1964, devendo inclusive ter cadastro próprio como “matriz”³ no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) do Ministério da Fazenda. Portanto, na condição legal de unidade orçamentária e gestora, o fundo de saúde não pode mais atuar de forma restringida e subordinada às decisões centralizadas da gestão orçamentária e financeira nos âmbitos da União, do Distrito Federal, dos estados e dos municípios.

Em outros termos, os gestores dos respectivos fundos de saúde na União, no Distrito Federal, nos estados e nos municípios devem participar das decisões governamentais centralizadas sobre orçamento e finanças públicas cujos efeitos impactem direta ou indiretamente a execução orçamentária e financeira do fundo de saúde. Os montantes financeiros do fundo de saúde devem constar separadamente do “caixa geral ou único”, com a demonstração da disponibilidade de caixa vinculada e específica, bem como a elaboração de demonstrações contábeis segregadas (Lei Complementar nº 101/2000, parágrafo único do art. 8º, e incisos I e III do art. 50), mas integradas à contabilidade geral.

Cada esfera de governo é obrigada a garantir um volume mínimo de recursos para financiar as ações e os serviços de saúde, nos termos da Emenda Constitucional nº 86/2015, Emenda Constitucional nº 29/2000 combinada com a Lei Complementar nº 141/2012: a União, pelo percentual da receita corrente líquida (de 13,2% em 2016 até 15,0% a partir de 2020), os estados pela aplicação de 12% da receita base de

¹ Unidade orçamentária é o “agrupamento de serviços subordinados ao mesmo órgão ou repartição a que serão consignadas dotações próprias” (conforme Lei nº 4.320/1964, art. 14), bem como garante o poder de disposição sobre o orçamento (conforme Secretaria do Tesouro Nacional, disponível em <www.tesouro.fazenda.gov.br/servicos/glossario/glossario_u.asp>).

² Unidade gestora garante o poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sob descentralização (conforme Secretaria do Tesouro Nacional, disponível em <www.tesouro.fazenda.gov.br/servicos/glossario/glossario_u.asp>).

³ Conforme *Manual de Demonstrativos Fiscais – MDF*, aplicado à União, aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios (5ª Edição, página 402), aprovado pela Portaria STN nº 637, de 18 de outubro de 2012. Em outras palavras, o fundo de saúde não pode ser cadastrado como “filial” do ente da Federação a que estiver vinculado. Essa exigência, contudo, não garante personalidade jurídica ao fundo de saúde em termos de firmar contratos, contratar pessoal e ser proprietário dos recursos e patrimônio sob sua gestão.

cálculo (ver planilha na Parte 5 deste Manual) e os municípios, pela aplicação de 15% da receita base de cálculo (ver planilha na Parte 5 deste Manual).

Deverá existir disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, ou seja, os valores correspondentes aos Restos a Pagar vinculados ao SUS deverão estar depositados na conta vinculada do Fundo de Saúde, para que o percentual apurado de aplicação com base nos valores empenhados e/ou liquidados sejam efetivamente computados (artigo 24 da Lei Complementar nº 141/2012). Em outros termos, a partir da vigência desta lei, por exemplo: o percentual aplicado em ações e serviços públicos de saúde no ano de 2014 será obtido a partir da soma das despesas empenhadas e pagas em 2014 com os recursos financeiros na(s) conta(s) do fundo de saúde em 31 de dezembro de 2014; esses recursos servirão para pagar, no exercício de 2015, as despesas empenhadas e/ou liquidadas em 2014, mas não pagas em 2014.

Segundo a Constituição Federal, o processo de financiamento das ações e dos serviços públicos de saúde deve ser compartilhado entre as três esferas de governo (artigo 30, inciso VII; artigos 195 e 198, § 1º; e artigo 77 dos ADCT).

O planejamento das ações e dos serviços públicos de saúde também é regulamentado pela Constituição Federal, que estabelece a obrigatoriedade do gestor público da União, dos estados e dos municípios associarem os respectivos Planos de Saúde ao Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual de cada esfera de governo, submetidos aos Conselhos de Saúde antes do encaminhamento ao Poder Legislativo. Essa exigência está contida também no artigo 48 da Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que exige a realização de audiências públicas na fase de elaboração dos planos e orçamentos, bem como na fase de tramitação dos respectivos projetos de lei no Poder Legislativo, e no artigo 36 da Lei nº 8.080/1990, que estabelece o caráter ascendente do processo de planejamento do SUS e a compatibilidade das necessidades com a disponibilidade de recursos.

O parágrafo único do artigo 31 da Lei Complementar nº 141/2012 reforçou especificamente a necessidade de incentivar a participação popular e de realizar audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde. Esta lei contemplou também, em vários dispositivos, aspectos metodológicos para o processo de planejamento, com destaque para o caráter ascendente do processo de planejamento nos termos dos parágrafos 1º, 2º e 3º do artigo 30 (pactuações intermunicipais serão a referência para os planos e metas estaduais, que serão a base para o plano e as metas nacionais, na perspectiva da equidade inter-regional e interestadual), e para o caráter deliberativo dos conselhos de saúde sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades nos termos do parágrafo 4º do artigo 30, a partir das necessidades de saúde da população, na perspectiva da equidade e da integralidade.

A prestação de contas à comunidade é outra obrigação constitucional e legal dos gestores públicos de saúde e ocorre de diversas formas:

- a) pelos artigos 1º e 2º da Lei nº 9.452, de 12 de março de 1997, a administração federal deve comunicar à Câmara sobre as transferências de recursos no âmbito do SUS e as Prefeituras devem notificar os sindicatos, as entidades empresariais e os partidos políticos quando receberem recursos para a área de saúde, no prazo de 48 horas a partir do ingresso nos cofres públicos.
- b) a Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 (e suas alterações), obriga o gestor a publicar ou afixar mensalmente a listagem de todas as compras realizadas em local de ampla circulação, contendo o bem, o preço unitário, a quantidade adquirida, o nome do vendedor, o valor total da operação.
- c) os artigos 36 e 41 da Lei Complementar nº 141/2012 obrigam o gestor público da saúde de cada esfera de governo a prestar contas ao respectivo conselho de saúde a cada quatro meses, bem como em audiência pública no Poder Legislativo, mediante a apresentação de relatório com as informações sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, e a oferta e a produção

de serviços na rede própria e conveniada. Os conselhos de saúde avaliarão (sem deliberar um parecer conclusivo) esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação e os resultados da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde, inclusive a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas, encaminhando ao chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias. O Relatório Anual de Gestão deverá ser encaminhado ao respectivo conselho de saúde até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao conselho emitir parecer conclusivo (aprovação ou rejeição) sobre o cumprimento ou não das normas estabelecidas por essa lei complementar;

- d) o gestor público é obrigado a publicar bimestralmente o relatório de execução orçamentária (conforme o artigo 165, § 3º, da Constituição Federal, e o artigo 52 da Lei Complementar nº 101/2000) e disponibilizar as contas anuais por 60 dias para verificação e análise de todo contribuinte interessado (artigo 31, § 3º, da Constituição Federal);
- e) os relatórios resumidos de execução orçamentária (RREO, bimestrais) e os relatórios de gestão fiscal (RGF, quadrimestrais) deverão ser publicados em jornais de grande circulação e disponibilizados pela internet, além de apresentados em audiências públicas realizadas no Poder Legislativo (conforme artigos 9º, 48 e 67 da Lei Complementar nº 101/2000). Os RREOs conterão bimestralmente o demonstrativo das despesas com saúde.

Portanto, esses são os fundamentos legais que devem embasar os conselheiros de saúde no exercício do papel propositivo e fiscalizador dos aspectos orçamentários e financeiros da gestão federal, estadual e municipal do SUS. Os assuntos das áreas de orçamento e finanças públicas que serão tratados a seguir devem ser entendidos a partir desse quadro de referências constitucional e legal apresentado anteriormente, o que fortalecerá a atuação dos conselheiros de saúde.

3 PLANO PLURIANUAL (PPA)

As linhas gerais dos planos de governos vitoriosos nas urnas após debate dos candidatos a presidente, governador e prefeito com a sociedade durante a campanha eleitoral deverão nortear a elaboração do Plano Plurianual (PPA) no início das respectivas gestões federal, estaduais e municipais.

Esse instrumento contém a programação de longo prazo (quatro anos) de todas as áreas da atuação governamental e as diretrizes, os objetivos e as metas da administração pública para as despesas de capital e outras delas decorrentes, inclusive os programas de duração continuada, nos termos estabelecidos pelo artigo 165 da CF-88. Com isso, o PPA é a base de orientação para a elaboração da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e da Lei Orçamentária Anual (LOA).

O Projeto de Lei do PPA deverá ser apresentado no primeiro ano de mandato ao Poder Legislativo. Não há um prazo comum de encaminhamento para a União, os estados e os municípios, variando entre 31 de agosto e 30 de setembro, geralmente coincidindo com a data de apresentação da LOA desse ano. A vigência é de quatro anos, com início no segundo ano do mandato e término no primeiro ano do mandato seguinte. Por exemplo: em 2011, a presidente da República e os governadores dos estados, que tomaram posse no dia 1º de janeiro, deverão encaminhar o Projeto de Lei do PPA ao Poder Legislativo, para vigorar entre 1º de janeiro de 2012 e 31 de dezembro de 2015.

O PPA é um instrumento de planejamento estratégico das ações de governo, devendo prever as obras e os investimentos que serão realizados durante os quatro anos de sua vigência, bem como todas as despesas decorrentes desses investimentos.

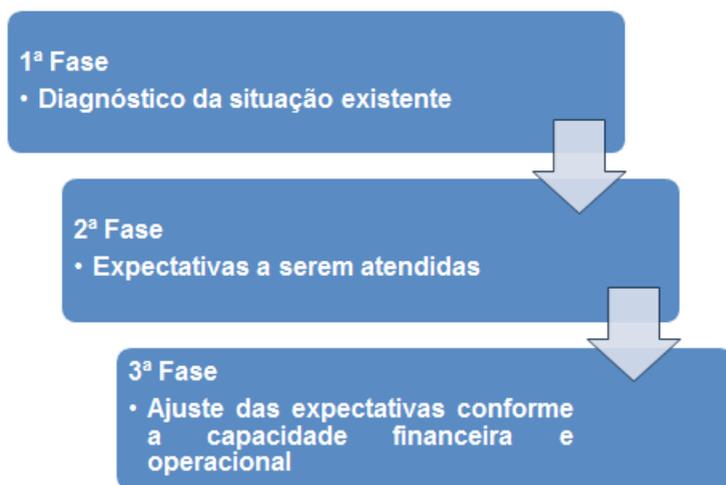
O PPA deve expressar a síntese dos esforços de planejamento estratégico de toda a administração pública (pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades, e ser capaz de responder às seguintes questões:

- O que, quanto, quando, como e para quem fazer?
- Com que recursos humanos, físicos e financeiros fazer?

O processo de planejamento governamental deve envolver todas as áreas de governo, mas o ponto de partida é a análise geral (da situação do governo como um todo), para depois realizar a setorial (das áreas de atuação governamental, como, por exemplo, a saúde).

A Figura 6 apresenta as fases iniciais que compõem a primeira etapa do processo de planejamento (etapa de elaboração), das quais os conselheiros de Saúde devem participar e deliberar sobre os resultados do planejamento realizado para a área da Saúde, bem como das avaliações realizadas durante a execução orçamentária.

Figura 6 – Fases Iniciais do Processo de Planejamento



Fonte: Elaboração própria.

A primeira fase representa o diagnóstico da situação existente e a pergunta básica é:

Quais são as condições físicas, operacionais, financeiras e de endividamento do ente governamental (da União, do estado ou do município), especialmente em termos de quantidade e qualidade dos serviços públicos prestados à população?

Na segunda fase, há o levantamento das expectativas a serem atendidas durante a gestão e a vigência do PPA visando intervir na realidade que se pretende mudar, e a pergunta básica é:

Diante do diagnóstico feito, quais são as propostas de governo, de todas as áreas, que se gostaria de realizar durante a gestão e a vigência do PPA?

A terceira fase representa a volta para a realidade depois dos “sonhos” (as expectativas levantadas na segunda fase), ou seja, a delimitação dessas expectativas conforme a capacidade financeira e operacional, mediante o estabelecimento de prioridades para o quadriênio, detalhadas para cada ano de vigência do PPA:

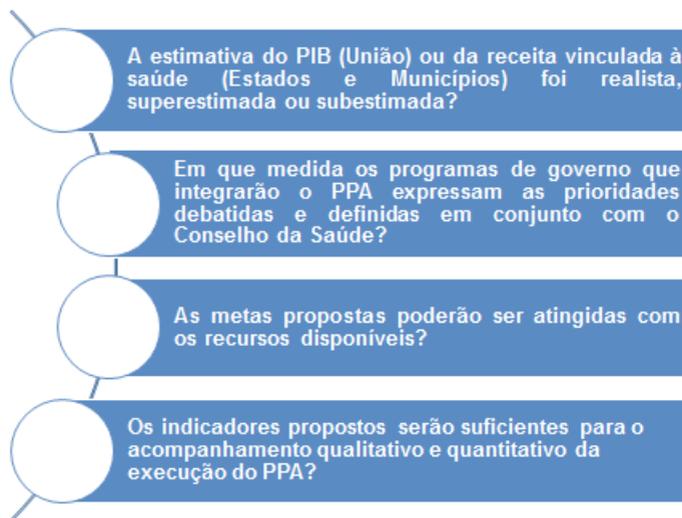
Quais serão os programas e as ações que deverão ser priorizados para execução durante a gestão e a vigência do PPA, diante do limite imposto pelo montante de recursos financeiros que poderão ser efetivamente arrecadados no período e pela capacidade gerencial e operacional de realização das obras e dos serviços públicos?

Como exemplo, o Anexo C contém um roteiro básico de questões que podem nortear o levantamento das informações de cada fase acima do processo de planejamento e, conseqüentemente, o acompanhamento desse processo pelos conselheiros de saúde.

Com as informações e as decisões governamentais decorrentes do processo anterior, a próxima etapa a ser considerada refere-se à definição do conjunto de programas de governo com as respectivas metas e indicadores que farão parte do PPA.

Para a área da Saúde, durante o processo de elaboração do novo PPA, além da avaliação da execução dos programas do PPA que está se encerrando e de um diagnóstico da situação estrutural do setor Saúde e da qualidade e quantidade dos serviços ofertados, faz-se necessário buscar respostas para as questões básicas apresentadas na Figura 7.

Figura 7 – Questões Básicas para a Elaboração do Capítulo da Saúde do PPA



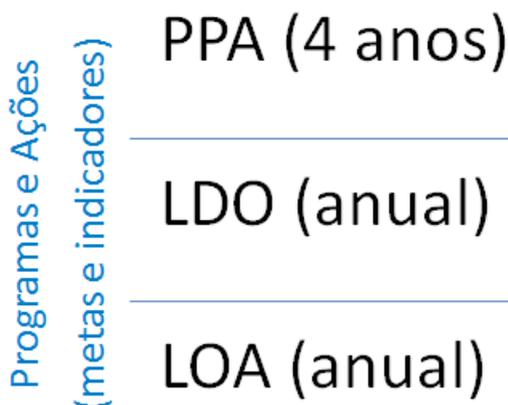
Fonte: Elaboração própria.

Os Conselho de Saúde de cada esfera de governo devem pautar com o ministro, os secretários Estaduais ou os secretários Municipais de Saúde o debate dessas questões básicas e de outras complementares, visando à deliberação da programação das ações e dos serviços públicos de saúde que constará do PPA, inclusive quanto aos encaminhamentos necessários para as providências orçamentárias e financeiras sob responsabilidade de outras áreas de governo. Por exemplo, no âmbito da União, as questões pautadas deverão envolver também o Ministério da Fazenda e o Ministério do Planejamento e Gestão.

A primeira questão da Figura 7 trata da capacidade de financiamento da política de saúde, que condiciona toda a programação da despesa. Não basta aos conselheiros de saúde participarem do processo de planejamento e execução das despesas com ações e serviços públicos de saúde: é preciso, também, buscarem informações sobre a política econômica e, em particular, da política tributária e da fiscalização da arrecadação das receitas públicas.

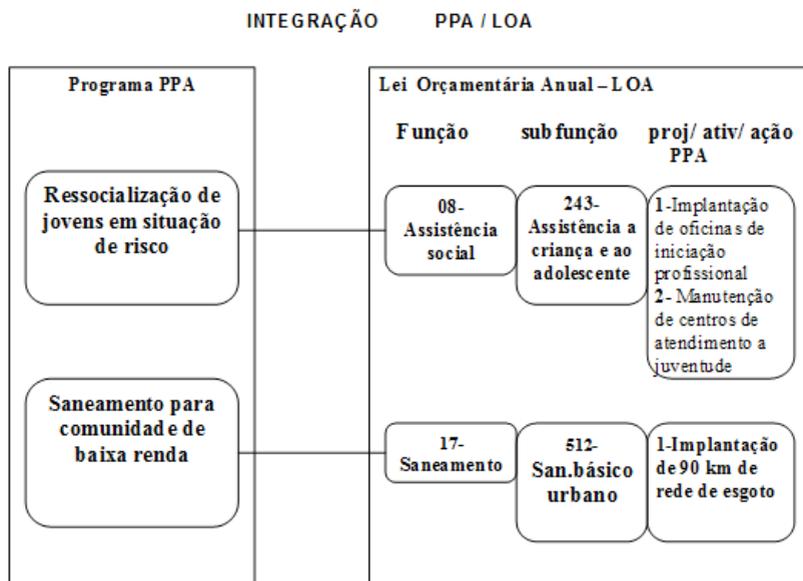
A segunda, terceira e quarta questões dizem respeito à programação das despesas e do processo de monitoramento e avaliação dos resultados alcançados. Os programas representam a ligação entre o planejamento de longo prazo (quadrienal) e de curto prazo (anual), conforme ilustra a Figura 8.

Figura 8 – Planejamento de Longo Prazo e Curto Prazo: Programas como Elo de Ligação Temporal entre os Instrumentos do Processo de Planejamento e Execução Orçamentária



Fonte: Elaboração própria.

A programação apresentada no PPA deve possibilitar a adequada alocação anual de recursos orçamentários na LOA para cumprir as metas estabelecidas durante a vigência quadrienal. A LOA não pode conter o detalhamento de despesas referentes a programas e ações não previstas na LDO e no PPA, o que exigirá o encaminhamento de projeto de lei específico para sua inclusão. Um exemplo da integração do PPA com a LOA está ilustrado na Figura 9.

Figura 9 – Planejamento de Longo Prazo e Curto Prazo: PPA e LOA

Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit. 2010.

Os programas do PPA 2012-2015 da União podem ser classificados em dois grandes tipos, conforme os artigos 5º e 6º da Lei nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012:

- a) **Temático:** visa à entrega de bens e serviços à sociedade como decorrência da ação governamental. Cada programa apresenta objetivos (o que deve ser feito, qual é o órgão responsável, as metas quantitativa e/ou qualitativa e as iniciativas que expressam os bens e os serviços a serem entregues à sociedade), indicadores (para o monitoramento e a avaliação dos resultados alcançados), valor global (estimativa dos recursos orçamentários necessários para a consecução dos objetivos por fonte e categoria econômica, separados segundo as esferas do orçamento Fiscal, da Seguridade Social e dos Investimentos das Estatais) e valor de referência para individualização de empreendimentos como iniciativas (parâmetro financeiro segundo as esferas Fiscal e da Seguridade Social, bem como da esfera de Investimento das Empresas Estatais).

- b) **Gestão, Manutenção e Serviços ao Estado:** visam garantir as ações destinadas ao apoio, à gestão e à manutenção da atuação governamental.

Os programas deverão conter também o objetivo da ação de governo, o órgão responsável pela sua execução, o valor global, o prazo de conclusão, a fonte de financiamento, os indicadores quantitativos e as metas regionalizadas por estados (no caso da União).

Durante a fase de elaboração do PPA, é preciso definir com precisão para cada programa os indicadores e as metas da administração, bem como os resultados esperados a partir da projeção dos índices e valores atuais.

O exemplo a seguir refere-se ao programa temático “Aperfeiçoamento do SUS” com os indicadores, bem como as metas e iniciativas de um dos objetivos extraído do Anexo do PPA 2012-2015 da União, para ilustrar os aspectos tratados neste Manual até o presente momento.

Programa 2015 – Aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde (SUS)

Macrodesafio: Promover o acesso universal à Saúde, à Previdência e à Assistência Social

Eixo: Desenvolvimento Social e Erradicação da Miséria

Objetivo 713: Garantir acesso da população a serviços de qualidade, com equidade e em tempo adequado ao atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e a atenção especializada

Órgão: 36000 – Ministério da Saúde.

PROGRAMA: 2015 - Fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS)

INDICADORES	Unidade de Medida	Referência	
		Data	Índice
Cobertura da Triagem Auditiva Neonatal	%	31/12/2014	29,0000
Cobertura de Equipe de Saúde Bucal	%	22/07/2015	40,1300
Cobertura de Equipe de Saúde da Família	%	22/07/2015	61,4400
Cobertura de municípios no Programa Farmácia Popular - Aqui Tem Farmácia Popular	unidade	31/10/2014	4.282,0000
Cobertura de serviços de reabilitação	razão	03/08/2015	1,2500
Cobertura do Programa Saúde na Escola	%	31/12/2013	51,7000
Cobertura populacional do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU 192	%	01/06/2015	75,0000
Cobertura vacinal contra gripe	%	04/12/2014	86,0200
Coefficiente de prevalência de hanseníase	1/10.000	31/12/2013	1,3000
Esperança de vida ao nascer	ano	31/12/2014	75,1400
Incidência de Sífilis Congênita	unidade	31/12/2013	13.705,0000
Índice de Municípios desenvolvendo ações de vigilância da qualidade da água para consumo humano	%	31/12/2013	63,0000
Índice de transplantes de órgãos sólidos	1/1.000.000	31/12/2014	37,9500
Letalidade por dengue	%	31/12/2014	0,0690
Número de Unidades da Federação com pelo menos 85% de óbitos de mulheres em idade fértil ? MIF investigados	unidade	31/12/2013	16,0000
Número de Unidades da Federação com pelo menos 90% de óbitos maternos investigados	unidade	31/12/2013	20,0000
Número de Unidades da Federação com pelo menos 95% de óbitos com causa básica definida	unidade	31/08/2013	11,0000
Percentual de ampliação de campos de radioterapia realizados no país	%	31/12/2014	9.731.624,0000
Percentual de cobertura municipal de notificação de violência doméstica, sexual, e outras violências	%	31/12/2013	59,0000
Percentual de municípios que realizam no mínimo seis grupos de ações de Visa consideradas necessárias a todos os municípios, no ano	%	31/12/2014	34,0000
Percentual de óbitos em menores de 15 anos nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs)	%	31/12/2011	13,5000
Percentual de pacientes com câncer, atendidos no Sistema Único de Saúde, que iniciam tratamento em até 60 dias após o diagnóstico	%	30/04/2015	57,0000
Percentual de risco sanitário total em portos, aeroportos e fronteiras	%	31/12/2014	7,0000
Proporção de estados com suficiência de leitos de Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)	%	01/03/2015	37,0000
Proporção de partos normais	%	13/07/2015	58,0000
Razão de mortalidade materna	1/100.000	31/12/2012	62,0000
Taxa de incidência de Aids	1/100.000	31/12/2012	20,2000
Taxa de incidência de tuberculose	1/100.000	31/12/2013	35,0000
Taxa de mortalidade específica por neoplasias malignas	1/100.000	31/12/2011	94,4000
Taxa de mortalidade infantil	1/1.000	31/12/2012	14,6000
Taxa de mortalidade neonatal precoce	1/1.000	31/12/2012	7,8000
Taxa de mortalidade neonatal tardia	1/1.000	31/12/2012	2,5000
Taxa de mortalidade por doenças do aparelho circulatório	1/100.000	31/12/2011	174,2000
Taxa de mortalidade prematura (30 a 70 anos) por DCNT (doenças do aparelho circulatório, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas)	1/100.000	31/12/2012	368,6500
Taxa de prevalência de excesso de peso	%	31/12/2013	50,8000

Esfera	Valor 2016 (mil R\$)	Valor 2017-2019 (mil R\$)
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	95.486.802	325.467.553
Despesas Correntes	89.682.714	315.377.787
Despesas de Capital	5.804.088	10.089.765
Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais	308.204	909.668
Recursos Extraorçamentários	6.671.185	22.258.540
Crédito e Demais Fontes	950.000	2.680.000
Gastos Tributários	5.721.185	19.578.540
Valores Globais	102.466.190	348.635.761
	451.101.951	

Valor de Referência para Individualização de Empreendimentos como Iniciativas (mil R\$)	
Orçamentos Fiscal e da Seguridade Social	150.000
Orçamento de Investimentos das Empresas Estatais	150.000

OBJETIVO: 0713 - Ampliar e qualificar o acesso aos serviços de saúde, em tempo adequado, com ênfase na humanização, equidade e no atendimento das necessidades de saúde, aprimorando a política de atenção básica e especializada, ambulatorial e

Órgão Responsável: Ministério da Saúde

Metas 2016-2019

- 0263 - Apoiar a construção, reforma e ampliação de mais 16.000 obras do Programa de Requalificação de UBS – RequalificaUBS.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 0265 - Ampliar o número de equipes da Estratégia Saúde da Família para 46 mil.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 0266 - Ampliar o acesso à atenção odontológica na atenção básica, passando para 29 mil equipes de saúde bucal implantadas.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 0268 - Aumentar em 4% ao ano o Índice de Transplantes de Órgãos Sólidos por milhão da população (pmp), passando de 37,95 pmp para 46,18 pmp.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 0261 - Aumentar de 20 para 160 as Centrais de Regulação que recebem incentivo federal de custeio para a melhoria do acesso aos serviços ambulatoriais especializados e hospitalares.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 026M - Implantar 500 novos Centros de Especialidades Odontológicas - CEOs.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 026O - Implantar 684 novas equipes de atenção domiciliar, sendo 432 novas Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e 252 novas Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP).

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 026P - Aumentar de 18 para 20,7 milhões o número de educandos cobertos pelo Programa Saúde na Escola (PSE).

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 03Z5 - Alcançar 20.335 médicos brasileiros e estrangeiros atuando em regiões prioritárias para o SUS, por meio do Programa Mais Médicos e do Programa de Valorização dos Profissionais da Atenção Básica – PROVAB.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04DQ - Disponibilizar teste de ácido nucléico - NAT brasileiro para HIV / HCV / HBV para 100% das doações de sangue realizadas no âmbito do SUS.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04DV - Aumentar em 4% ao ano o Índice de Doadores Efetivos de Órgãos por milhão da população (pmp), passando de 13,36 pmp para 16,25 pmp.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04EH - Custear a conectividade de banda larga de 25 mil Unidades Básicas de Saúde.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04EI - Garantir 14 mil Unidades Básicas de Saúde utilizando prontuário eletrônico.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04EN - Avaliar e certificar a qualidade de 40 mil equipes de atenção básica no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB).

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04F0 - Ampliar em 5.994 o número de leitos, sendo 4.080 novos leitos de UTI Adulto, Pediátrico, Neonatal e Unidade Coronariana (UCO) e 1.914 leitos de UCI Convencional e Canguru no SUS, em todas as regiões do País.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04G9 - Implantar 732 novos Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04S5 - Ampliar o número de equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF para 7.000.

Órgão responsável: Ministério da Saúde

- 04TA - Implementar brinquedotecas em todos os hospitais federais que realizem atendimento pediátrico em regime de internação, em cumprimento da lei nº 11.104/2005

Órgão responsável: Ministério da Saúde

Iniciativas

- 02PV - Ampliação do número de equipes de atenção básica prisional - EABP.
- 05NE - Implantação do Cadastro Nacional de Especialistas, com prazo de implantação até o mês de Setembro, de 2016.
- 06B0 - Fortalecimento do Centro Colaborador para a Qualidade do Cuidado e para a Segurança do Paciente – Proqualis, de forma a contribuir para a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde no Brasil e outros países de língua portuguesa, ampliando de 1.200 para 2.400 as publicações e o conteúdo técnico científico disponibilizado no Portal Proqualis.
- 05ND - Capacitação de 4 mil profissionais nas áreas de regulação, controle, avaliação e auditoria do SUS e sistemas de informação em saúde.
- 05NT - Implementação do Programa de Qualificação da Gestão Hospitalar - IGH em 1.000 hospitais vinculados ao SUS (públicos e privados), em todas as regiões do País, priorizando os hospitais públicos.
- 02PO - Implantação do Complexo Integrado do Instituto Nacional de Câncer - INCA
- 05O1 - Ampliação de 10% dos atendimentos do Instituto Nacional do Câncer (INCA), com manutenção da qualidade dos serviços.
- 02PM - Fortalecimento dos serviços no âmbito do SUS para o atendimento das necessidades de saúde relacionadas à atenção hemoterápica e hematológica.
- 02QM - Implantação de novas instalações do complexo assistencial dos Institutos Nacionais de Infecçologia (INI) e de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira (IFF).
- 06Q2 - Ampliação do acesso das comunidades tradicionais e específicas na atenção básica, de acordo com as singularidades de cada território.
- 06QC - Oferta de acesso a Kit Nat – Atendimento de 100% da demanda (CGSH/SAS/MS), de forma a garantir a qualidade dos produtos hemoderivados.

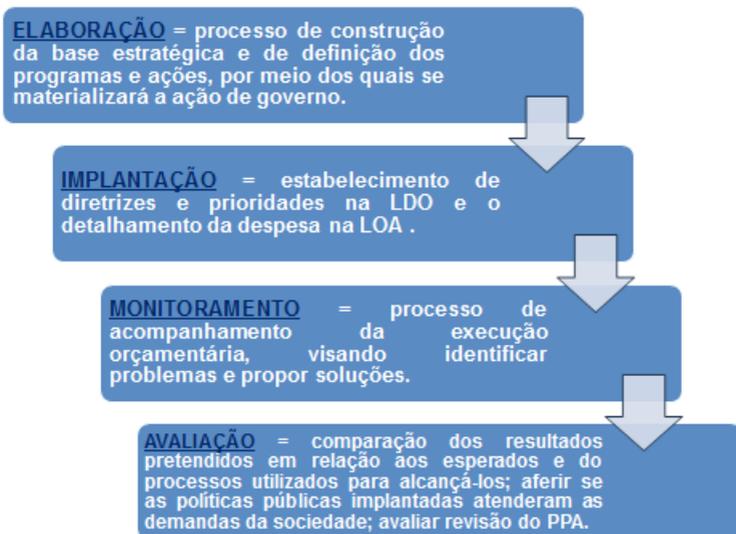
Nessa perspectiva, é de fundamental importância para o governo, em especial na área da Saúde:

- a) integrar as ações desenvolvidas pela União, pelos estados e municípios, evitando-se a sobreposição de ações que resultem em desperdício de recursos; e
- b) estimular parcerias com entidades privadas e não governamentais, na busca de recursos adicionais para o financiamento de programas.

Mas o que é feito depois da elaboração do Projeto de Lei do PPA pelo Poder Executivo e de sua aprovação pelo Poder Legislativo? Restam ainda tarefas relacionadas ao PPA para os conselheiros de saúde?

As etapas do PPA são: elaboração (primeira etapa apresentada anteriormente), implantação, monitoramento e avaliação, e estão caracterizadas na Figura 10.

Figura 10 – Etapas do PPA e Caracterização



Fonte: Elaboração própria.

O processo de monitoramento e avaliação do PPA deve ser acompanhado pelos conselheiros de saúde por meio dos Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas e do Relatório Anual de Gestão apresentados pelo Ministério, pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, inclusive mediante a solicitação da presença dos gerentes responsáveis dos programas da área de saúde para pedir esclarecimentos sobre eventuais atrasos e mudanças em relação ao planejado, bem como em relação às condições de saúde da população à luz dos indicadores e ao cumprimento dos dispositivos da Lei Complementar nº 141/2012. Se não existirem gerentes, os ordenadores de despesas ou os titulares das unidades orçamentárias responderão pelo monitoramento e avaliação dos programas do PPA.

Por fim, a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) exige que o Poder Executivo garanta a participação da sociedade por meio de audiências públicas durante o processo de elaboração do PPA. Além disso, nos termos das normas que disciplinam as competências dos Conselhos de Saúde, o capítulo da saúde no projeto de PPA deverá ser objeto de aprovação no respectivo conselho. A LRF exige também a realização de uma audiência pública durante a tramitação do Projeto de Lei no Poder Legislativo. Após a aprovação do Projeto de Lei do PPA pelo Poder Legislativo, com a consequente transformação em lei, somente será possível promover qualquer alteração por meio de outra lei específica.

4 LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS (LDO)

A palavra “diretriz”, como substantivo feminino, significa: “Linha que determina o traçado de uma estrada; esboço de um plano, projeto, etc.; orientação, diretiva; norma de procedimento; conduta” (INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS, 2004, p. 251).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias é um dos instrumentos do planejamento do setor público brasileiro que surgiu com a Constituição Federal de 1988 (CF-88) e foi complementada, em termos de atributos, pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF). De periodicidade anual, o prazo de entrega do projeto de lei ao Poder Legislativo ocorre no período de 15 a 30 de abril, conforme cada ente da Federação (União, estados e municípios).

Os Conselhos de Saúde devem deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades de ações e serviços públicos de saúde, que nortearão a elaboração da Programação Anual de Saúde (PAS) e do Projeto de LDO, nos termos do artigo 30, §4º, da Lei Complementar nº 141/2012.

De acordo com o artigo 165 da CF-88, a LDO compreenderá:

- as metas e as prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital para o exercício financeiro subsequente em consonância com o PPA;
- a orientação para a elaboração da Lei Orçamentária Anual (LOA);
- dispositivos sobre as alterações na legislação tributária;
- as regras para a política de aplicação das agências oficiais de fomento; e
- as prioridades de governo de forma explícita, evidenciando quais serão os setores que receberão mais recursos.

Convém observar que não é permitido iniciar novos projetos (obras) sem que antes tenham sido integralmente atendidos aqueles em execução e garantidas as despesas de conservação do patrimônio público (art. 45 da LRF), nem aplicar a receita proveniente da alienação de bens e direitos integrantes do patrimônio público para o financiamento de despesas correntes, exceto aquelas destinadas ao regime de previdência social geral ou próprio dos servidores públicos (art. 44 da LRF).

Segundo a Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF), a LDO deverá nortear:

- a remuneração de pessoal;
- a definição das metas e dos riscos fiscais;
- a apresentação de emendas parlamentares na LOA;
- os critérios para celebrar convênios;
- os critérios para assumir despesas de outros entes da Federação (por exemplo, para a Prefeitura abastecer de combustível os carros da Polícia Militar utilizados no policiamento do município);
- a programação e os critérios da execução orçamentária (inclusive para a necessidade de limitação de empenhos);
- a criação, a expansão ou o aperfeiçoamento de ação governamental que acarrete aumento de despesas;
- a avaliação das despesas obrigatórias de caráter continuado;
- a definição de critérios para a execução orçamentária;
- o estabelecimento de parâmetros para a fiscalização dos respectivos Tribunais de Contas e Poder Legislativo, bem como para a realização das audiências públicas quadrimestrais de prestação de contas.

O princípio do equilíbrio orçamentário, isto é, o equilíbrio entre receitas e despesas (art. 4º da LRF) deverá ser uma diretriz geral de governo expressa na LDO, inclusive com:

- a definição de recursos que comporão a reserva de contingência para cobrir eventuais imprevistos durante a execução orçamentária e farão parte da LOA (art. 5º da LRF);
- os critérios para o contingenciamento orçamentário e da limitação de empenhos e movimentação financeira (art. 4º da LRF).

A LDO também será composta de dois anexos, previstos pela LRF: o Anexo de Metas Fiscais e o Anexo de Riscos Fiscais.

O Anexo de Metas Fiscais contém as metas anuais relativas às receitas e às despesas, ao resultado primário e nominal e ao montante da dívida pública, tanto para o exercício a que se referirem quanto para os dois subsequentes.

O Anexo de Riscos Fiscais deve conter a avaliação dos passivos contingenciais e outros riscos capazes de desequilibrar as contas públicas (como, por exemplo, ações judiciais de contribuintes contra as bases de lançamento de algum tributo etc.).

Apesar da ampliação do nível de detalhamento da LDO, ela ainda mantém o caráter genérico na definição das prioridades governamentais para o exercício subsequente: compete à LOA detalhar os projetos e as atividades, à luz das diretrizes e das prioridades fixadas na LDO.

A LRF exige que o Poder Executivo garanta a participação da sociedade por meio de audiências públicas durante o processo de elaboração da LDO. Além disso, nos termos das normas que disciplinam as competências dos Conselhos de Saúde, o capítulo da saúde no Projeto de LDO deverá ser objeto de aprovação no respectivo conselho. A LRF exige também a realização de uma audiência pública durante a tramitação do projeto de lei no Poder Legislativo.

Os conselheiros de saúde devem acompanhar a tramitação do projeto de LDO no Poder Legislativo, especialmente para verificar se as

emendas a serem apresentadas no capítulo da saúde não conflitarão com as deliberações dos respectivos conselhos.

Por fim, após a aprovação do Projeto de LDO pelo Poder Legislativo, com a consequente transformação em lei, somente será possível alterar por meio de outra lei específica e de forma compatível com o PPA.

5 ESTIMATIVA DA RECEITA, LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL (LOA) E EXECUÇÃO

5.1 Estimativa da Receita

A Lei Orçamentária Anual, nos termos estabelecidos pela Lei nº 4.320/1964, estima a receita e fixa a despesa pública. A estimativa da receita representa uma etapa muito importante do processo de planejamento, especialmente durante a elaboração do Projeto de Lei Orçamentária Anual, pois representa a capacidade de financiamento das políticas públicas de todas as áreas de governo: é o primeiro passo para a definição do detalhamento da despesa anual, de forma a garantir o equilíbrio das contas públicas.

Figura 11 – Estimativa da Receita



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

Conforme estabelece a Lei de Responsabilidade Fiscal, o Poder Executivo deverá disponibilizar para o Poder Legislativo, o Poder Judiciário e o Ministério Público a estimativa da receita que subsidiará a elaboração da programação orçamentária, com os estudos realizados e a respectiva memória de cálculo.

Qual é o papel do Conselho de Saúde na análise da estimativa da receita orçamentária?

Considerando que a receita orçamentária é a base de cálculo para definição do valor mínimo relativo aos gastos com ações e serviços

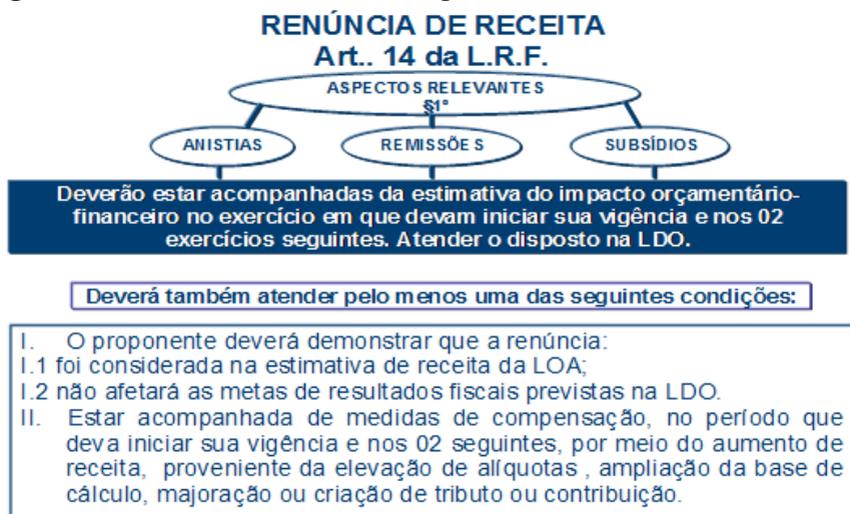
de saúde nos níveis estadual e municipal de governo, assim como a receita corrente líquida para a União, os conselheiros de saúde devem solicitar o encaminhamento dos estudos realizados pelo Poder Executivo com a respectiva memória de cálculo da estimativa da receita.

Os valores das dotações orçamentárias referentes às ações e aos serviços públicos de saúde deverão ser calculados com base na receita estimada na LOA, devidamente atualizada pelos valores dos créditos adicionais (suplementações) realizados durante o ano e pelo excesso de arrecadação apurado quadrimestralmente (apurado pela diferença entre a receita projetada para o ano com base na efetiva arrecadação e o valor estimado inicialmente na LOA), nos termos do art. 23 da LC nº 141. Além disso, o art. 28 da LC nº 141 proibiu o contingenciamento (ou a indisponibilidade) do orçamento e a limitação financeira, se esses procedimentos trouxerem risco ao cumprimento da aplicação mínima legal em ações e serviços públicos de saúde.

Outro aspecto importante a ser considerado é a renúncia de receita, entendida como um procedimento em que determinados contribuintes recebem benefícios fiscais por força de lei e, por isso, o governo deixa de arrecadar. A renúncia de receita implica a redução da base de cálculo para apurar o gasto mínimo com ações e serviços de saúde. Para os conselheiros de Saúde, é importante conhecer principalmente a evolução dos valores não arrecadados dos tributos que integram essa base de cálculo, inclusive quanto ao benefício concedido na Declaração do Imposto de Renda.

Do ponto de vista da Lei de Responsabilidade Fiscal, se houver renúncia de receita, será preciso demonstrar que as metas fiscais não ficarão comprometidas, assim como o equilíbrio das contas públicas, mediante medidas de compensação de aumento da receita ou redução da despesa. A Figura 12 ilustra essas exigências.

Figura 12 – Renúncia de Receita: Exigências da LRF



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

O artigo 29 resgata aspecto tratado no artigo 9º desta Lei Complementar, proibindo quaisquer reduções da receita, base de cálculo da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde, como, por exemplo, decorrentes de políticas de isenção tributária e/ou de estímulo ao desenvolvimento econômico regional ou local, bem como vinculados a fundos e despesas específicas.

A receita pública classifica-se como orçamentária e extraorçamentária (Figura 13):

- extraorçamentária: formada pelos valores retidos de terceiros pela União, estados e municípios e que ficam temporariamente com o poder público até a realização dos pagamentos nos vencimentos das respectivas obrigações. Alguns exemplos de receita extraorçamentária são os descontos em folha de pagamento do INSS e do Imposto de Renda Retido na Fonte dos servidores públicos.
- orçamentária: formada principalmente pela arrecadação dos tributos de competência do ente da Federação, inclusive os que são pagos em atraso e inscritos na dívida ativa. Por exemplo, a União lança e arrecada o Imposto de Renda, o IPI,

a Cofins e a CSLL; os estados lançam e arrecadam o ICMS e o IPVA; e os municípios lançam e arrecadam o IPTU, o ISS. No caso dos estados e dos municípios, a receita orçamentária é composta também pelas transferências intergovernamentais de natureza constitucional (como, por exemplo, a quota-parte do Imposto sobre a Circulação de Mercadorias dos Estados (ICMS) para os municípios, o Fundo de Participação dos Municípios e o Fundo de Participação dos Estados constituídos de parte do Imposto de Renda e do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) arrecadados pela União).

Figura 13 – Classificação da Receita Pública



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

5.2 Lei Orçamentária Anual (LOA)

Por muito tempo, o orçamento público foi tratado como uma peça de “ficção” (por causa da inflação) ou apenas uma exigência legal de natureza contábil. Porém, o Orçamento é muito mais que uma peça contábil que relaciona todas as receitas e despesas, ou mesmo mais uma lei.

Trata-se de mais um instrumento do processo de planejamento das ações governamentais (integrado com o PPA e a LDO), um verdadeiro documento em que são discriminadas as receitas estimadas para um determinado ano e as despesas fixadas para o mesmo período, conforme a classificação institucional, funcional-programática e econômica. É o instrumento em que se estima a receita e detalha a despesa programada no PPA e priorizada na LDO visando à sua realização, a partir da receita que será arrecadada.

Em obediência às diretrizes fixadas na LDO, a LOA aloca em cada ano as programações estabelecidas no Plano Plurianual (PPA) e o prazo de entrega do projeto de lei ocorre geralmente no período de 31 de agosto a 30 de setembro, conforme o ente da Federação.

A Figura 14 apresenta o conteúdo do Projeto de LOA a ser encaminhado para apreciação do Poder Legislativo pela respectiva esfera de governo, conforme estabelecido pela Lei nº 4.320/1964 e pela LRF.

Figura 14 – Conteúdo do Projeto de Lei Orçamentária Anual

PROJETO DE LEI DO ORÇAMENTO ANUAL

Conteúdo

1. Sumário Geral da Receita por fontes e despesas por funções de governo.
2. Quadro Demonstrativo da Receita e da Despesa segundo as Cat. Econômicas.
3. Quadro demonstrativo da Receita por fontes e Respektiva Legislação.
4. Quadro das dotações por órgãos de governo e da administração.

Ainda incluirá:

1. Quadro Demonstrativo da Receita e plano de aplicação de fundos especiais.
2. Quadros Demonstrativos das despesas na forma dos anexos 6 a 9.
3. Quadro Demonstrativo do programa anual de trabalho do governo.
4. Demonstrativo da compatibilidade com o anexo de Metas Fiscais da LDO que define metas anuais em valores correntes e constantes relativos às despesas, receitas, resultado nominal e primário e montante da dívida.
5. Medidas de Compensação à renúncia de receita e a aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado
6. Declaração do ordenador sobre a compatibilidade do aumento das despesas com o PPA e a LDO

NÃO ESQUECER

* Autorização para abertura de créditos adicionais suplementares até determinado limite.

Fonte: Fúncia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

Acompanharão ainda o Projeto de Lei do Orçamento:

- Detalhamento dos encargos com a dívida pública.
- Plano de investimentos (obras e equipamentos).
- Demonstrativo da relação entre operação de crédito e despesas de capital.
- Demonstrativo de anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza tributária e creditícia.
- Elenco de órgãos, unidades e subunidades.
- Quadro de legislação da receita.
- Resumo da receita.
- Demonstrativo das receitas e despesas conforme categorias econômicas.
- Sumário geral das receitas por fontes e despesas por funções de governo.
- Ementário de programas, projetos e atividades.
- Elenco de programas, projetos, atividades e operações especiais.
- Evolução da receita e evolução da despesa.
- Natureza da despesa consolidada.
- Programa de trabalho consolidado.
- Demonstrativo da despesa por funções, subfunções e programas, conforme o vínculo com os recursos.

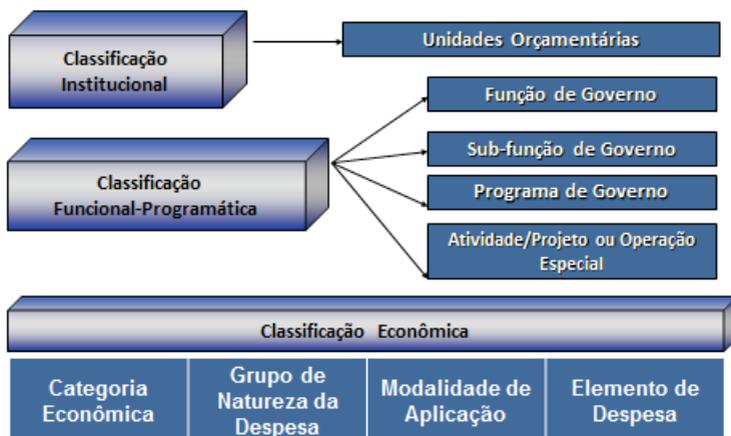
Para chegar ao Poder Legislativo, algumas providências preliminares foram adotadas pelo Poder Executivo. A preparação é a fase inicial de levantamento da receita e da despesa para estabelecer os parâmetros para as diferentes áreas de governo. A elaboração é a fase de consolidar os levantamentos de forma compatível com o PPA-LDO e a Lei de Responsabilidade Fiscal. Em seguida, o projeto de lei é encaminhado ao Poder Legislativo para discussão nas comissões e aprovação do plenário

(com ou sem emendas). A última fase da LOA é a implantação e a execução do orçamento.

Os conselheiros de saúde deverão acompanhar a tramitação do projeto de LOA no Poder Legislativo, especialmente para verificar se as emendas a serem apresentadas no capítulo da saúde não conflitarão com as deliberações dos respectivos conselhos.

A Figura 15 apresenta classificação da despesa pública utilizada no PPA, LDO e LOA, considerando os conceitos estabelecidos pela Portaria nº 42, de 14 abril de 1999, e Portaria nº 163, de maio de 2001.

Figura 15 – Classificação da Despesa Pública



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

A Classificação Institucional é a mais antiga em relação às demais e representa consolidação da despesa por órgãos, segundo as respectivas unidades orçamentárias. Do ponto de vista estrutural, uma unidade orçamentária pode ser composta por uma ou mais unidades de serviços. Cada unidade orçamentária é responsável por um conjunto de ações de governo e, para tanto, realizam despesas que estão programadas em várias dotações orçamentárias.

A Classificação Funcional-Programática representa a consolidação da despesa por função, subfunção, programas e ações de governo.

As Funções de Governo representam o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público. A codificação é a mesma para os orçamentos da União, dos estados e dos municípios.

As Subfunções de Governo representam uma partição da função, visando agregar determinado subconjunto de despesa do setor público. A codificação utilizada também é a mesma para os orçamentos da União, dos estados e dos municípios.

A Portaria nº 42/1999 estabeleceu as seguintes funções e subfunções para o enquadramento das despesas da saúde pela União, estados e municípios:

Função:

- 10 – Saúde

Observação: As despesas realizadas com ações e serviços de saúde devem sempre ser classificadas na Função 10.

Subfunções vinculadas à Função 10 – Saúde:

- 301 – Atenção Básica
- 302 – Assistência Hospitalar e Ambulatorial
- 303 – Suporte Profilático e Terapêutico
- 304 – Vigilância Sanitária
- 305 – Vigilância Epidemiológica
- 306 – Alimentação e Nutrição

Observação: é comum observar na Função 10 – Saúde a utilização de subfunções vinculadas a outras funções de governo. Isso pode ser feito desde que seja despesa com saúde, sendo as mais frequentes:

- 121 – Planejamento e Orçamento
- 122 – Administração Geral
- 123 – Administração Financeira
- 131 – Comunicação Social
- 843 – Serviço da Dívida Interna
- 844 – Serviço da Dívida Externa
- 845 – Transferências
- 846 – Outros Encargos Especiais

O Programa é o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos, sendo mensurado por indicadores estabelecidos no PPA. A codificação não é a mesma para a União, os estados e os municípios, como no caso das funções e das subfunções, pois assim refletirá os diferentes contextos das políticas públicas e possibilitará a adoção de ajustes e atualizações com rapidez.

Cada programa é composto por uma ou mais ações, que são classificadas como projetos, atividades e operações especiais.

O Projeto é o instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações limitadas no tempo, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação do governo. A codificação não é a mesma para a União, os estados e os municípios, assim como ocorre com os programas, pois assim refletirá os diferentes contextos das políticas públicas e possibilitará a adoção de ajustes e atualizações com rapidez.

As construções de hospitais e unidades de saúde e as compras de aparelhos para diagnósticos por imagem são exemplos de despesas a serem classificadas como projetos no orçamento.

A Atividade é um instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa, envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo. A codificação não é a mesma para a União, os estados e os municípios, assim como ocorre com os programas, pois assim refletirá os diferentes contextos das políticas públicas e possibilitará a adoção de ajustes e atualizações com rapidez.

As compras de medicamentos para os hospitais e as unidades de saúde, as contratações de serviços de manutenção dos equipamentos de saúde e o pagamento mensal dos servidores lotados nas unidades de saúde são exemplos de despesas a serem classificadas como atividades no orçamento.

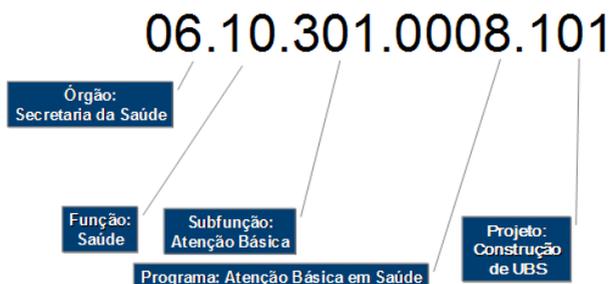
As Operações Especiais representam as despesas que não contribuem para a manutenção das ações de governo, das quais não resulta um produto nem geram contraprestação direta sob a forma de bens ou serviços. A codificação não é a mesma para a União, os estados e os municípios, assim como ocorre com os programas, pois assim refletirá os diferentes contextos das políticas públicas e possibilitará a adoção de ajustes e atualizações com rapidez.

O pagamento periódico dos juros da dívida contratada é um exemplo de despesa a ser classificada como operações especiais no orçamento.

As despesas dos órgãos de saúde devem ser classificadas na Função 10 – Saúde, em várias subfunções, em vários programas e ações. A Figura 16 ilustra um exemplo de aplicação da classificação funcional-programática da despesa pública na área da Saúde.

Figura 16 – Aplicação da Classificação Funcional-Programática

EXEMPLO DE CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL-PROGRAMÁTICA



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

A classificação econômica da despesa é composta por um código de quatro números que representa a categoria econômica, grupo de natureza de despesa, modalidade de aplicação e elemento de despesa. Essa classificação é a mesma para o enquadramento das despesas da União, dos estados e dos municípios.

As categorias econômicas (primeiro número) referem-se às despesas correntes (código 3) e despesas de capital (código 4). As despesas correntes estão geralmente associadas às ações caracterizadas como atividades, enquanto as despesas de capital estão geralmente associadas às ações caracterizadas como projetos e representam aumento do patrimônio público.

Os grupos de natureza de despesa (segundo número) representam a especificação das despesas agrupadas que integram cada categoria econômica anteriormente apresentada. Os códigos 1, 2 e 3 a seguir estão vinculados às despesas correntes, e os códigos 4, 5 e 6 às despesas de capital:

- 1 – Pessoal e Encargos
- 2 – Juros e Encargos da Dívida
- 3 – Outras Despesas Correntes
- 4 – Investimentos

- 5 – Inversões Financeiras
- 6 – Amortização da Dívida

As modalidades de aplicação (terceiro número) apresentam os seguintes códigos:

- 10 – Transferências Intragovernamentais
- 20 a 40 – Transferências Intergovernamentais
- 50 e 60 – Transferências a Instituições Privadas
- 70 – Transferências a Instituições Multigovernamentais
- 80 – Transferências ao Exterior
- 90 – Aplicações Diretas
- 99 – A Definir

Observação: com a vigência da LC nº 141, à luz das exigências da LC nº 141 (artigos 24, § 1º e § 2º, e 25), foram criadas as seguintes modalidades de aplicação pela Portaria Conjunta nº 01, de 13 de julho de 2012, alterando a Portaria STN/SOF nº 163/2001:

- 35 – Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar restos a pagar cancelados no exercício anterior).
- 36 – Transferências Fundo a Fundo aos Estados e ao Distrito Federal à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar o valor apurado como aplicação abaixo do mínimo no exercício anterior).
- 45 – Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar restos a pagar cancelados no exercício anterior).

- 46 – Transferências Fundo a Fundo aos Municípios à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar o valor apurado como aplicação abaixo do mínimo no exercício anterior).
- 73 – Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar restos a pagar cancelados no exercício anterior).
- 74 – Transferências a Consórcios Públicos mediante contrato de rateio à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar o valor apurado como aplicação abaixo do mínimo no exercício anterior).
- 75 – Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar restos a pagar cancelados no exercício anterior).
- 76 – Transferências a Instituições Multigovernamentais à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar o valor apurado como aplicação abaixo do mínimo no exercício anterior).
- 95 – Aplicação Direta à conta de recursos de que tratam os §§ 1º e 2º do art. 24 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar restos a pagar cancelados no exercício anterior).
- 96 – Aplicação Direta à conta de recursos de que trata o art. 25 da Lei Complementar nº 141, de 2012 (para alocação de despesas orçamentárias adicionais para compensar restos a pagar cancelados no exercício anterior).

Os elementos de despesa (quarto número) expressam o último nível de detalhamento da despesa que deve constar obrigatoriamente na LOA nos termos da Lei nº 4.320/1964. Os mais utilizados são:

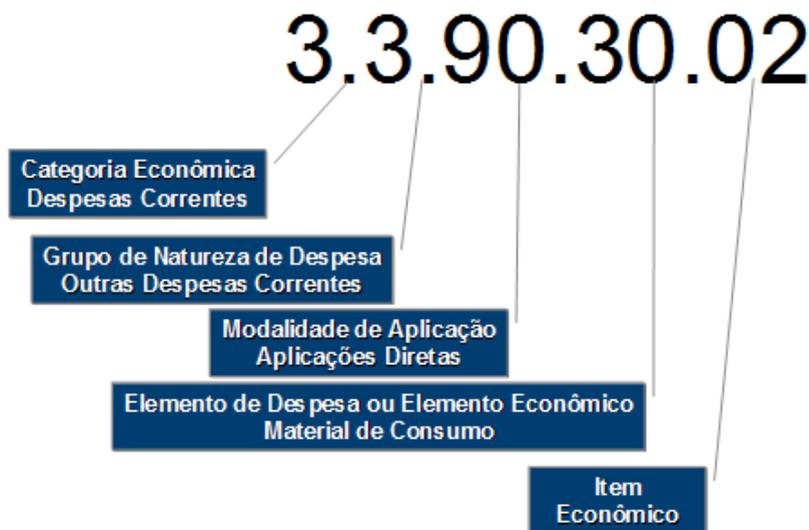
- Nas Despesas Correntes:
 - 11 – Vencimentos e Vantagens Fixas – Pessoal Civil.
 - 13 – Obrigações Patronais.
 - 30 ao 39 – Material de Consumo, Serviços e outros.
- Nas Despesas de Capital:
 - 51 – Obras e Instalações.
 - 52 – Equipamentos e Material Permanente.

Apesar de não ser uma obrigação legal, a despesa pode ainda ser mais detalhada no orçamento, por exemplo, em itens econômicos e, neste caso, não existe uma codificação geral para União, estados e municípios. O detalhamento excessivo da despesa na LOA tende a dificultar em termos operacionais a execução orçamentária e, portanto, a prestação de serviços à população de forma rápida.

As despesas dos órgãos de saúde devem ser classificadas na Função 10 – Saúde, nas duas categorias econômicas, na maioria ou em todos os grupos de natureza de despesa, nas modalidades de aplicação correspondentes e em vários elementos de despesas. A Figura 17 ilustra um exemplo de aplicação da classificação econômica da despesa pública na área da Saúde.

Figura 17 – Aplicação da Classificação Econômica

EXEMPLO DE CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

A Figura 18 representa uma visão integrada da despesa pública a partir das Categorias Econômicas “Despesas Correntes” e “Despesas de Capital”. Em linhas gerais, as primeiras expressam os gastos necessários, de caráter continuado, para a manutenção da cidade e da “máquina administrativa” e que não aumentam o patrimônio público. As despesas de capital referem-se às obras, aos equipamentos, aos materiais permanentes, entre outras, que aumentam o patrimônio público.

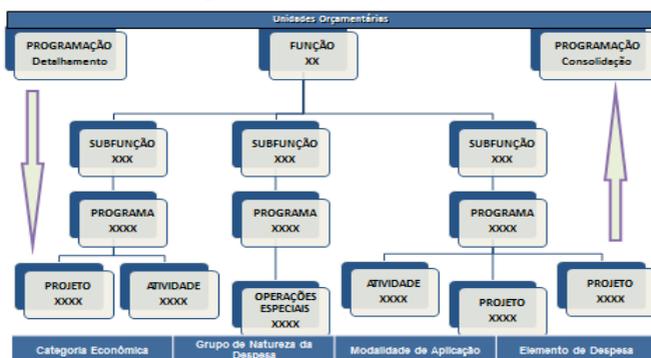
Figura 18 – Visão Integrada da Despesa Pública pela Classificação Econômica



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

A Figura 19 representa a visão integrada da despesa pública reunindo a classificação econômica e a classificação funcional-programática, que, com a classificação institucional (por órgão), expressam a identificação da despesa por dotação orçamentária.

Figura 19 – Visão Integrada da Despesa Pública Segundo as Classificações Econômica Funcional-Programática



Fonte: Elaboração própria.

É importante destacar que a Constituição Federal (art. 167) proíbe o início de programas ou de projetos que não constem na LOA, a realização de despesas em valores superiores aos créditos orçamentários anuais, a realização de operações de crédito (empréstimos, financiamentos etc.) em valor superior ao das despesas de capital lançadas na LOA e a abertura de créditos adicionais – suplementares ou especiais – sem autorização legislativa (inclusive para efetuar por meio de decretos do Poder Executivo), mesmo para remanejamento de valores entre programas de governo.

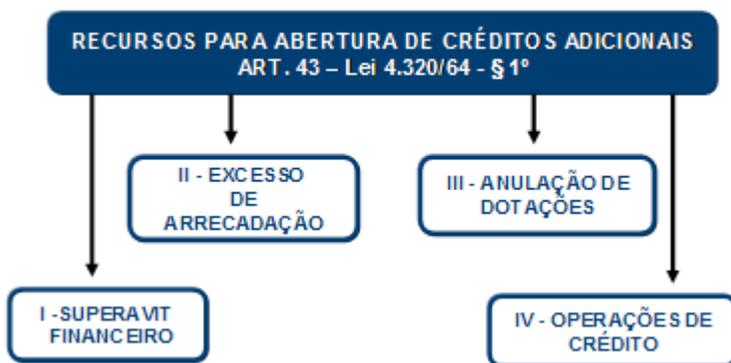
Figura 20 – Abertura de Créditos Adicionais

LEI FEDERAL 4.320 DE 17 DE MARÇO DE 1964



(*) Autorizados por lei, abertos por Decreto do Executivo

LEI FEDERAL 4.320 DE 17 DE MARÇO DE 1964



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

A Figura 20 permite visualizar os procedimentos possíveis de serem realizados para resolver uma eventual falta de recurso orçamentário.

Além dos Créditos Adicionais Suplementares, pode ser que um determinado programa de governo não tenha sido previsto na LOA, o que exigirá a abertura de um Crédito Especial mediante autorização legislativa (projeto de lei específico para essa finalidade).

Pode ser também que uma situação emergencial de calamidade pública requeira a abertura de um Crédito Extraordinário, dada a urgência para a realização da despesa (o que requer a decretação de estado de calamidade pública pelo chefe do Poder Executivo, nos termos da lei).

As fontes legais (artigo 43 da Lei nº 4.320/1964) de recursos para a abertura dos créditos adicionais podem ser:

- o superávit financeiro apurado no Balanço do ano anterior (saldo financeiro em caixa apurado no final do exercício maior que as obrigações financeiras);
- o excesso de arrecadação (receita arrecadada no exercício maior que a estimativa que constou no Orçamento e compatível com o equilíbrio das contas públicas);
- as anulações de dotações (remanejamento de recursos orçamentários entre dotações orçamentárias); e
- operações de crédito (empréstimos e financiamentos não previstos na estimativa de receita da LOA).

A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece critérios para o aumento da despesa pública em geral, e as de caráter continuado (obrigação de execução por um período superior a dois anos) em particular:

- avaliação do impacto orçamentário-financeiro (com a metodologia de cálculo) para o ano em que tiver início e para os dois seguintes;

- declaração expressa do ordenador de despesa de que a despesa é compatível com o PPA e com a LDO;
- comprovação da adequação (previsão) orçamentária e da não afetação das metas de resultado apresentadas no Anexo de Metas Fiscais da LDO (se for o caso, com medidas de compensação de aumento permanente da receita ou redução permanente da despesa).

Esses critérios não se aplicam somente às despesas de reajuste (na forma da CF-88) da remuneração de pessoal e do pagamento dos encargos da dívida pública (que deve prevalecer sobre outras despesas de custeio). Porém, as despesas de pessoal devem obedecer aos limites estabelecidos pela Lei de Responsabilidade Fiscal, conforme ilustra a Figura 21.

Figura 21 – Limites Legais para Despesas com Pessoal

DESPESAS COM PESSOAL - REPARTIÇÃO DOS LIMITES GLOBAIS

ESFERA	Legislativo e Trib. de Contas	Judiciário	Ministério Público	Executivo mais Adm. Indireta	Limite Total
FEDERAL	2,5%	6,0%	0,6%	40,9%	50% da RCL
ESTADOS	3,0%	6,0%	2,0%	49%	60% da RCL
MUNICÍPIOS	6,0%	--	--	54%	60% da RCL

- Limite em relação à receita corrente líquida e à LDO poderão determinar limites inferiores.
- Nos Poderes Legislativo e Judiciário, os limites serão repartidos entre seus órgãos, proporcionalmente às despesas médias em relação à RCL nos 03 exercícios imediatamente anteriores à L.R.F.

Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

Cabe destacar que algumas despesas com pessoal não devem ser utilizadas para calcular o limite percentual de gastos, como ilustra a Figura 22.

Figura 22 – Despesas de Pessoal Não Computadas para a Apuração do Percentual

NÃO SÃO COMPUTADOS PARA EFEITO DOS LIMITES COM PESSOAL “Art. 19 - §1º da L.R.F.”

- I. Indenização por demissão de servidor ou empregados;
- II. Incentivos a Plano Demissão Voluntária;
- III. Convocação do legislativo em caso de urgência (Constituição federal - §6º inciso II – Art.57);
- IV. Decisão judicial de competência anterior ao referido no parágrafo único do art. 18 da L.R.F. ;
- V. Com pessoal do DF, Amapá, Roraima, custeados com recursos transferidos da União – art. 21 – CF e art. 31 da Emenda Constitucional -19;
- VI. Com inativos citados em V, ainda que custeada por:
 - Arrecadação de contribuições dos segurados;
 - Compensação financeira – artigo 201 §9º da Constituição Federal.

Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

Além da despesa orçamentária, que foi analisada anteriormente, a despesa pública também pode ser classificada como extraorçamentária. Trata-se da despesa que o poder público realiza com o financiamento de recursos retidos de terceiros exatamente para o cumprimento dessas obrigações (como foi analisado anteriormente para receita extraorçamentária), como, por exemplo, o pagamento do INSS e do Imposto de Renda dos servidores e prestadores de serviços para o ente da Federação. A Figura 23 ilustra a classificação da despesa pública em orçamentária e extraorçamentária.

Figura 23 – Despesa Orçamentária e Extraorçamentária



VISUALIZAÇÃO DA DESPESA EXTRA-ORÇAMENTÁRIA



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

5.3 Execução Orçamentária e Financeira

A execução orçamentária e financeira representa a etapa de implantação da LOA e possibilita o monitoramento e a avaliação do planejamento expresso no PPA. A partir da execução orçamentária e financeira podem ser desenvolvidos indicadores de desempenho da gestão, que devem ser combinados com outros indicadores setoriais específicos, permitindo a combinação de elementos quantitativos e qualitativos de análise das políticas públicas em termos de atendimento às necessidades da população.

A Figura 24 ilustra os principais aspectos da execução orçamentária financeira.

Figura 24 – Principais Aspectos da Execução Orçamentária e Financeira



EXECUÇÃO FINANCEIRA



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

Para tanto, as primeiras providências do Poder Executivo após a aprovação da LOA são:

- implantar o orçamento no sistema de processamento de dados, gerando o Quadro de Detalhamento de Despesa, composto pelas dotações orçamentárias formadas a partir do cruzamento das classificações institucional, funcional-programática e econômica, segundo os diferentes projetos, atividades e operações especiais; e
- editar o Decreto de Execução Orçamentária, contendo, no mínimo, a previsão bimestral da receita e o cronograma mensal de desembolso por órgão da administração.

Para a edição do Decreto de Execução Orçamentária é fundamental verificar a situação econômico-financeira do final do exercício anterior, apurando se a disponibilidade financeira foi suficiente para honrar os compromissos empenhados no ano anterior, mas ainda não pagos, denominados “Restos a Pagar”, bem como as despesas extraorçamentárias anteriormente analisadas:

- caso o resultado dessa comparação seja zero (e isto é o mínimo que deveria ocorrer sempre ao final do último mandato, conforme determina o art. 42 da Lei de Responsabilidade Fiscal) ou positivo (neste caso, a apuração do superávit financeiro do ano anterior permitiria aumentar a disponibilidade orçamentária do exercício presente): não haverá a imposição de um contingenciamento orçamentário e financeiro no início do ano;
- caso o resultado seja negativo: neste caso, uma parte da receita do ano em curso seria destinada para cobrir compromissos do passado, condicionando a execução orçamentária, o que obrigaria o contingenciamento orçamentário e financeiro no início do ano.

É importante destacar que o contingenciamento orçamentário e financeiro não deve alcançar as despesas de aplicação constitucional obrigatória, como é o caso da saúde.

Os “restos a pagar” podem ser classificados como processados e não processados, nos termos do art. 36 da Lei Federal nº 4.320/1964:

- processados: empenhos emitidos em um ou mais exercícios anteriores ao presente e que foram liquidados, mas não pagos até 31 de dezembro do ano anterior;
- não processados: empenhos emitidos em um ou mais exercícios anteriores ao presente, mas não liquidados até 31 de dezembro do ano anterior, ou seja, não houve o fornecimento de materiais e serviços, medição de obras e instalações etc.

O acompanhamento da execução dos “restos a pagar”, principalmente dos não processados, pelos conselhos de saúde é muito importante para fiscalizar o efetivo cumprimento da aplicação mínima em ações e serviços de saúde, diante de algum cancelamento que venha a ocorrer e da conseqüente necessidade de compensação sob a forma de gasto adicional ao mínimo no ano seguinte ao do cancelamento, mediante dotação orçamentária específica conforme abordado anteriormente.

Faz-se necessário também fazer o levantamento de todos os processos referentes às despesas de caráter continuado, tais como, contratos de fornecimento de materiais e serviços em vigor, aluguéis, manutenção de prédios, máquinas, veículos e outros equipamentos, lixo e limpeza urbana, iluminação pública e de edificações, telefone, entre outras despesas correntes, sem esquecer os processos relativos aos juros da dívida pública.

Entre as despesas de capital, é preciso fazer o levantamento prévio de todos os contratos em vigência que implicarão em medições futuras de obras, bem como aqueles relativos à amortização da dívida pública. Todos esses casos, aliados às despesas de pessoal e respectivos encargos trabalhistas e sociais, deverão ser priorizados no início do ano em termos de execução orçamentária.

Por fim, despesas decorrentes de determinação judicial, como são os casos de precatórios de natureza alimentar ou de desapropriação de imóveis, deverão ser priorizadas, além de devidamente demonstrados os cálculos de atualização monetária e juros do saldo devedor, bem como se todos os pagamentos efetuados foram devidamente contabilizados e informados ao Poder Judiciário. A mesma situação deve ser observada para as despesas com ensino e saúde, devido à vinculação constitucional.

Em resumo, os casos citados representam procedimentos a serem adotados pela administração pública no início de cada ano e deverão ter prioridade para o empenho prévio para a vigência da despesa no respectivo ano. A partir daí, com os saldos das dotações orçamentárias atualizadas pela redução dos valores desses empenhos realizados, será possível avançar para a próxima etapa, a saber, a contratação de novas despesas.

A Figura 25 ilustra os diferentes estágios de processamento da despesa pública.

Figura 25 – Estágios de Processamento da Despesa Pública



Fonte: Funcia, Rezende e Vignoli. Op.cit., 2010.

A despesa pública tem início com a requisição de compra emitida pelos órgãos da administração pública, com a definição do objeto a ser comprado ou o serviço a ser contratado, a estimativa da despesa com três cotações de preços, a indicação da dotação e da disponibilidade orçamentária e demais documentos necessários para a autorização da despesa, bem como dos outros procedimentos necessários para a abertura do processo de licitação (1).

A reserva orçamentária (2) é o procedimento administrativo previsto na Lei Federal nº 8.666/1993, que precede a realização da despesa e que abate, contabilmente, parcela da dotação orçamentária autorizada, até o limite desta e compatibilizada com a quota mensal de cada órgão.

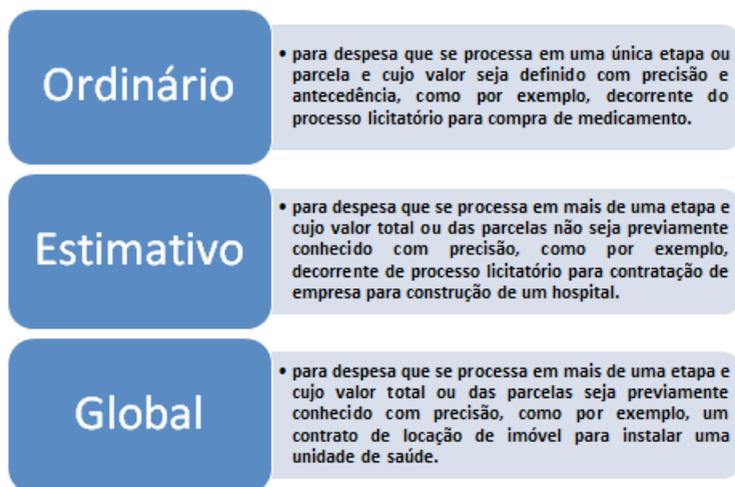
O empenho (3) é o procedimento prévio obrigatório (legal) à realização da despesa pública. É o ato da autoridade competente que abate a respectiva reserva efetuada, criando para o Poder Público obrigação de pagamento.

O empenho obedecerá às classificações institucional, funcional-programáticas e econômicas e os valores definidos na respectiva solicitação e autorização do ordenador da despesa, salvo se, diante da análise processual, contábil e legal, procedida pelas áreas técnicas (Contabilidade e Controle Interno), for detectado impedimento para a sua efetivação.

Cada empenho gera uma nota de empenho, documento que comprova que uma parte do orçamento está alocada para credor devidamente identificado a partir do encerramento do processo licitatório. É a garantia do credor de que há recurso orçamentário e financeiro para o poder público honrar com a despesa contratada.

Os empenhos classificam-se em ordinário, estimativo e global (Figura 26).

Figura 26 – Classificação dos Empenhos



Fonte: Elaboração própria.

A liquidação da despesa (4 e 5) é o ato da autoridade competente (ordenador da despesa ou servidor com delegação de competência para essa finalidade) que atesta o recebimento do bem ou do serviço nos termos contratados pelo poder público, bem como da respectiva documentação fiscal.

Após a certificação da liquidação (6) da despesa pelo setor de contabilidade ou de controle interno, que certificará que a regularidade da despesa e que todos os quesitos contratados foram cumpridos, será possível programar o pagamento (7) para a data do vencimento da obrigação.

Para finalizar, algumas breves considerações relativas à execução orçamentária pela ótica da gestão da receita. É preciso que os gestores da área tributária façam uma avaliação periódica da legislação correspondente, visando promover alterações em consonância com as transformações macro e microeconômicas, bem como para a permanente adequação às determinações constitucionais e aos princípios da equidade e da simplicidade, na perspectiva da justiça tributária.

É fundamental também um rigor no controle e na atividade de cobrança, para que ocorra um efeito demonstração positivo, reforçando para a sociedade que não é vantajoso descumprir a obrigação tributária, tanto pelo custo e transtorno trazidos para o contribuinte inadimplente quanto pela redução de capacidade de financiamento das despesas públicas e, portanto, menor capacidade de atender às demandas da população.

Entre as transferências intergovernamentais, as do Sistema Único de Saúde devem ser acompanhadas e fiscalizadas pela área da Saúde, bem como pelos respectivos Conselhos, pois existe a necessidade de conciliação entre as informações disponibilizadas no site do Ministério da Saúde sobre os repasses efetuados e a efetiva arrecadação ocorrida por meio bancário (e os registros contábeis decorrentes) pelos demais entes da Federação.

Os Conselhos de Saúde deverão ser informados pelo Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferência aos estados, ao Distrito Federal e aos municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes da Federação; procedimento semelhante envolve as Secretarias Estaduais para as transferências de recursos para os municípios.

6 RELATÓRIOS DE ACOMPANHAMENTO E GESTÃO

6.1 Relatórios da Lei de Responsabilidade Fiscal

- a) Relatório Resumido da Execução Orçamentária, de periodicidade bimestral, composto pelos seguintes anexos:
- Anexo I – Balanço Orçamentário
 - Anexo II – Despesa por Função
 - Anexo III – Receita Corrente Líquida
 - Anexo IV – Regime Geral Previdência Social
 - Anexo V – Regime Próprio Previdência Social
 - Anexo VI – Resultado Nominal
 - Anexo VII – Resultado Nominal Entes Regime de Previdência
 - Anexo VIII – Resultado Primário
 - Anexo IX – Resultado Primário (União)
 - Anexo X – Manutenção e Desenvolvimento do Ensino (MDE)
 - Anexo XI – Operação de Crédito
 - Anexo XII – Projeção Atuarial RGPS
 - Anexo XIII – Projeção Atuarial RPPS
 - Anexo XIV – Alienação de Ativos
 - Anexo XV – Saúde (União)
 - Anexo XVI – Saúde (Estado)
 - Anexo XVI – Saúde (Municípios)
 - Anexo XVII – Simplificado

6.2 Fórmulas Básicas de Acompanhamento da Execução Orçamentária que poderão integrar um ou mais relatórios

- Dotação Inicial(-)Valor Contingenciado(=)Dotação Disponível
- Dotação Disponível(+)-Suplementação(-)Anulação(=)Dotação Disponível Autorizada
- Dotação Disponível Autorizada(-)Valor Reservado(=)Saldo da Dotação Disponível
- Valor Reservado(-)Valor Empenhado(=)Saldo de Reserva
- Valor Empenhado(-)Valor Liquidado(=)Saldo a Liquidar
- Valor Empenhado(-)Valor Pago(=)Saldo a Pagar

6.3 Planilhas de acompanhamento da arrecadação da receita base de cálculo para aplicação constitucional mínima em ações e serviços de saúde na União, no Distrito Federal (síntese das duas seguintes), nos estados e nos municípios

União: Receita Base de Cálculo é a Receita Corrente Líquida (apurada no ano da execução) – Emenda Constitucional nº 86/2015: 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019; e 15,0% em 2020.

Observação: conforme publicação da Secretaria do Tesouro Nacional (referente ao 3º Quadrimestre de 2015).

Figura 28 – Demonstrativo da Receita Corrente Líquida da União: Últimos 12 meses

ESPECIFICAÇÃO	JAN/15	(...)	DEZ/15	TOTAL ÚLTIMOS 12 MESES	PREVISÃO ATUALIZADA DO EXERCÍCIO
RECEITA CORRENTE (I)					
Receita Tributária					
Receita de Contribuições					
Receita Patrimonial					
Receita Agropecuária					
Receita Industrial					
Receita de Serviços					
Transferências Correntes					
Receitas Correntes a Classificar ¹					

Continua

Conclusão

ESPECIFICAÇÃO	JAN/15	(...)	DEZ/15	TOTAL ÚLTIMOS 12 MESES	PREVISÃO ATUALIZADA DO EXERCÍCIO
Outras Receitas Correntes					
DEDUÇÕES (II)					
Transf. Constitucionais e Legais ²					
Contrib. Emp. e Trab. p/ Seg. Social ³					
Contrib. Plano Seg. Social do Servidor ⁴					
Compensação Financeira RGPS/RPPS					
Contr. p/ Custeio Pensões Militares					
Contribuição p/ PIS/PASEP					
RECEITA CORRENTE LÍQUIDA (III) = (I - II)					

Fonte: Adaptado de Secretaria do Tesouro Nacional.

Alíquotas para multiplicar pela Receita Corrente Líquida:

13,2% em 2016;

13,7% em 2017;

14,1% em 2018;

14,5% em 2019; e

15,0% a partir de 2020.

Estados: 12% da Receita Base de Cálculo abaixo (apurada no ano da execução):

Figura 29 – Quadro de Acompanhamento da Receita Base de Cálculo para Aplicação Mínima em Ações e Serviço Público de Saúde nos Estados e Distrito Federal

Receita Base de Cálculo	Prevista na LOA (A)	Arrecadação no mês (B)	Arrecadação Acumulada até o mês (C)	Diferença Previsão e Arrecadação (E)=(a)-(C)
ICMS				
IPVA				

Continua

Conclusão

Receita Base de Cálculo	Prevista na LOA (A)	Arrecadação no mês (B)	Arrecadação Acumulada até o mês (C)	Diferença Previsão e Arrecadação (E)=(a)-(C)
ITCMD (<i>causa mortis</i> ; doação bens/direitos)				
Transferência FPE da União para o Estado				
IPI Exportação				
LC nº 87/1996 (Lei Kandir)				
IRRF (dos rendimentos pagos pelo Estado)				
Multas, juros e correção monetária dos impostos				
Dívida ativa de impostos				
TOTAL				
Aplicação Mínima (TOTAL X 12%)				

Fonte: Elaboração própria.

Municípios: 15% da Receita Base de Cálculo abaixo (apurada no ano da execução):

Figura 30 – Quadro de Acompanhamento da Receita Base e Cálculo para Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde nos Municípios e Distrito Federal

Receita Base de Cálculo	Prevista na LOA (A)	Arrecadação no mês (B)	Arrecadação Acumulada até o mês (C)	Diferença Previsão e Arrecadação (E)=(a)-(C)
Transferência ICMS para o município				
Transferência IPVA para o município				

Continua

Conclusão

Receita Base de Cálculo	Prevista na LOA (A)	Arrecadação no mês (B)	Arrecadação Acumulada até o mês (C)	Diferença Previsão e Arrecadação (E)=(a)-(C)
Transferência FPM para o município				
Transferência IPI Exportação para o município				
Transferência LC nº 87/1996 (Lei Kandir) para o município				
IRRF (dos rendimentos pagos pelo município)				
Transferência ITR para o município				
IPTU				
ISS				
ITBI				
Multas, juros e correção monetária de impostos				
Dívida ativa de impostos				
TOTAL				
Aplicação Mínima (TOTAL X 15%)				

Fonte: Elaboração própria.

6.4 Outros Quadros de Acompanhamento da Execução Orçamentária (modelos com exemplos de apresentação)

Quadro de Acompanhamento 1

Ministério da Saúde - Execução Orçamentária
CONSOLIDADAÇÃO POR ITENS SELECIONADOS
 Mês e Ano:

DENOMINAÇÃO	EXECUTADO		ORÇAMENTO 2008 - LEI Nº							%	%	%
	2007	PI-0A 2008	DOTAÇÃO ATUALIZADA (A)	EMPENHADO (B)	LIQUIDADO (C)	PAGO (D)	SALDO FINANCEIRO D=(B-C)	SALDO ORÇAMENTARIO E=(A-B)	EMP BIA			
1 ITENS GLOBAIS												
2 PESSOAL ATIVO												
3 PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA												
4 AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA												
6 FUNDO NACIONAL DE SAÚDE - FNS												
6 COMBATE ÀS CARÊNCIAS NUTRICIONAIS												
7 PANDEMIA DE INFLUENZA (GRIPE AVIÁRIA)												
8 MANUTENÇÃO ADMINISTRATIVA												
9 MANUTENÇÃO DE UNIDADES OPERACIONAIS												
10 HOSPITAIS PRÓPRIOS												
11 INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER - INCa												
72												
ações e serviços de saúde - Outras Custeio e Capital												
ações e serviços de saúde - PESSOAL ATIVO												
ações e serviços de saúde - TOTAL												
FUNDO DE COMBATE E ERRADICAÇÃO DA POBREZA												
FARMÁCIAS POPULARES												
OUTROS CUSTEIOS E CAPITAL - TOTAL												
PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA												
AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA												
MS - TOTAL GERAL												

Quadro de Acompanhamento 3

Programa (código)	Ação (código do projeto ou atividade)	LOA (A)	Aumento (+) e/ou Redução (-) do Orçamento (B)	LOA atual (C=A+ou-B)	Valor da Reserva (D)	Saldo a Reservar (E=C-D)

Quadro de Acompanhamento 4

Programa (código)	Ação (código do projeto ou atividade)	Valor da Reserva (A)	Valor do Empenho (B)	Saldo a Empenhar (C=A-B)	Valor da Liquidação (D)	Saldo a Liquidar (E=B-D)

Quadro de Acompanhamento 5

Programa (código)	Ação (código do projeto ou atividade)	Valor do Empenho (A)	Valor da Liquidação (B)	Valor do Pagamento (C)	Saldo a Pagar (D=A-C)

Quadro de Acompanhamento 6

Indicadores Consolidados em relação à Receita

Mês e Ano:

Indicadores	Valores
Despesa Empenhada Saúde (DES) (R\$)	
Receita Base de Cálculo (RBC) (R\$)	
DES/RBC (%)	
Despesa Liquidada Saúde (DLS) (R\$)	
DLS/RBC (%)	

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. **Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000**. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília, 2000. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. **Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012**. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nos 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964**. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília, 1964. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L4320.htm>. Acesso em: 6 jul. 2016.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, 1990b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8142.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. **Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.** Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília, 1993. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8666cons.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. **Lei nº 12.593, de 18 de janeiro de 2012.** Institui o Plano Plurianual da União para o período de 2012 a 2015. Brasília, 2012. Disponível: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/Lei/L12593.htm>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério da Saúde; CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 453, de 10 de maio de 2012.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2012/res0453_10_05_2012.html>. Acesso em: 5 jul. 2016.

_____. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do MOP – DOU de 15.4.99.** Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www3.tesouro.gov.br/legislacao/download/contabilidade/portaria42.pdf>>. Acesso em: 6 jul. 2016.

_____. **Portaria Interministerial nº 163, de 4 de maio de 2001.** Dispõe sobre normas gerais de consolidação das Contas Públicas no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, e dá outras providências. Brasília, 2001. Disponível em: <http://www3.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/Portaria_Interm_163_2001_Atualizada_2011_23DEZ2011.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2016.

INSTITUTO ANTÔNIO HOUAISS (Brasil). Diretriz. In: **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, 2004. p. 251.

SÃO PAULO (Estado). **Lei Complementar Estadual nº 791, de 9 de março de 1995**. Estabelece o Código de Saúde no Estado. São Paulo, 1995. Disponível em: <<http://www.pge.sp.gov.br/centrodeestudos/bibliotecavirtual/dh/volume%20i/saudelei791.htm>>. Acesso em: 5 jul. 2016.

GLOSSÁRIO

ADMINISTRAÇÃO DIRETA: É composta pelos órgãos integrantes das pessoas jurídicas políticas – União, estados, Distrito Federal e municípios – aos quais a lei confere o exercício de funções administrativas.

ADMINISTRAÇÃO INDIRETA: É composta por pessoas jurídicas com personalidade de direito público ou privado que exercem funções administrativas, a saber: Autarquias, Fundações instituídas pelo Poder Público, Sociedades de Economia Mista e Empresas Públicas.

AUTARQUIA: Serviço público autônomo, criado por lei, com personalidade jurídica, patrimônio e receita própria, para executar atividades típicas da Administração Pública que requeiram, para seu melhor funcionamento, gestão administrativa e financeira descentralizada.

CONTINGENCIAMENTO: Indisponibilidade orçamentária; mecanismo que garante o controle da execução orçamentária de acordo com o efetivo ingresso de receita.

DESPESA OBRIGATÓRIA DE CARÁTER CONTINUADO: Conforme estabelecido no artigo 17 da Lei de Responsabilidade Fiscal, é aquela despesa corrente derivada de lei, medida provisória ou ato administrativo normativo que fixe para o ENTE a obrigação legal de sua execução por um período superior a dois anos.

EMPRESA CONTROLADA: Maioria do Capital Social (votante) de propriedade do ente da Federação.

EMPRESA ESTATAL DEPENDENTE: Empresa controlada que recebe recursos para pagamento de despesas correntes ou de capital, exceto aumento de participação acionária.

EMPRESA PÚBLICA: Empresa que garante a produção de bens e serviços fundamentais à coletividade, de interesse social. É criada por lei e de responsabilidade de cada ente da Federação.

ENTE DA FEDERAÇÃO: União, estados, Distrito Federal e municípios.

FUNDAÇÃO: Patrimônio total ou parcialmente público, dotado de personalidade jurídica de direito público ou privado e destinado, por lei, ao desempenho de atividades do Estado na ordem social, com capacidade de autoadministração e mediante controle da Administração Pública, nos limites da lei.

LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL (LEI COMPLEMENTAR Nº 101/2000): Normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, que pressupõe a ação planejada e transparente, em que se previnem riscos e corrigem desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados entre receitas e despesas e a obediência a limites e condições no que tange à renúncia de receita, geração de despesas com pessoal, da seguridade social e outras, dívidas consolidada e mobiliária, operações de crédito, inclusive por antecipação de receita, concessão de garantia e inscrição em restos a pagar (conforme artigo 1º).

LEI FEDERAL Nº 4.320/1964: Normas gerais de direito financeiro para elaboração e controle dos orçamentos e balanços das entidades governamentais, além de padronizar o Modelo Orçamentário Brasileiro para União, estados, Distrito Federal e municípios. A Portaria nº 9, de 28 de janeiro de 1974, do Ministério do Planejamento e Coordenação-Geral, introduziu a classificação funcional-programática da despesa orçamentária, constituída pelas seguintes categorias: institucional, econômica, por funções de governo, por programas e por elementos. Essa classificação foi alterada pela Portaria MOG nº 42, de 14 de abril de 1999, constituída pelas categorias Função, Subfunção, Programa, Projeto, Atividade e Operações Especiais, enquanto que a Portaria Interministerial SOF/STN nº 163/2001, padronizou a classificação orçamentária da receita e da despesa públicas, esta última constituída pela Categoria Econômica, Grupo de Natureza de Despesa, Modalidade de Aplicação, Elemento de Despesa e Item Econômico. A Portaria STN nº 303, de 28 de abril de 2005

(e alterações), padronizou a classificação da receita por níveis, a saber: Categoria Econômica, Subcategoria Econômica, Fonte, Rubrica da Receita, Alínea da Receita, Subalínea da Receita.

MODELO ORÇAMENTÁRIO: Conjunto de procedimentos padronizados que devem ser seguidos pelos entes da Federação para poderem arrecadar suas receitas e efetuarem suas despesas.

ORÇAMENTO FISCAL: Integra o Orçamento Geral da União, dos estados ou dos municípios e refere-se aos poderes, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público.

ORÇAMENTO DA SEGURIDADE SOCIAL: Integra o Orçamento Geral da União, dos estados ou dos municípios e refere-se à saúde, à previdência social e à assistência social, da administração direta e indireta, bem como os respectivos fundos e fundações mantidos pelo Poder Público.

ORÇAMENTO DAS EMPRESAS ESTATAIS – INVESTIMENTOS: Compreende os investimentos das empresas em que o Poder Público, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto.

ANEXOS

Anexo A – Roteiro Complementar para Fiscalização da Gestão por parte dos Conselheiros de Saúde

O presente roteiro foi elaborado a partir do material de apresentação de Gilson Carvalho nos seminários regionais de orçamento e financiamento realizado pela Cofin/CNS em 2009.

B.1 Aplicação dos princípios legais relacionados aos aspectos do financiamento

a) OBRIGAÇÃO DO GESTOR DE GARANTIR O ACOMPANHAMENTO E A FISCALIZAÇÃO DO FUNDO DE SAÚDE PELOS CONSELHOS DE SAÚDE

- Constituição Federal (CF) – art.10: é assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que os interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação.
- CF – art.194: participação da comunidade em especial dos trabalhadores, empresários e aposentados.
- CF – art.198: com participação da comunidade.
- Atos das Disposições Constitucionais Transitórias (ADTC) – art. 77: fundo que será fiscalizado pelo conselho de saúde.
- Lei nº 8.080 – art.33: recursos movimentados sob fiscalização dos conselhos.
- Lei nº 8.142 – art.1º: conselho controla inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

b) OBRIGAÇÃO DO GESTOR DE ADMINISTRAR TODOS OS RECURSOS DA SAÚDE NA SECRETARIA DA SAÚDE

- CF – art.195, §2º: A proposta do Orçamento da Seguridade Social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na LDO, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.
- Lei nº 8.080 – art.33, §1º: Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, através do Fundo Nacional de Saúde.
- Código de saúde de São Paulo – Lei nº 791 – art.49: Os recursos financeiros do SUS serão depositados no Fundo de Saúde de cada esfera de governo e movimentados pela direção do SUS, sob fiscalização do respectivo conselho de saúde.

c) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR PÚBLICO DE FORNECER INFORMAÇÃO E OUVIR O CIDADÃO

- CF – art.5º – Inciso XXXIII: todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas sob pena de responsabilidade.
- CF art.74 – §2º: ...qualquer cidadão pode denunciar ao TCU.

d) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE INSTITUIR E MANTER FUNDO DE SAÚDE

- ADCT – art.77 – §3º: ...os recursos dos Estados, DF e Municípios e os transferidos pela União serão aplicados por meio de fundo de saúde.
- Lei nº 8.080 – art.33: ...os recursos do SUS serão depositados em conta especial.

- Lei nº 8.142 – art.4: ...para receber recursos deverão contar com fundo de saúde.
- Decreto nº 1.232 – art. 2º: ...a transferência federal fica condicionada a ter fundo de saúde.

e) OBRIGATORIEDADE DOS GESTORES DA UNIÃO, DOS ESTADOS E DOS MUNICÍPIOS DE ADMINISTRAR TODOS OS RECURSOS DO SUS NO RESPECTIVO FUNDO DE SAÚDE: OS RECURSOS PRÓPRIOS DE CADA ESFERA DE GOVERNO, OS TRANSFERIDOS DA UNIÃO PARA OS ESTADOS E OS TRANSFERIDOS DA UNIÃO E DOS ESTADOS PARA OS MUNICÍPIOS

- ADCT – art.77 – §3º: ...os recursos dos Estados, DF e Municípios destinados às ações e aos serviços públicos de saúde e os transferidos pela União serão aplicados por meio de fundo de saúde.
- Lei nº 8.080 – art.33: ...os recursos do SUS serão depositados em conta especial.
- Código de Saúde de São Paulo – Lei nº 791 – art.49: os recursos do SUS serão depositados no fundo de saúde de cada esfera de governo.

f) OBRIGATORIEDADE DE APLICAÇÃO MÍNIMA EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE PELAS TRÊS ESFERAS DE GOVERNO: UNIÃO – PELO PERCENTUAL VARIAÇÃO NOMINAL DO PIB SOBRE O VALOR EMPENHADO; ESTADOS – 12% DA RECEITA BASE DE CÁLCULO; E MUNICÍPIOS – 15% DA RECEITA BASE DE CÁLCULO

- CF – art. 30 – Inciso VII: ...Municípios fazem com cooperação financeira dos Estados e da União.
- CF – art.194: ...diversidade da base de financiamento.
- CF – 195 e 198 – 1: ...provenientes dos orçamentos da União, Estados e Municípios.
- ADCT – art.77: ...EC-29.

g) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE TER PLANO DE SAÚDE ASSOCIADO AO PPA, LDO, LOA APROVADO PELO RESPECTIVO CONSELHO DE SAÚDE E PODER LEGISLATIVO

- CF – art.29 – Inciso X: ...cooperação das associações representativas no planejamento municipal.
- CF – art.165: leis estabelecerão o PPA, LDO, LOA (e... ADCT-art.35-§2º).
- CF – art.198: organização do SUS com participação da comunidade.
- Lei Complementar nº 101/00 (LRF) – Capítulo II: Lei do PPA, LDO, LOA.
- Lei nº 8.080 – art.36: projeto de planejamento e orçamento do SUS será ascendente... compatibilizando necessidades com disponibilidade de recursos... Os planos serão a base da atividade... Não existe transferência não prevista nos planos.

h) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE COMUNICAR AOS SINDICATOS, ENTIDADES EMPRESARIAIS E PARTIDOS POLÍTICOS O RECEBIMENTO DE QUALQUER RECURSO PARA A ÁREA DA SAÚDE ATÉ 48 HORAS DEPOIS DO INGRESSO

- Lei nº 9.452 – arts.1º, 2º: ...administração federal comunica à Câmara as transferências feitas ao SUS; Prefeitura notifica partidos, sindicatos e entidades empresarias até 2 dias após o recebimento.

i) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE PUBLICAR OU AFIXAR EM LOCAL DE AMPLA CIRCULAÇÃO A CADA MÊS A LISTAGEM DE TODAS AS COMPRAS REALIZADAS

- Lei nº 8.666 modificada pela Lei nº 8.883: ...publicidade mensal publicada ou afixada de todas as compras: bem, preço unitário, quantidade adquirida, nome do vendedor, valor total da operação.

j) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE CADA ESFERA DE GOVERNO DE PRESTAR CONTAS AO CONSELHO DE SAÚDE A CADA QUATRO MESES

- Lei Complementar nº 141: ...o gestor do SUS apresentará quadrimestralmente ao conselho de saúde relatório detalhado contendo dado sobre montante e a fonte dos recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços.

k) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE PRESTAR CONTAS EM AUDIÊNCIA PÚBLICA NAS CÂMARAS DE VEREADORES E NAS ASSEMBLÉIAS LEGISLATIVAS RESPECTIVAS, A CADA QUATRO MESES

- Lei Complementar nº 141: o gestor do SUS apresentará quadrimestralmente ao conselho de saúde e em audiência pública nas Câmaras e Assembleias relatório detalhado contendo dado sobre montante e a fonte dos recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços.

l) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE PUBLICAR BIMESTRALMENTE O RELATÓRIO DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DISPONIBILIZAR AS CONTAS ANUAIS POR 60 DIAS PARA TODO CONTRIBUINTE PODER VERIFICAR

- CF – art.31 – §3º: as contas municipais ficarão, durante sessenta dias, anualmente à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade nos termos da lei.
- CF – art.165, §3º: publicar execução orçamentária bimestral.
- LRF – art.52: ... elaboração deste relatório bimestral.

m) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE REGER-SE PELOS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE E PUBLICIDADE E EFICIÊNCIA

- CF – art.37: ... a administração pública obedecerá os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

n) OBRIGATORIEDADE DO GESTOR DE PRESTAR CONTAS AOS CIDADÃOS POR MEIO DOS RELATÓRIOS RESUMIDOS DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DE GESTÃO FISCAL, INCLUSIVE PELA INTERNET E EM AUDIÊNCIA PÚBLICA

- LRF – arts. 9º, 48, 67: audiência pública em maio, setembro e fevereiro; ... são instrumentos de transparência da gestão fiscal, aos quais será dada ampla divulgação, inclusive nos meios eletrônicos de acesso público: planos, LDO, prestações de contas e respectivo parecer prévio, relatório resumido de execução orçamentária e de gestão fiscal e as versões simplificadas desses documentos. Com incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas na elaboração dos planos, LDO e LOA; Conselho de Gestão Fiscal.

B.2 Aplicação de medidas eficientizadoras

a) ÁREA DE COMPRAS:

- Profissionais necessários: enfermeiro, farmacêutico, médico, administrador e economista/contador.
- Administração: na saúde, pelo menos as decisões essenciais.
- Padronizar: medicamentos, material de consumo, equipamentos principalmente os de menor vida útil e os mais caros.
- Comissão de licitação específica de saúde.
- Comprar com antecedência para evitar compra emergencial (mais cara).
- Usar licitações estaduais e federais.
- Usar sistema de registro de preços.
- Usar sistema de pregão reverso.
- Comprar direto do fabricante (principalmente medicamentos).
- Preferência para medicamentos genéricos.

b) ÁREA DE ESTOQUE E DISPENSAÇÃO:

- Profissionais adequados: enfermeiro, farmacêutico, médico, administrador e economista/contador, almoxarifes/estoquistas.
- Condições físicas de armazenagem adequadas.
- Trabalhar com curva abc ou similar.
- Controle da entrada e saída de produtos.
- Controle do prazo de validade dos produtos.
- Controle dos medicamentos de dispensação controlada.
- Saída controlada de medicamentos com entrega segura em cada unidade de dispensação final.
- Controle de entrada, saída e armazenagem em cada unidade de consumo.

c) GESTÃO DE RH – TRABALHADORES DA SAÚDE:

- Profissionais necessários: administrador e economista/contador e outros profissionais de saúde pontualmente.
- Relação de todos os cargos-função da área da Saúde autorizados pela Câmara.
- Relação do local de trabalho e carga horária de todos.
- Plano cargos-salários e carreira da saúde.
- Ter sistemas implantados de verificação das horas extras (alerta quando mais de 20% e diminuição quando ultrapassar 30%), diárias, vale-transporte, vale-alimentação.
- Rotinas para recrutamento de pessoal, seleção pública, provas, contratação, educação permanente.
- Contratar todos os servidores por meio de concurso público e sem nenhuma contratação terceirizada de mão de obra nas atividades-fim.

d) SERVIÇOS DE TERCEIROS DE APOIO:

- Profissionais necessários: administrador e advogado.
- Relação de todos os serviços terceirizados: limpeza, vigilância patrimonial, alimentação, transporte.
- Verificar a inexistência de serviços terceirizados de mão de obra para atividade-fim (disfarçadas de apoio) nos próprios públicos estatais.
- Verificar existência de termo de licitação legal com contratos legais.
- Estabelecer mecanismos claros e viáveis de verificação da execução e qualidade do serviço prestado.
- Verificar horas contratuais de serviço e as possíveis horas de excesso.
- Verificar se as condições de trabalho e os encargos sociais dos terceiros estão sendo garantidos.
- Verificar se existe controle público, institucional e social sobre a instituição, serviços e ações contratados-conveniados (controle e avaliação das secretarias).
- Trabalhar com o conceito de que o administrador público de saúde pode contratar ou convieniar serviços de terceiros complementarmente ao SUS (sempre a menor parte) para executarem serviços públicos em seus próprios prédios.

e) CONTRATOS DE LOCAÇÃO DE IMÓVEIS, APARELHOS, VEÍCULOS E OUTROS:

- Profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, advogado e outros afins ao objeto de contrato.
- Processo de licitação completo.
- Contrato claro e preciso com descrição do objeto, mecanismos de controle, reajustes legais e reais de mercado etc.

- Relação de todos os contratos: imóveis, veículos, máquinas, equipamentos médico-hospitalares etc.
- Licitação com contratos e convênios legais.
- Mecanismos claros e viáveis de verificação da qualidade e manutenção dos objetos locados.
- Verificar se existe controle público institucional e social sobre os locados e instituições locadoras.

f) REFORMAS, AMPLIAÇÕES E CONSTRUÇÕES DE UNIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE:

- Profissionais necessários: administrador, advogado, engenheiro, arquiteto e outros afins ao objeto de contrato.
- Serviços públicos podem alugar prédios e fazer as adaptações necessárias mediante explicitação de contrato.
- Processo de licitação completo.
- Contrato claro e preciso com descrição do objeto, mecanismos de controle, reajustes legais e reais de mercado etc.
- Acompanhamento de obras de reformas, ampliações, construções: material contratado e utilizado; especificações; acabamento; mão de obra e encargos sociais.
- Mecanismos claros e viáveis de verificação da qualidade e manutenção dos objetos locados.

g) ADMINISTRAÇÃO DE TRANSPORTE:

- Profissionais necessários: administrador, engenheiro, mecânico de autos e outros afins à administração de veículos.
- Buscar melhor custo-benefício: frota própria, locação de veículos, aluguel esporádico de táxis, veículos próprios de funcionários.
- Ter rotinas de trabalho específicas: documentação, seguro, histórico dos veículos, habilitação dos condutores; treinamentos de direção defensiva e outros.

- Controles: saída de veículos, controle de quilometragem, uso de combustível, lubrificantes, troca de pneus.
- Revisões periódicas de rotina, consertos, serviços de manutenção próprios e contratados.
- Verificar se existe controle público institucional e social sobre os locados e instituições locadoras.

B.3 Aplicação de medidas corretivas na área dos gastos públicos

a) ÁREA DE COMPRAS:

- Verificar as maiores, as mais comuns, as do mesmo vencedor; as demais, fazer por amostragens.
- Concorrências: verificar os vencedores mais frequentes, os vencedores cuja empresa não trabalha na área, as firmas concorrentes que sempre perdem e os endereços das empresas concorrentes (vencedoras ou não).
- Verificar os maiores valores de compra ou por unidade e comparar alguns preços por amostragem.
- Verificar e conferir por amostragem as entregas de maior valor ou maior número de unidades.
- Verificar compra de equipamentos: usados, remanufaturados, de segunda linha, similares.
- Verificar compra de material médico hospitalar; segunda linha ou similar ou diferente do apresentado no pedido.

b) ÁREA DE GESTÃO DE CONTRATOS:

- Verificar contratos de terceirização, o quadro contratado e o quadro real em operação, as refeições fornecidas e cobradas, o material de limpeza usado e o cobrado, serviços e peças de veículo, de aparelhos, de informática e outros.
- Verificar termos aditivos a contratos: excesso de termos e excesso de valores aditivos.

c) GESTÃO DE RH – TRABALHADORES DA SAÚDE:

- Verificar pagamento de funcionários de outras áreas que não trabalham na saúde, com recursos da saúde.
- Verificar pagamento de horas extras exageradas e fantasmas; salários turbinados.
- Verificar pagamento de pessoas sem contrato como trabalhadores avulsos ou autônomos, fora da legislação.
- Verificar pagamento de assessorias e consultorias a servidores da própria administração e da secretaria de saúde.
- Verificar pagamento por produção a servidores.
- Verificar pagamento de gratificações, adicionais e outros sem autorização legislativa (câmara ou assembleia).
- Verificar terceirização de trabalhadores de saúde para trabalharem nos próprios serviços públicos de saúde.

d) FINANCIAMENTO DO SUS (EC-29):

- Existe conselho constituído e funcionando legal e moralmente bem?
- Existe fundo de saúde legal e real?
- O conselho tem acesso às informações financeiras para acompanhar e fiscalizar o fundo?
- Os recursos todos (próprios e transferidos) estão sendo administrados pelo fundo de saúde?
- O depósito deste recurso está sendo feito automaticamente pelo órgão arrecadador?
- Quais os gastos com saúde próprio, transferido e total?
- Qual o gasto percentual de recursos próprios nos últimos anos?

- Entre as despesas com recursos do fundo de saúde, existe alguma indevida como saneamento, inativos, dívida, lixo, merenda, serviços ou planos de saúde de funcionários etc?
- Todas as despesas feitas estão dentro do plano de saúde?
- Estão sendo obedecidas as obrigações legais de licitação; plano de cargos, carreira e salário; contratação de pessoal?
- As despesas são demonstradas periodicamente – compras a cada mês, prestação de contas trimestral ao conselho, prestação de contas trimestral em audiência pública na câmara, prestação de contas quadrimestral do prefeito, incluindo saúde?

Anexo B – Roteiro Básico para Elaboração de Diagnóstico

SITUAÇÃO FÍSICA E OPERACIONAL DO MUNICÍPIO

- Qual é o estado da manutenção da cidade (viário, limpeza etc.)?
- Qual é a condição da oferta e a qualidade dos serviços nas áreas de Educação, Saúde e em outras áreas?
- Como estão distribuídas geograficamente as unidades de prestação de serviços nas áreas sociais?
- Quantas pessoas são atendidas nessas unidades?
- Há demanda reprimida?
- Qual o estado de conservação dos prédios, instalações, equipamentos, veículos e outros materiais utilizados na prestação desses serviços?
- Qual a situação de estoque de medicamentos, materiais de enfermagem, de limpeza e outros de consumo?

SITUAÇÃO FINANCEIRA DO MUNICÍPIO

- Quais são as principais rubricas da receita do município?
- Qual foi o comportamento da arrecadação nos últimos anos?
- Qual é o perfil da receita municipal (receitas próprias X transferências)?
- Qual é o índice de vinculação das receitas municipais?
- As receitas vinculadas à saúde e à educação foram repassadas regularmente ou há pendência a ser regularizada?
- A legislação tributária municipal está consolidada e atualizada?

- Todos os tributos de competência municipal estão sendo lançados e cobrados com regularidade?
- Qual é o nível de inadimplência dos tributos municipais?
- Qual foi o último ano dos débitos inscritos em dívida ativa e como está sendo a execução fiscal do município?
- O valor adicionado no município apresenta uma tendência de crescimento ou de queda?
- O índice de participação do município no ICMS tem aumentado ou diminuído?
- O cadastro mobiliário e imobiliário está atualizado ou desatualizado?
- A planta genérica de valores precisa ser revisada?
- O ISS reflete o nível de atividade do setor de serviços?

SITUAÇÃO DE ENDIVIDAMENTO DO MUNICÍPIO

- Quais são (e quanto representam) as dívidas de curto e longo prazo, inscritas ou não em Restos a Pagar e na Dívida Consolidada e Fundada, incluindo os Precatórios Judiciais?
- Há precatórios pendentes de pagamento, negociados ou não nos termos da Emenda Constitucional nº 30 (dez anos para pagar)?
- A lista de credores de precatórios está atualizada e na nova ordem cronológica após a exclusão dos de pequeno valor (definido por lei municipal nos termos da EC 30)?
- O atual limite de endividamento está abaixo de 120% da receita corrente líquida, o que possibilitaria, além das demais condições previstas pela Resolução nº 40/2001 do Senado Federal, ampliar o endividamento público municipal ao buscar recursos necessários para complementar o financiamento dos investimentos?

QUESTÕES DIVERSAS REFERENTES ÀS DESPESAS MUNICIPAIS

- Qual é o perfil da despesa municipal (por função de governo, categoria, elemento econômico e por secretaria)?
- Os gastos com custeio têm aumentado ou diminuído nos últimos anos?
- Qual tem sido o comportamento dos gastos com pessoal nos últimos anos, bem como qual é a evolução dessa despesa enquanto percentagem da Receita Corrente Líquida?
- Quais são os benefícios e vantagens previstos pelo Estatuto do Funcionalismo e qual é a projeção do impacto financeiro para os próximos anos?
- A estrutura administrativa é adequada em termos gerenciais (cargos comissionados) para a implantação do programa de governo?
- Há regime próprio de previdência? Em caso positivo, o cálculo atuarial foi realizado e está atualizado?
- As contribuições patronais e dos segurados estão regulares, nos termos da legislação e em consonância com o cálculo atuarial?
- O município tem rede própria de ensino fundamental? As informações referentes ao número de alunos matriculados para fins de contabilização do retorno do Fundeb estão corretas?
- Qual é a situação dos contratos de fornecimento de materiais e serviços, em termos de preços, valores unitários, volume contratado e período de vigência?
- Quais são os investimentos necessários, os projetos executivos já estão prontos e qual é a capacidade para financiar os investimentos com recursos próprios?

Anexo C – Despesas Que “Podem” e que “Não Podem” Ser Computadas no Cálculo da Aplicação Mínima em Ações e Serviços Públicos de Saúde (conforme Lei Complementar nº 141/2012)

DESPESAS QUE “PODEM” SER COMPUTADAS PARA O CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 2º Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

- I) sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- II) estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- III) sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

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

Art. 3º Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

- I) vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;
- II) atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;
- III) capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);
- IV) desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- V) produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;
- VI) saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;
- VII) saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- VIII) manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;
- IX) investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;
- X) remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;
- XI) ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e
- XII) gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

DESPESAS QUE “NÃO PODEM” SER COMPUTADAS PARA O CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

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

- I) pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- II) pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;
- III) assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- IV) merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvando-se o disposto no inciso II do art. 3º;
- V) saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- VI) limpeza urbana e remoção de resíduos;
- VII) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- VIII) ações de assistência social;
- IX) obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e
- X) ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

ISBN 978-85-334-2425-8



9 788533 424258

DISQUE SAÚDE

136

Ouvidoria Geral do SUS
www.saude.gov.br

Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde
www.saude.gov.br/bvs



MINISTÉRIO DA
SAÚDE

