

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde

Manual Básico



3ª edição

BRASÍLIA-DF

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA EXECUTIVA
FUNDO NACIONAL DE SAÚDE

Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde

Manual Básico

Série A. Normas e Manuais Técnicos
3ª ed. revista e ampliada

Brasília – DF
2003

© 2003. Ministério da Saúde
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.
Série A. Normas e Manuais Técnicos
Tiragem: 20 mil exemplares
(3ª ed. rev. ampl.)

Elaboração, distribuição e informações

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria Executiva
Fundo Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bloco G, Edifício Anexo, Ala A, 2º andar
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Fone: (61) 315-2777

Coordenação geral

Sady Carnot Falcão Filho

Equipe técnica

Grupo de Trabalho composto pelas áreas técnicas do Fundo Nacional de Saúde

Capa e projeto gráfico

Cartaz Criações e Publicidade

Ilustrações

Fernando Lopes

Apoio

Banco do Brasil S/A
Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura - UNESCO
Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Catálogo na fonte – Editora MS
Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Fundo Nacional de Saúde.
Gestão Financeira do Sistema Único de Saúde: manual básico / Ministério da Saúde, Fundo Nacional de Saúde. – 3ª ed. rev. e ampl. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

66 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos)

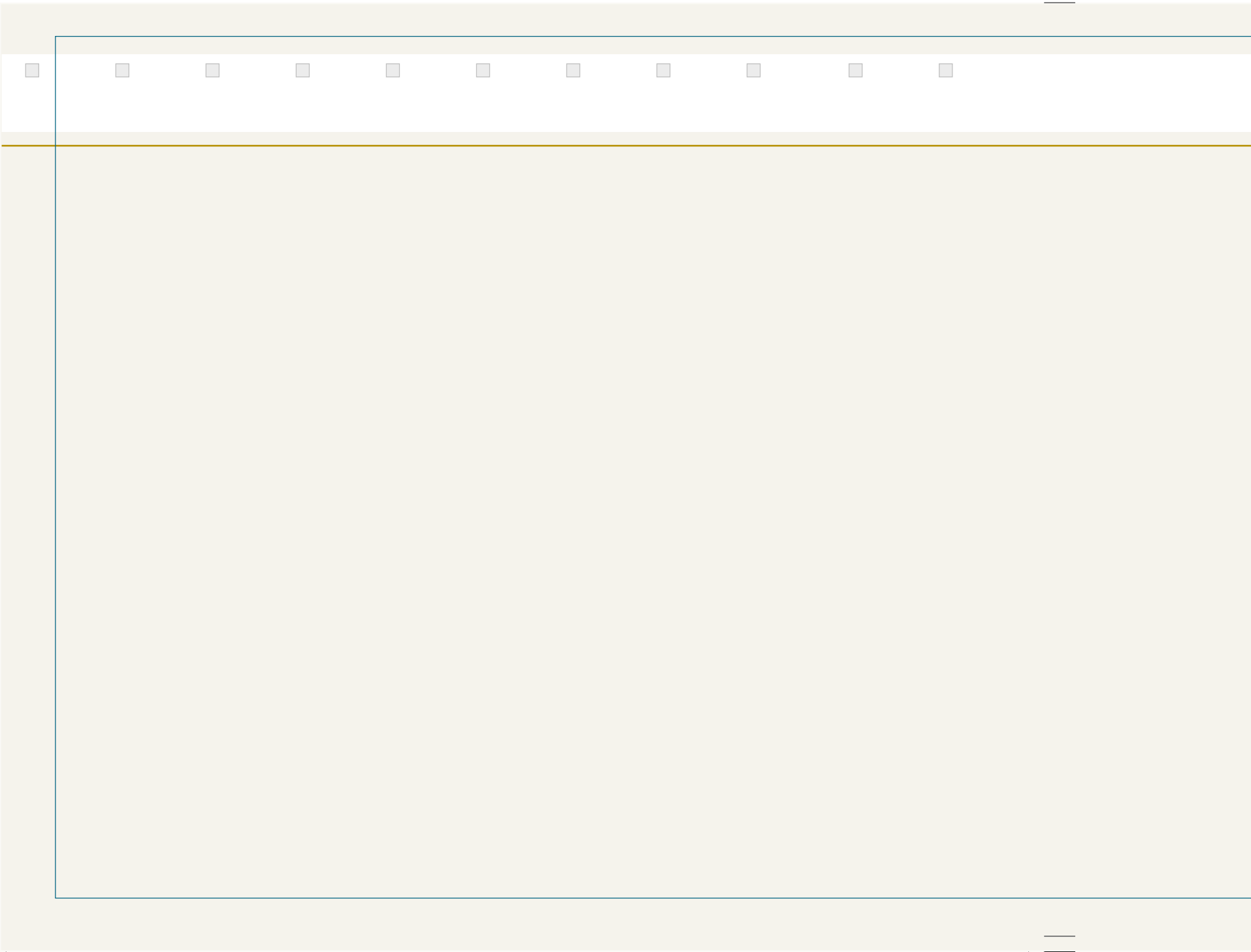
ISBN 85-334-0566-9

2. Recursos em Saúde. 1. SUS (BR). I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Fundo Nacional de Saúde. III. Título. IV. Série.

NLM 540DB8

Sumário

Apresentação	7
Saúde: direito do cidadão e dever do Estado	9
Financiamento da Saúde.....	13
Vinculação de recursos para a Saúde	15
Limites constitucionais mínimos para aplicação em Saúde	21
Gastos em ações e serviços públicos de Saúde	27
Fundos e Conselhos de Saúde	31
Atenção Básica e o Piso de Atenção Básica	37
Fluxo dos recursos do SUS	41
Gestão dos recursos do Fundo de Saúde	47
Informações úteis	66



Apresentação

As edições anteriores deste Manual apresentaram-se como instrumento de orientação, face ao advento da Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, que vinculou recursos das três esferas de Governo à aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Nesta nova edição, são preenchidas algumas lacunas observadas anteriormente, bem como é reforçada a ênfase no seu objetivo primordial de servir de apoio à organização, consolidação ou fortalecimento dos fundos de saúde nas demais instâncias diretivas do Sistema Único de Saúde – SUS, ante o dispositivo constitucional que obriga a aplicação dos recursos vinculados às ações e serviços públicos de saúde por seu intermédio.

Enquanto aguarda a Lei Complementar que regulamentará o referido diploma legal, este Ministério mantém a firme disposição de dar continuidade aos projetos e ações que visam atender às demandas de orientação técnica dos componentes do SUS. Um deles é o presente instrumento que, nesta edição, recebeu importantes aperfeiçoamentos decorrentes da interação das áreas técnicas diretamente envolvidas com os assuntos aqui tratados.

Considerando, também, que a EC nº 29/2000, juntamente com a Lei Orgânica da Saúde, estabelecem que os recursos dos Fundos de Saúde serão acompanhados e fiscalizados pelos respectivos Conselhos de Saúde, visa-se, com este trabalho,

colaborar na capacitação dos integrantes desses colegiados, sem prejuízo das competências ou prerrogativas dos Conselhos Estaduais e do Conselho Nacional de Saúde.

O Ministério da Saúde vislumbra que importantes ações nessa mesma direção podem estar, naturalmente, sendo implementadas pelos Conselhos de Saúde (Nacional e Estaduais), observado o princípio da hierarquização que orienta o SUS. Entretanto, não há como deixar de reconhecer a enorme carência de conhecimentos técnicos quando o assunto se relaciona com financiamento das ações e serviços de saúde. Daí a utilidade ou oportunidade de permitir que as experiências deste Ministério na operacionalização do Fundo Nacional de Saúde – FNS sejam disseminadas e, tanto quanto possível, aproveitadas, respeitadas as devidas particularidades atinentes às respectivas esferas de governo.

A Cooperação Técnica do Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde, todavia, não se encerra com esse trabalho. Seus técnicos continuam à disposição dos interessados em obter outras orientações, seja nas Divisões de Convênio e Gestão localizadas nos Estados, seja na sede do FNS em Brasília ou na Central de Atendimento ao Público - telefone 0800-644-8001, ou ainda pela internet no endereço eletrônico www.fns.saude.gov.br.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde



Saúde

Saúde: DIREITO DO CIDADÃO E DEVER DO ESTADO



Ilustração baseada em foto de Paulo de Araújo

A Constituição Federal assegura a todos os cidadãos brasileiros ou residentes no País o direito à saúde. Esse direito é garantido pelo Poder Público nas esferas federal, estadual e municipal, por meio de políticas voltadas para diminuir o risco de doenças e que possibilitem a implementação de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde.

O QUE É O SUS? COMO FUNCIONA? POR QUE O SUS?
QUAIS SÃO AS SUAS CONDIÇÕES FUNDAMENTAIS? AS
SUAS DIRETRIZES E PRESSUPOSTOS?

A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios compartilham as responsabilidades de promover a articulação e a interação dentro do Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

O SUS é um sistema de saúde, regionalizado e hierarquizado, que integra o conjunto das ações de saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, onde cada parte cumpre funções e competências específicas, porém articuladas entre si, o que caracteriza os níveis de gestão do SUS nas três esferas governamentais.

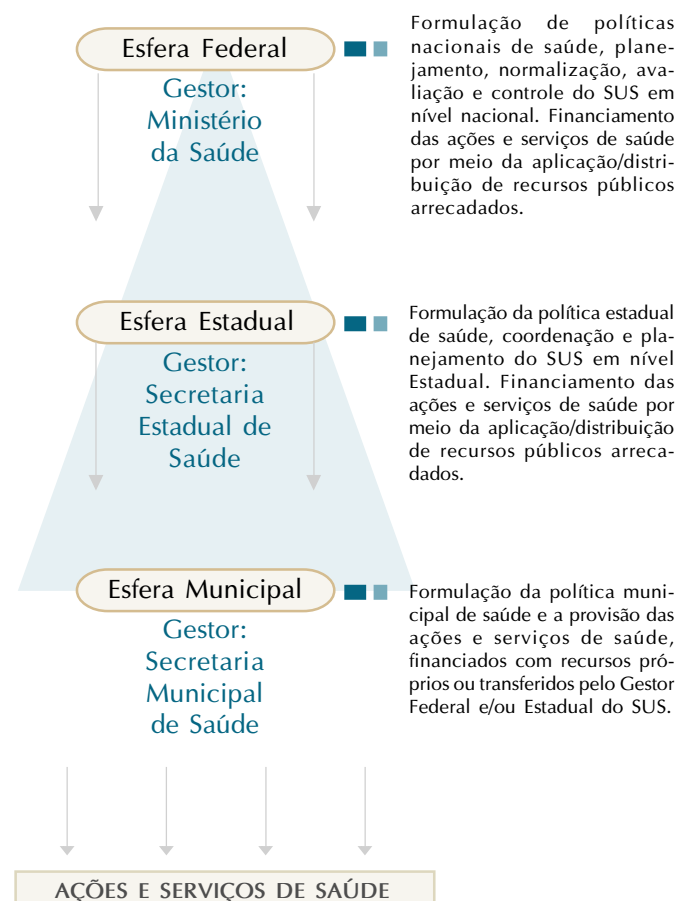
Criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, e pela Lei nº 8.142/90, que

trata da participação da comunidade na gestão do Sistema e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros, o SUS tem normas e regulamentos que disciplinam as políticas e ações em cada Subsistema.

A sociedade, nos termos da legislação, participa do planejamento e controle da execução das ações e serviços de saúde. Essa participação se dá por intermédio dos Conselhos de Saúde, presentes na União, nos Estados e Municípios.

O gráfico a seguir mostra os níveis de gestão do SUS nas três esferas de Governo e destaca as competências políticas e financeiras de cada gestor.

NÍVEIS DE GESTÃO DO SUS



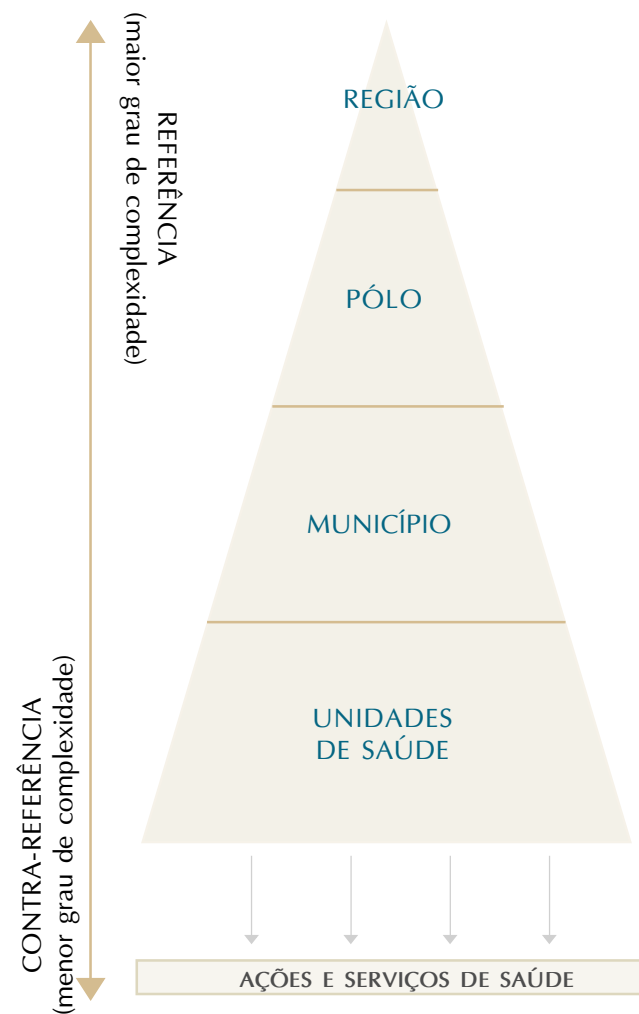
O SISTEMA HIERARQUIZADO E DESCENTRALIZADO

As ações e serviços de saúde de menor grau de complexidade são colocadas à disposição do usuário em unidades de saúde localizadas próximas de seu domicílio. As ações especializadas ou de maior grau de complexidade são alcançadas por meio de mecanismos de referência, organizados pelos gestores nas três esferas de governo.

Por exemplo:

O usuário é atendido de forma descentralizada, no âmbito do município ou bairro em que reside. Na hipótese de precisar ser atendido com um problema de saúde mais complexo, ele é referenciado, isto é, encaminhado para o atendimento em uma instância do SUS mais elevada, especializada.

Quando o problema é mais simples, o cidadão pode ser contra-referenciado, isto é, conduzido para um atendimento em um nível mais primário.



DIRETRIZES E PRESSUPOSTOS DO SUS



Diretrizes

- **Descentralização**, com administração única em cada esfera de governo, com ênfase na municipalização das ações e serviços de saúde.
- **Atendimento Integral**, com definição das prioridades dentro de cada nível de atenção (básica, média e alta complexidade).
- **Participação da Comunidade**, por meio dos representantes que integram os Conselhos de Saúde.

Pressupostos

- **Essencialidade**, a saúde como direito fundamental do cidadão e como função do Estado;
- **Universalização**, a saúde como direito de todos;
- **Integração**, participação conjunta e articulada das três esferas de governo no planejamento, financiamento e execução;
- **Regionalização**, o atendimento realizado mais próximo do cidadão, preferencialmente pelo município;
- **Diferenciação**, a autonomia da União, dos Estados e dos Municípios na gestão, de acordo com as suas características;
- **Autonomia**, a gestão independente dos recursos nas três esferas de governo;
- **Planejamento**, a previsão de que os recursos da saúde devem fazer parte do orçamento da Seguridade Social nas três esferas de governo;
- **Financiamento**, garantido com recursos das três esferas de governo;
- **Controle** das ações e serviços de saúde.

Saúde

Financiamento da Saúde



Ilustração baseada em foto de Jorge Cardoso

As ações e serviços de saúde, implementados pelos Estados, Municípios e Distrito Federal, são financiados com recursos da União, próprios e de outras fontes suplementares de financiamento, todos devidamente contemplados no Orçamento da Seguridade Social.

Os recursos são repassados por meio de transferências regulares e automáticas, remuneração por serviços produzidos, convênios, contratos de repasses e instrumentos similares.

TRANSFERÊNCIA REGULAR E AUTOMÁTICA

É realizada por repasses fundo a fundo e pagamento direto a prestadores de serviços e a beneficiários cadastrados de acordo com o estabelecido em portarias.

A **transferência fundo a fundo** caracteriza-se pelo repasse dos recursos, diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, a qualificação e a certificação aos programas e incentivos do Ministério da Saúde e os respectivos tetos financeiros.

São transferidos, também, nessa modalidade, recursos destinados a outras ações realizadas por Estados e Municípios, ainda que não habilitados em qualquer condição de gestão.

Os recursos transferidos fundo a fundo financiam as ações e serviços de saúde da:

- atenção básica dos municípios habilitados na Gestão Plena da Atenção Básica e dos municípios não habilitados, quando realizadas por estados habilitados na Gestão Avançada do Sistema Estadual;
- assistência de média e alta complexidade realizada por estados e municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema Estadual.

O financiamento do Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS, Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde – FIDEPS e Incentivo de Apoio e Diagnóstico Ambulatorial e Hospitalar à População Indígena – IAPI, é realizado, excepcionalmente, por

pagamento direto aos prestadores dos respectivos serviços, mesmo que vinculados a estados e municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema.

Apesar de não caracterizar estritamente despesas com ações e serviços de saúde, deve-se ressaltar o financiamento de programas assistenciais implementados pelo Ministério da Saúde, tais como: Bolsa Alimentação e Auxílio Aluno do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE, realizado mediante **repasso direto aos beneficiários cadastrados** por intermédio de cartão eletrônico de instituição financeira conveniada com o Ministério da Saúde.

REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRODUZIDOS

É a modalidade de transferência caracterizada pelo pagamento direto aos prestadores de serviços da rede cadastrada do SUS nos estados e municípios não habilitados em Gestão Plena de Sistema - Rede Cadastrada.

Destina-se ao pagamento do faturamento hospitalar registrado no Sistema de Informações Hospitalares – SIH e da produção ambulatorial registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, contemplando ações de Assistência de Média e Alta Complexidade, também observados os tetos financeiros dos respectivos estados e municípios.

O pagamento é feito **mediante apresentação de fatura** calculada com base na tabela de serviços do SIA e do SIH.

CONVÊNIOS

São celebrados com órgãos ou entidades federais, estaduais e do Distrito Federal, prefeituras municipais, entidades filantrópicas, organizações não-governamentais, interessados em financiamento de projetos específicos na área da saúde. Objetivam a realização de ações e programas de responsabilidade mútua do órgão Concedente (ou transferidor) e do Convenente (recebedor).

O repasse dos recursos é realizado de acordo com o cronograma físico-financeiro aprovado como parte do Plano de Trabalho e com a disponibilidade financeira do concedente. Os recursos repassados desta forma devem ser utilizados para o pagamento de despesas correntes e de despesas de capital.

Orientações quanto a essa forma de financiamento são encontradas nas “Normas de Cooperação Técnica e Financeira de Programas e Projetos Mediante a Celebração de Convênios”, adotadas pelo Ministério da Saúde – MS e elaboradas com base em legislação específica que disciplina a matéria. Está disponível no endereço www.fns.saude.gov.br, ou nas Divisões de Convênios e Gestão localizadas nas unidades descentralizadas do MS em cada estado.

Recursos

Vinculação DE RECURSOS PARA A SAÚDE



As necessidades de financiamento da saúde são grandes. Isso faz com que as autoridades das três esferas de governo estejam sempre se empenhando na busca de fontes adicionais de recursos.

Com o objetivo de garantir os recursos necessários para o atendimento da saúde pública, em 13 de setembro de 2000, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, que alterou a Constituição Federal de 1988. O novo texto assegura a **efetiva** co-participação da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios no financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

A exemplo do que vinha ocorrendo com os mínimos exigidos para a educação, a Emenda estabeleceu percentuais mínimos das receitas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Isso resulta no aumento e maior estabilidade dos recursos destinados à área da saúde em todo o País. Para a União, a regra estabelecida vincula os recursos ao crescimento do Produto Interno Bruto – PIB.

No âmbito dos Municípios, a receita destinada às ações de saúde poderá ter um acréscimo relevante em decorrência das mudanças das regras aplicáveis ao Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU.

Ou seja: o imposto cobrado de forma progressiva, com aplicação de alíquotas diferenciadas de acordo com a localização e o uso do imóvel, resultará em acréscimo da receita.

Os recursos públicos destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados, obrigatoriamente, por meio dos Fundos de Saúde, sendo acompanhados na sua destinação e utilização pelos respectivos Conselhos de Saúde, tanto da União quanto dos Estados, Distrito Federal e Municípios, o que garante a participação da comunidade no controle dos recursos destinados à área de saúde.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos estabelecidos pela Constituição Federal estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal – LRF, que vão, desde a retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União no Estado, no Distrito Federal e nos Municípios e/ou da União ou dos Estados nos Municípios, bem como a cassação de mandatos.

A Emenda Constitucional nº 29/2000 é auto-aplicável. Suas exigências e efeitos são imediatos. Além de definir os limites mínimos de aplicação em saúde, estabelece regras de adequação para o período de 2000 a 2004. A partir daí, os cálculos dos limites, os critérios de rateio dos recursos, as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde e as normas de cálculo dos montantes a serem aplicados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, serão definidos por meio de Lei Complementar que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos. Na hipótese da não edição dessa Lei, permanecerão válidos os critérios estabelecidos na própria Emenda Constitucional.

CONHECENDO A EMENDA CONSTITUCIONAL N.º 29/2000 – 13/09/2000 (DOU:14/09/2000)

Texto da EC n.º 29	Comentários
<p>Art. 1º - A alínea “e” do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 34” “VII -” “e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde” (NR)</p>	<p>Estabelece a possibilidade de intervenção da União nos Estados e no Distrito Federal para assegurar a aplicação mínima de receita resultante de impostos estaduais em ações e serviços públicos de saúde.</p>
<p>Art. 2º - O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação: “Art. 35” “III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;” (NR)</p>	<p>Estabelece a possibilidade de intervenção dos Estados nos Municípios para assegurar a aplicação mínima de receita resultante de impostos municipais em ações e serviços públicos de saúde.</p>
<p>Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação: “Art.156.....” “§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:” (NR) “I – ser progressivo em razão do valor do imóvel; e” (AC) “II – ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel.” (AC) “.....”</p>	<p>Estabelece a possibilidade de aumento da receita municipal do IPTU, pela progressividade, em razão do valor do imóvel e alíquotas diferentes, de acordo com a localização e o uso do imóvel, e sua utilização.</p>
<p>Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação: “Art.160.....” “Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:” (NR) “I – ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;” (AC) “II – ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III.” (AC)</p>	<p>Condiciona a transferência de recursos públicos a Estados, Distrito Federal e Municípios ao cumprimento anual dos limites mínimos, fixados para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.</p>

(NR) – Nova Redação
 (AC) - Acréscimo

Texto da EC n.º 29

Comentários

Art. 5º O inciso IV do art. 167 passa a vigorar com a seguinte redação:

“Art.167.....”

“IV – a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde e para manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, e 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo;” (NR).

“.....”

Permite a vinculação de receitas de impostos para utilização em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 6º O art. 198 passa a vigorar acrescido dos seguintes §§ 2º e 3º, numerando-se o atual parágrafo único como § 1º:

“Art.198.....”

“§ 1º (parágrafo único original).....”

“§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:” (AC)

“I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;” (AC)

“II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;” (AC)

“III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.” (AC)

“§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:” (AC)

“I – os percentuais de que trata o § 2º;” (AC)

“II – os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, objetivando a progressiva redução das disparidades regionais;” (AC)

“III – as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal;” (AC)

“IV – as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.” (AC)

Vincula a arrecadação de impostos à aplicação em ações e serviços de saúde nas três esferas de governo.

Prevê a edição de lei complementar, que reavaliará pelo menos a cada cinco anos:

- os percentuais anuais da arrecadação de impostos e recursos públicos aplicáveis em ações e serviços de saúde nas três esferas de governo;

- os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios;

- as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde;

- as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União.

(NR) – Nova Redação

(AC) - Acréscimo

Texto da EC n.º 29

Comentários

Art. 7º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido do seguinte art. 77:

“Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:” (AC)

“I – no caso da União:” (AC)

“a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;” (AC)

“b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB;” (AC)

“II – no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e” (AC)

“III – no caso dos Municípios e do Distrito Federal, quinze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º.” (AC)

“§ 1º Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que apliquem percentuais inferiores aos fixados nos incisos II e III deverão elevá-los gradualmente, até o exercício financeiro de 2004, reduzida a diferença à razão de, pelo menos, um quinto por ano, sendo que, a partir de 2000, a aplicação será de pelo menos sete por cento.” (AC)

“§ 2º Dos recursos da União apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.” (AC)

“§ 3º Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.” (AC)

“§ 4º Na ausência da lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005, aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo.” (AC)

Estabelece:

- para União, a regra de elevação das despesas e para os Estados, o Distrito Federal e os Municípios os percentuais aplicáveis às receitas de arrecadação de impostos e de transferências constitucionais e legais, que devem ser aplicados nas ações e serviços públicos de saúde, no período de 2000 a 2004.

- as regras de transitoriedade para Estados e Municípios que em 2000 não cumpriam os percentuais mínimos.

Esses percentuais e as regras de enquadramento estão detalhados no capítulo seguinte.

Estabelece a descentralização de recursos da União com observância de critérios populacionais e assegura o atendimento igualitário da população.

Estabelece:

- Obrigatoriedade de aplicação dos recursos, por intermédio de Fundos de Saúde;

- Previsão da participação da comunidade, por intermédio da fiscalização dos Conselhos de Saúde.

Prevê a manutenção das regras da EC, na hipótese da não regulamentação.

(NR) – Nova Redação

(AC) - Acréscimo



Limites

Limites Constitucionais

MÍNIMOS PARA APLICAÇÃO EM SAÚDE

DA UNIÃO

No ano de 2000 foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação do valor equivalente ao empenhado no exercício financeiro de 1999, acrescido de 5%. Nos anos seguintes, o valor anual a ser aplicado passou a ser calculado com base no “valor apurado no ano anterior”, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária.

O valor apurado no ano anterior é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde, desde que garantido o mínimo assegurado pela EC nº 29.



Ilustração baseada em foto de Edison Gês

DOS ESTADOS, DO DISTRITO FEDERAL E DOS MUNICÍPIOS

No ano de 2000 foi estabelecida a obrigatoriedade de aplicação de um percentual mínimo de 7% da receita de impostos, inclusive as transferências constitucionais e legais. Nos exercícios seguintes, esse percentual deve ser acrescido, anualmente, à razão de um quinto, até atingir, em 2004, o percentual mínimo de 12% para as receitas estaduais e de 15% para as receitas municipais.

RECEITAS VINCULADAS À SAÚDE PARA ESTADOS E MUNICÍPIOS (EC nº 29/2000)

RECEITAS ESTADUAIS (12%)

I Receitas de Impostos Estaduais

ICMS

IPVA

ITCMD (causa mortis e doação de bens e direitos)

II Receitas de Transferências da União

cota-parte do FPE

cota-parte do IPI - Exportação

Transferências Lei Complementar 87/96-Lei Kandir

III Imposto de Renda Retido na Fonte

IV Outras Receitas Correntes

Receita da dívida ativa de impostos

Multas, juros de mora e correção monetária de impostos

menos (-)

V Transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios

25% do ICMS

50% do IPVA

25% do IPI Exportação

VI - Total vinculado à saúde = (I + II + III + IV - V) x 0,12

RECEITAS MUNICIPAIS (15%)

I Receitas de Impostos Municipais

ISS

IPTU

ITBI

II Receitas de Transferências da União

cota-parte do FPM

cota-parte do ITR

Transferências Lei Complementar 87/96-Lei Kandir

III Imposto de Renda Retido na Fonte

IV Receitas de Transferências do Estado

cota-Parte do ICMS

cota-Parte do IPVA

cota-Parte do IPI - Exportação

V Outras Receitas Correntes

Receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos

VI - Total vinculado à saúde = (I + II + III + IV + V) x 0,15

RECEITAS VINCULADAS À SAÚDE PARA O DISTRITO FEDERAL (EC nº 29/2000)

RECEITAS ESTADUAIS (12%)	RECEITAS MUNICIPAIS (15%)
<p>I Receitas de Impostos</p> <p>ICMS (75%)</p> <p>IPVA (50%)</p> <p>ITCMD</p> <p>Simplex</p> <p>II Receitas de Transferências da União</p> <p>Quota-parte do FPE</p> <p>Quota-parte do IPI - Exportação (75%)</p> <p>Transferências Lei Complem. 87/96-Lei Kandir (75%)</p> <p>III Imposto de Renda Retido na Fonte</p> <p>IV Outras Receitas Correntes</p> <p>Receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos</p>	<p>V Receitas de Impostos</p> <p>ISS</p> <p>IPTU</p> <p>ITBI</p> <p>ICMS (25%)</p> <p>IPVA (50%)</p> <p>VI Receitas de Transferências da União</p> <p>cota parte do FPM</p> <p>cota-parte do IPI - Exportação (25%)</p> <p>cota-parte do ITR</p> <p>Transferências Lei Complementar 87/96-Lei Kandir (25%)</p> <p>VII Outras Receitas Correntes</p> <p>Receita da dívida ativa de impostos, multas, juros de mora e correção monetária de impostos</p>
<p>VIII - Total vinculado à saúde = (I + II + III + IV) X 0,12 + (V + VI + VII) x 0,15</p>	

ADEQUAÇÃO DOS LIMITES MÍNIMOS

Os entes federados que não aplicavam, em 2000, os percentuais mínimos fixados pela EC nº 29 devem elevá-los a cada ano, reduzindo a diferença entre o percentual aplicado e o mínimo estabelecido de 12% para Estados e 15% para Municípios, à razão de um quinto ao ano, sendo que, em 2000, devem cumprir o mínimo de 7%.

Existem três situações possíveis em relação ao cumprimento dos percentuais mínimos a partir de 2000:

1. Aqueles que aplicavam, em 2000, pelo menos 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais não podem reduzir seus percentuais abaixo desses patamares nos anos seguintes;

2. Aqueles que aplicavam, em 2000, percentual igual ou inferior ao limite mínimo de 7% devem elevar seus percentuais a cada ano, reduzindo a diferença entre o mínimo de 7% em 2000 e o mínimo de 12% das receitas estaduais e de 15% das receitas municipais, conforme tabela:

Ano	Receitas Estaduais	Receitas Municipais
2000	7,0	7,0
2001	8,0	8,6
2002	9,0	10,2
2003	10,0	11,8
2004	12,0	15,0

3. Aqueles que aplicavam, em 2000, percentual superior a 7% e inferior aos percentuais de 12% das receitas estaduais e 15% das receitas municipais devem calcular a razão de um quinto da diferença entre o percentual aplicado em 2000 e o mínimo previsto para 2004.

A razão de crescimento é calculada da seguinte forma:

$$\text{Razão de crescimento das receitas estaduais} = \frac{12\% - \% \text{ APLICADO EM 2000}}{5}$$

$$\text{Razão de crescimento das receitas municipais} = \frac{15\% - \% \text{ APLICADO EM 2000}}{5}$$

O resultado obtido deve ser somado ao percentual aplicado em 2000 para se calcular o mínimo para 2001. Em 2002 e 2003, essa razão deve ser somada ao percentual mínimo calculado para o ano anterior, conforme os exemplos a seguir:

Exemplos Estaduais - Razão fixa de adequação

SITUAÇÕES	A	B	C	D
% aplicado em 2000	8%	9%	10%	11%
Razão de 1/5	0,8	0,6	0,4	0,2

Percentual Mínimo das Receitas Estaduais

ANOS	SITUAÇÕES			
	A	B	C	D
2001	8,8	9,6	10,4	11,2
2002	9,6	10,2	10,8	11,4
2003	10,4	10,8	11,2	11,6
2004	12,0	12,0	12,0	12,0

Exemplos Municipais - Razão fixa de adequação

SITUAÇÕES	A	B	C	D
% aplicado em 2000	8%	10%	12%	14%
Razão de 1/5	1,4	1,0	0,6	0,2

Percentual Mínimo das Receitas Municipais

ANOS	SITUAÇÕES			
	A	B	C	D
2001	9,4	11,0	12,6	14,2
2002	10,8	12,0	13,2	14,4
2003	12,2	13,0	13,8	14,6
2004	15,0	15,0	15,0	15,0

Para efeito de cálculo dos percentuais mínimos de vinculação, a despesa com recursos próprios é obtida pela seguinte operação:

Despesa total aplicada em ações e serviços públicos de saúde, menos as transferências intergovernamentais para a saúde provenientes de outras esferas de governo.

Percentual de recursos próprios aplicados em saúde

$$\frac{\text{DESPESA TOTAL COM SAÚDE - TRANSFERÊNCIAS INTERGOVERNAMENTAIS SUS}}{\text{RECEITA DE IMPOSTOS E TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E LEGAIS}}$$

x 100

Os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, em cada ente federado, são calculados pela soma das despesas liquidadas com essas ações, relacionadas às respectivas fontes de recursos.

Para Estados e Municípios, até o exercício financeiro de 2005, inclusive, os recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde, em cada ente federado, são calculados por meio da dedução do valor referente às receitas oriundas de transferências intergovernamentais no âmbito do Sistema Único de Saúde, do total da despesa liquidada com ações e serviços públicos em saúde.

Durante o exercício, não devem ser incluídos os valores das despesas empenhadas que ainda não foram liquidadas. No encerramento do exercício, as despesas empenhadas e ainda não liquidadas devem ser consideradas como liquidadas, se inscritas em restos a pagar; caso contrário, devem ser canceladas.

O percentual de aplicação estabelecido pela EC 29, é obtido pela divisão do valor da despesa financiada por recursos próprios pelo total das receitas de impostos e transferências constitucionais e legais, conforme a fórmula abaixo:

A liquidação, segundo estágio da execução da despesa após o empenho, consiste na verificação do direito adquirido pelo credor, tendo por base os títulos e documentos comprobatórios da entrega do material ou serviço.

Os restos a pagar cancelados no exercício devem ser descontados das despesas liquidadas.

Na hipótese de descumprimento da EC nº 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da Emenda Constitucional no exercício anterior.

Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

Gastos

Gastos com Ações E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE



Os gastos realizados com o atendimento das necessidades da área de saúde pública devem observar as diretrizes e princípios do SUS e serem destinados às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito, além de estar em conformidade com objetivos e metas explicitados nos respectivos Planos de Saúde.

Parece elementar, porém é necessário atentar, no

âmbito de cada nível de gestão do SUS, para aquilo que concorre efetiva e diretamente, na promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

Para efeito de cumprimento dos limites constitucionais, as despesas com saúde não devem ser confundidas com as relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde.

DESPESAS COM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A partir dessas observações, são admitidas as despesas com ações e serviços constantes dos Planos de Saúde e da Programação Pactuada e Integrada – PPI, aprovados pelos Conselhos de Saúde e executados pelo respectivo nível de gestão, incluindo:

- ações de vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- ações de vigilância sanitária;
- vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- educação para a saúde;
- saúde do trabalhador;
- assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- assistência farmacêutica;
- atenção à saúde dos povos indígenas;
- capacitação de recursos humanos do SUS;
- pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;

- produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- saneamento básico e do meio ambiente, desde que associados diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI) e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- serviços de saúde penitenciários, desde que assinado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços;
- atenção especial aos portadores de deficiência;
- ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores.

NÃO SÃO CONSIDERADOS GASTOS COM SAÚDE PÚBLICA

Não podem ser consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde, as despesas que não sejam diretamente destinadas às ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde ou que não se destinem ao atendimento do usuário do SUS, ainda que possam, indiretamente, contribuir para a melhoria das condições de saúde. A seguir, alguns exemplos de despesas **não aceitas** como ações e serviços públicos de saúde:

- pagamento de aposentadorias e pensões (pessoal inativo);
- assistência à saúde de clientela fechada, por não atender ao princípio da universalidade, tais como: institutos de previdência e assistência ou planos de saúde de servidores públicos, hospitais do corpo de bombeiros ou da polícia militar, etc.;
- merenda escolar;
- ações de saneamento básico realizadas com recursos provenientes de taxas e tarifas, ou do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que venham a ser excepcionalmente executadas pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;

- ações de limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- ações de preservação e correção do meio ambiente, realizados por órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não-governamentais;
- ações de assistência social não vinculadas diretamente à execução das ações e serviços de saúde e não promovidas pelos órgãos de saúde do SUS;
- ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo para definição dos vinculados à saúde.

As despesas de juros e amortizações, decorrentes de operações de crédito, contratadas para financiar ações e serviços públicos de saúde somente serão consideradas como despesas de saúde, no caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios se contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000.

As despesas de saúde realizadas com receitas oriundas de operações de crédito, no exercício em que ocorrerem, poderão ser consideradas como despesa de saúde, somente quando contratadas pela União.



Fundos

Fundos E CONSELHOS DE SAÚDE



Ilustração baseada em foto de Ricardo Borba

FUNDOS DE SAÚDE

Os Fundos de Saúde, instituídos no âmbito de cada Estado, Distrito Federal e Municípios, são considerados fundos especiais conforme definição da Lei nº 4.320/64. Suas receitas são especificadas e vinculadas à realização de objetivos e serviços determinados, no caso, as ações e serviços públicos de saúde.

A obrigatoriedade de aplicação dos recursos, por meio dos Fundos de Saúde, antecede a Emenda Constitucional.

A Constituição Federal, no art. 77, do Ato das Disposições Transitórias, com a redação dada pela EC nº 29/2000, diz:

“Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74”.

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) em seu artigo 33 define que os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. A Lei 8.142/90, define que os Municípios, os Estados e o Distrito Federal devem contar com o Fundo de Saúde para receberem tais recursos.

A transferência de recursos destinados à cobertura de serviços e ações de saúde também foi condicionada à existência de Fundo de Saúde no Decreto nº 1.232/94.

Com a edição da EC nº 29/2000, a exigência tornou-se mais clara: a utilização dos recursos para a saúde somente poderá ser feita por meio de **Fundos de Saúde**. Para que isso aconteça, é necessário que o Fundo tenha a titularidade da conta corrente destinada à movimentação desses recursos, o que implica na utilização de CNPJ próprio, mesmo que vinculado ao gestor estadual ou municipal do SUS.

Para que possam executar os recursos de acordo com o art. 77 da Emenda Constitucional, os Fundos (Estaduais e Municipais) caracterizam-se como Unidade Gestora de Orçamento, de acordo com a Lei 4.320/64, e, como tal, equiparam-se às pessoas jurídicas para fins de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ, conforme dispõe o art. 12 da Instrução Normativa nº 200, de 13 de setembro de 2002, da Secretaria da Receita Federal.

Os recursos dos Fundos de Saúde não podem ser destinados à outra atividade que não seja à área da saúde. Essa condição está baseada no Art. 71 da Lei 4.320/64. O acompanhamento e a fiscalização dos

recursos serão realizados pelos **Conselhos de Saúde** sem prejuízo das ações dos órgãos de controle.

Os recursos federais devem ser transferidos para Estados, Distrito Federal e Municípios por meio dos respectivos fundos de saúde (transferência fundo a fundo), com vistas a incrementar o processo de descentralização dos recursos da saúde.

Agora, mais do que nunca, torna-se fundamental instituir, organizar e dar condições de perfeito funcionamento para os fundos e conselhos de saúde.

Os fundos de saúde constituem-se em instrumento:

- de **gestão** dos recursos destinados ao financiamento das ações e serviços públicos de saúde, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- de **planejamento**, dado que possibilita aos gestores visualizar os recursos de que dispõe para as ações e serviços de saúde; e
- de **controle**, por facilitar o acompanhamento permanente sobre as fontes de receitas, seus valores e data de ingresso, as despesas realizadas, os recebimentos das aplicações financeiras, dentre outros.

As diretrizes para o funcionamento do Fundo Nacional de Saúde estão na Lei Orgânica da Saúde.

Como organizar um fundo de saúde?

A instituição de fundos de qualquer natureza carece de autorização legislativa. A Lei que instituir o fundo de saúde poderá determinar as normas de controle, prestação e tomada de contas, desde que não contrarie a legislação existente.

Na sua organização é necessário considerar o encaminhamento legal e administrativo e as responsabilidades dos gestores.

Estados, Distrito Federal e Municípios devem:

a) elaborar um projeto de lei a ser votado pelo legislativo (Câmara ou Assembléia) que, entre outros aspectos, estabeleça:

- . os objetivos do fundo;
- . todas as receitas que integrarão os ativos do fundo;
- . a destinação ou campo de aplicação dos seus recursos;
- . a responsabilidade legal pela administração e pela fiscalização do fundo;
- . o atendimento a todas as determinações legais, tais como: dispor de orçamento, fazer relatórios e

balanços mensais, e juntar todos estes dados à contabilidade geral do Município/Estado ou Distrito Federal; e

- . a autonomia administrativa e financeira;
- b) identificar o gestor do fundo de saúde;
- c) distinguir os recursos destinados ao fundo de saúde no orçamento do Município, Estado ou Distrito Federal;
- d) submeter os demonstrativos de receitas e despesas do fundo à aprovação do Conselho de Saúde;
- e) gerir os recursos provenientes dos programas e incentivos do SUS, de convênios, de contrapartida e de doações, conforme sua destinação;
- f) destinar e disponibilizar os recursos previstos na EC nº 29/2000 para o atendimento das ações e serviços públicos de saúde.

É aconselhável que os fundos estaduais e municipais de saúde sejam contemplados como unidades orçamentárias, financeiras e contábeis, nos seguintes instrumentos:

- a) Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO ;
- b) Lei Orçamentária Anual – LOA;
- c) balanços anuais (orçamentário, financeiro e patrimonial);
- d) demais demonstrações orçamentárias e financeiras.

CONSELHO DE SAÚDE

Os conselhos de saúde são instâncias colegiadas, com poder deliberativo. Entre outras finalidades, servem para garantir a participação regular do cidadão:

- na elaboração das diretrizes gerais da política de saúde e definição das metas com vistas ao alcance dos objetivos traçados para a política de saúde;
- na formulação das estratégias de implementação das políticas de saúde;
- no controle sobre a execução das políticas e ações de saúde; e
- no controle sobre a utilização dos recursos públicos da área de saúde.

É a forma de controle e participação da sociedade na definição e no acompanhamento da execução das políticas de saúde estabelecidas.

A existência e o funcionamento dos Conselhos de Saúde são requisitos exigidos para a habilitação ao recebimento dos recursos federais repassados fundo a fundo desde a edição da Lei Orgânica da Saúde em 1990. Recentemente, essa exigência foi reforçada pela EC nº 29/2000.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios têm autonomia para administrar os recursos destinados à saúde, de acordo com o estabelecido nos seus respectivos Planos de Saúde elaborados em conso-

nância com o Plano Nacional de Saúde e submetidos à aprovação dos Conselhos de Saúde.

O Conselho Nacional de Saúde, com o objetivo de acelerar e consolidar o controle social do SUS, aprovou o documento “Recomendações para a Constituição e Estruturação de Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde”, anexo à Resolução nº 33, de 23/12/1992, que contempla, entre outros aspectos, a definição, composição, estrutura e competência dos Conselhos de Saúde.

Os conselhos são formados por representantes da população usuária do SUS, por prestadores de serviços e por profissionais de saúde.

Dentre as competências dos Conselhos de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, definidas em leis federais e na Resolução nº 33/92, encontram-se:

- a fiscalização da movimentação de recursos repassados à Secretaria de Saúde e/ou ao Fundo de Saúde; e
- o estímulo à participação comunitária no controle da administração do Sistema de Saúde.

“O trabalho do Conselho não deve ser confundido com o trabalho executivo do gestor de saúde. O gestor é o responsável pela execução da política de saúde, enquanto ao Conselho cabe propor as diretrizes dessa política acompanhando as ações e fiscalizando a utilização dos recursos”.

fonte: Manual nº 1: O Conselho de Saúde - Instituto Sallus - Brasília 2000



Atenção

Atenção Básica

E O PISO DE ATENÇÃO BÁSICA

O QUE É ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE?
E ATENÇÃO BÁSICA? O QUE É O PAB?
PARA QUE SERVE? O QUE SÃO RECURSOS REPASSADOS FUNDO A FUNDO?

ATENÇÃO INTEGRAL

Beneficia todos os cidadãos, envolvendo ações em todos os níveis de atenção: básica, média e alta complexidade.

ATENÇÃO BÁSICA

É o primeiro nível de atenção em saúde a ser ofertado por todos os municípios, com qualidade e suficiência para sua população. Contempla o conjunto de ações estratégicas mínimas, necessárias para a atenção adequada aos problemas de saúde mais freqüentes na maior parte do território brasileiro.

PISO DE ATENÇÃO BÁSICA - PAB

Implantado em 1997, consiste em um montante de recursos financeiros destinados, exclusivamente, ao financiamento das ações de **atenção básica à saúde**.



Ilustração baseada em foto de Nehil Hamilton

Ampliado em 2001, pela Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, o **Piso de Atenção Básica Ampliado – PAB-A** financia um elenco maior de procedimentos integrados, destinados à cobertura das ações básicas, de prevenção de doenças, assistência ambulatorial, e das ações correlacionadas aos programas descentralizados pelo Ministério da Saúde.

O Piso de Atenção Básica é composto de uma parte fixa de recursos (PAB-FIXO) destinados à assistência básica, e de uma parte variável (PAB Variável), relativa a incentivos para o desenvolvimento dos programas executados nesse nível de atenção.

Os recursos correspondentes à parte fixa são obtidos pela multiplicação de um valor *per capita* nacional pela população de cada município e são transferidos direta e automaticamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Municipais correspondentes.

O **PAB-A FIXO**, prevê a remuneração *per capita* das ações estratégicas mínimas de atenção básica previstas no Anexo 1 da NOAS – SUS, em todo o território nacional. Contemplam, além das ações previstas na Norma Operacional Básica – NOB, responsabilidades e atividades de:

- controle da tuberculose;
- eliminação da hanseníase;
- controle da hipertensão;
- controle do diabetes melítus;
- ações de saúde bucal;
- ações de saúde da criança;
- ações de saúde da mulher.

O **PAB Variável**, por sua vez, remunera direta e automaticamente, estados e municípios habilitados à execução de ações previstas em programas e incentivos do Ministério da Saúde, de acordo com regulamentação específica. Contemplam:

- Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
- Assistência Farmacêutica Básica;
- Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS;
- Programa de Saúde da Família – PSF

A transferência de recursos fundo a fundo destinados à execução de ações e serviços de saúde depende da habilitação de estados e municípios a uma das condições de gestão estabelecidas pelas Normas Operacionais (NOB e NOAS).

São as seguintes as condições de gestão da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS – SUS):

Estados:

· **Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena do Sistema Estadual**

As atribuições do Estado habilitado a uma das condições de gestão compreendem, entre outras:

- coordenação do sistema de saúde estadual, abrangendo o planejamento e a organização das redes assistenciais do estado e a integração dos sistemas municipais;
- coordenação do processo de elaboração da Programação Pactuada Integrada – PPI estadual;
- coordenação do sistema de referências intermunicipais, organizando o acesso da população, a compensação das internações, dos procedimentos especializados e de alta complexidade/custo.

Municípios:

· **Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada**

Os municípios habilitados nesta condição de gestão devem dispor de condições para ofertar, com suficiência e qualidade, todo o elenco de procedimentos propostos para a Atenção Básica Ampliada, cons-

tantes dos Anexos 1 e 2 da NOAS – SUS, além dos serviços de média e alta complexidade por meio de referências de sua população para outros municípios, segundo “pactuação” estabelecida.

· **Gestão Plena do Sistema Municipal**

Além do elenco de procedimentos propostos para a Atenção Básica Ampliada, os municípios habilitados nesta condição de gestão deverão dispor de uma rede assistencial capaz de ofertar um conjunto mínimo de serviços de média complexidade, relacionados no Anexo 3 da NOAS – SUS e constituir-se referência para municípios cuja capacidade de oferta limita-se à Atenção Básica Ampliada.

As responsabilidades, requisitos e prerrogativas dos gestores estaduais e municipais estão contidas no capítulo III da NOAS-SUS, na Instrução Normativa GM/MS nº 01/02 e podem ser examinadas consultando o Portal da Saúde na Internet, (www.saude.gov.br), por meio do “Acesso Rápido”, escolhendo a instituição Secretaria de Assistência à Saúde.

OUTROS PROGRAMAS E INCENTIVOS

Além dos recursos destinados às ações de Atenção Básica, o Ministério da Saúde transfere recursos fundo a fundo para execução de vários programas assistenciais de saúde, entre os quais destacam-se:

- Programa de Aquisição de Medicamentos Excepcionais;
- Programa de Aquisição de Medicamentos para Saúde Mental;
- Incentivo à Assistência Ambulatorial e Hospitalar de Apoio ao Diagnóstico à População Indígena;
- Incentivo de Atenção Básica dos Povos Indígenas;
- Descentralização da FUNASA;
- Assistência às Populações de Municípios em Estado de Calamidade Pública;
- Campanhas diversas financiadas pelo Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC

O Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC foi criado com a finalidade de financiar os procedimentos de alta complexidade em pacientes com referência interestadual, próprios da Câmara Nacional de Compensação. Posteriormente, acrescentaram-se as ações consideradas estratégicas, cuja responsabilidade direta é do Ministério da Saúde.

Fluxo de recursos do SUS



Ilustração baseada em foto de Carlos Vieira

A transferência dos recursos, em qualquer das modalidades de financiamento do SUS, é processada pelo Fundo Nacional de Saúde – FNS com o apoio de sistemas de informação, que asseguram a agilidade necessária ao atendimento dos objetivos, associada à segurança e ao controle que o processo requer.

O Sistema Integrado de Administração Financeira – SIAFI é o principal instrumento de administração orçamentária e financeira da União. Nele são registradas todas as transferências realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde.

Com a finalidade de apoiar a gestão dos recursos financeiros, o FNS desenvolveu o Sistema de Gestão

Financeira e de Convênios – GESCON e o Sistema de Transferências Fundo a Fundo – SISFAF. Neles são processadas as informações necessárias aos repasses destinados ao financiamento de programas e projetos mediante a celebração de convênios, e ao financiamento da assistência, por meio das transferências regulares e automáticas fundo a fundo.

O processamento dos pagamentos por serviços produzidos é realizado pelo Ministério da Saúde com base nas informações dos gestores estaduais e/ou municipais dos Sistemas de Informações Ambulatoriais SIA/SUS e de Informações Hospitalares SIH/SUS.

Os sistemas do FNS estão interligados com o SIAFI, com a Imprensa Nacional e com os sistemas operacionais das instituições financeiras conveniadas, o que permite dar transparência e visibilidade às movimentações de recursos do SUS, no âmbito federal.

Os sistemas de gestão de recursos desenvolvidos pelo FNS consolidam os dados cadastrais e financeiros dos credores. As contas bancárias são abertas

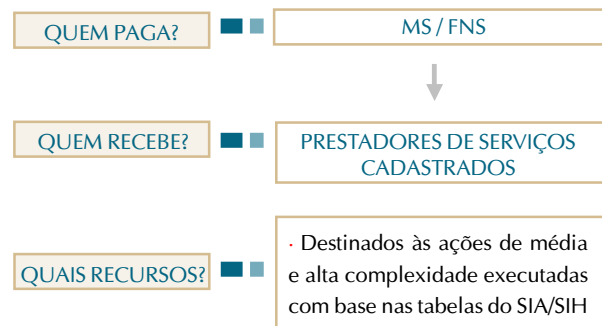
em instituições financeiras conveniadas. No caso das transferências fundo a fundo, pelo próprio FNS e no caso da remuneração por serviços produzidos, por iniciativa do prestador de serviços.

Cumprindo determinação legal e com vistas ao acompanhamento e ao controle, o Fundo Nacional de Saúde encaminha às Assembléias Legislativas, Câmaras Municipais e aos Conselhos Municipais de Saúde, notificação de todo o repasse de recursos realizado para os respectivos Estados, Municípios e Distrito Federal. Além disso, as instituições financeiras encaminham aviso dos créditos aos titulares das respectivas contas, com discriminação da origem dos recursos.

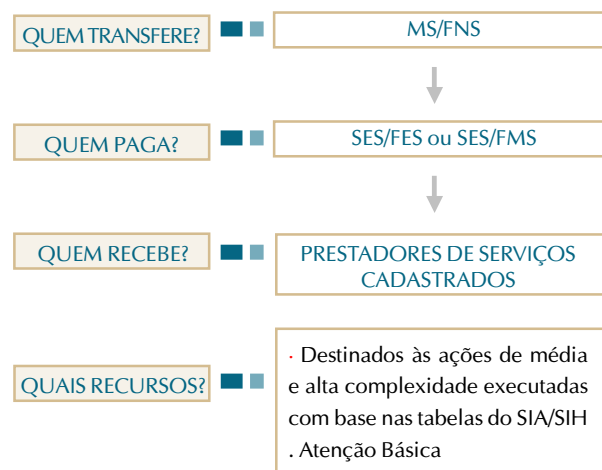
REMUNERAÇÃO POR SERVIÇOS PRODUZIDOS

O pagamento dos procedimentos ambulatoriais e hospitalares realizados pela rede contratada e/ou conveniada ao SUS é creditado diretamente às contas correntes dos prestadores de serviços, pelo Fundo Nacional de Saúde, quando não vinculados a estados ou municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema.

Estados e Municípios **não habilitados** em Gestão Plena de Sistema



Estados e Municípios **habilitados** em Gestão Plena de Sistema



RECURSOS DE CONVÊNIOS

Os recursos destinados à execução dos convênios são depositados e geridos pelos convenentes, em contas específicas para cada convênio celebrado, observados os seguintes critérios fixados pela Secretaria do Tesouro Nacional – STN:

- nos casos em que o convenente seja órgão ou entidade da Administração Pública Federal, não integrante da conta única ou instituição de direito privado:

- no Banco do Brasil;
- na Caixa Econômica Federal; ou
- em outra instituição bancária cujo controle acionário seja detido pela União.

- nos casos em que o convenente integre a administração estadual, municipal ou do Distrito Federal, alternativamente, a seu critério:

- no Banco do Brasil;
- na Caixa Econômica Federal;
- em outra instituição financeira oficial, inclusive de caráter regional;

- em instituição financeira submetida a processo de desestatização ou, ainda naquela adquirente de seu controle acionário.



TRANSFERÊNCIAS FUNDO A FUNDO

É a principal modalidade de transferência de recursos federais para os Estados, Municípios e Distrito Federal, a título de financiamento das ações e serviços de saúde.

Os recursos destinados à execução da Atenção Básica e das ações específicas de Programas e Incentivos do Ministério da Saúde são transferidos do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais ou Municipais de Saúde, observadas as condições de gestão, bem como as qualificações de estados e municípios aos respectivos Programas e Incentivos de acordo com a regulamentação específica.

O Banco do Brasil é a instituição financeira utilizada pelo FNS para a efetivação dos repasses dos tetos financeiros destinados ao financiamento das ações de Atenção Básica.

Os demais recursos federais transferidos do FNS para os Fundos de Saúde de Estados, Municípios e Distrito Federal habilitados em Gestão Plena de Sistema são creditados e movimentados em instituição financeira conveniada com o MS, alternativamente, a critério do gestor:

- no Banco do Brasil;

- na Caixa Econômica Federal;
- em outra instituição financeira oficial de caráter regional;
- em instituição financeira submetida a processo de desestatização ou ainda naquela adquirente de seu controle acionário.

As contas bancárias utilizadas para movimentação dos recursos transferidos fundo a fundo deverão ser identificadas, de acordo com os objetivos a que se destinam.

Por exemplo:

- **conta FUNDO** (teto financeiro da assistência e outros programas);
- **conta PAB** (Piso de Atenção Básica, Fixo e Variável e outros incentivos);
- **conta ECD** (Epidemiologia e Controle de Doença); e
- **MAC/VISA** (Ações de Média e Alta Complexidade de Vigilância Sanitária).

Da União para os Estados

QUEM TRANSFERE? ■ ■ ■ MS / FNS



QUEM RECEBE? ■ ■ ■ SES / FES

QUAIS RECURSOS?

- Definidos a partir da condição de gestão, conforme detalhamento a seguir:

Estados habilitados na Gestão Avançada do Sistema

- PAB Fixo de Municípios não habilitados
- Primeiro nível da média complexidade, em regiões qualificadas, nos casos em que o Município sede estiver habilitado somente em Gestão Plena de Atenção Básica Ampliada.

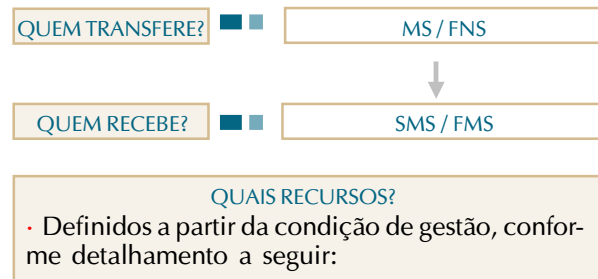
Estados habilitados na Gestão Plena do Sistema

- Teto Financeiro da Assistência, deduzidos os Tetos dos Municípios habilitados em Gestão Plena
- Atenção Básica:
 - PAB Fixo** dos Municípios não habilitados
 - PAB Variável:**
 - PACS dos Municípios não habilitados, porém qualificados no Programa
 - PSF dos Municípios não habilitados, porém qualificados no Programa
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC

Estados qualificados em outros incentivos e programas especiais, independentemente da condição de gestão

- Medicamentos Excepcionais
- Medicamentos para Saúde Mental
- Calamidade Pública
- Epidemiologia e Controle de Doenças dos Municípios não certificados

Da União para os Municípios



Municípios habilitados na Gestão Plena de Atenção Básica

- Atenção Básica:
 - PAB Fixo**
 - PAB Variável:**
 - Vigilância Sanitária
 - Farmácia Básica, quando qualificado
 - PACS, quando qualificado
 - PSF, quando qualificado
- Epidemiologia e Controle de Doenças, quando certificado

Municípios habilitados na Gestão Plena do Sistema

- Teto Financeiro da Assistência
- Atenção Básica:
 - PAB Fixo**
 - PAB Variável:**
 - Vigilância Sanitária
 - Farmácia Básica, quando qualificado
 - PACS, quando qualificado
 - PSF, quando qualificado
- Epidemiologia e Controle de Doenças, quando certificado
- Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC

Municípios qualificados em outros incentivos e programas especiais, independentemente da condição de gestão:

- Medicamentos para Saúde Mental
- Atenção Básica dos Povos Indígenas
- Descentralização da FUNASA
- Calamidade Pública

Gestão

Gestão dos Recursos DO FUNDO DE SAÚDE

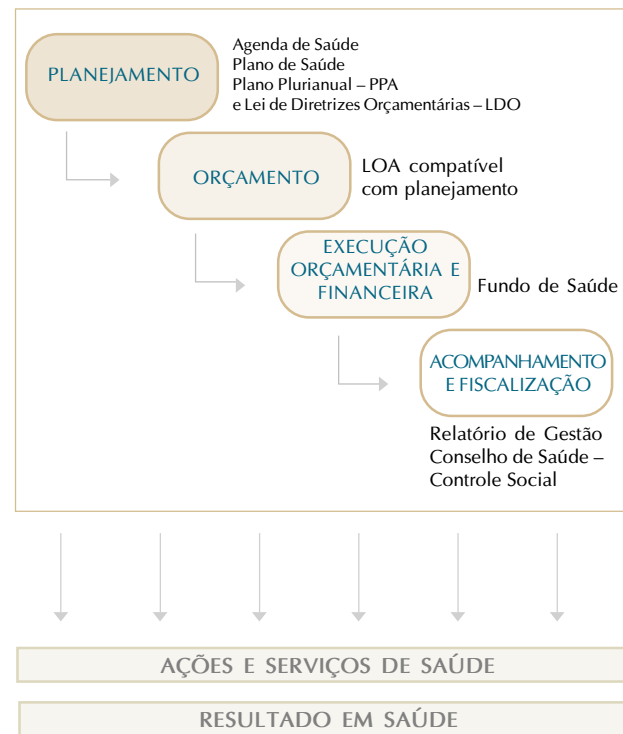


É fundamental reconhecer que os recursos financeiros destinados às ações e serviços de saúde são otimizados com um planejamento voltado para o atendimento das necessidades de saúde da população.

É necessária a construção de uma gestão orçamentária-financeira do SUS que integre as funções planejar, orçar, executar, acompanhar, fiscalizar e avaliar os recursos aplicados em saúde.

As funções integradas dessa gestão orçamentária-financeira, indicam a existência de um fluxo permanente do planejamento à avaliação e produzem o resultado em saúde esperado, como é demonstrado a seguir:

COMO APROVEITAR MELHOR OS RECURSOS DESTINADOS À SAÚDE?



PLANEJAMENTO

O Planejamento é o trabalho de preparação para qualquer empreendimento. Pode ser entendido também como o processo que leva ao estabelecimento de um conjunto coordenado de ações visando à consecução de determinados objetivos. Nesse sentido, consiste na elaboração de planos ou programas governamentais.

Programas

Para iniciar o processo orçamentário é preciso definir programas que busquem soluções dos problemas identificados, a partir de diagnóstico realizado. Cada programa constitui-se em uma das formas de expressão da política de saúde, cujo objetivo é produzir uma mudança na situação atual. O programa contém objetivos, metas (objetivos quantificados) e indicadores que permitem acompanhar, controlar e avaliar a sua execução.

Instrumentos de Planejamento

Plano Plurianual – PPA

Lei de Diretrizes Orçamentárias – LDO

Lei Orçamentária Anual – LOA

Agenda de Saúde

Plano de Saúde

Plano Plurianual – PPA, Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO e Lei Orçamentária Anual – LOA

Na prática, a concretização do planejamento na Administração Pública se dá em médio prazo pelo Plano Plurianual – PPA e, em curto prazo, pela Lei das Diretrizes Orçamentárias – LDO.

O PPA é elaborado no primeiro ano de mandato do governante (Chefe do Poder Executivo) e encaminhado para a aprovação do Poder Legislativo até 31 de agosto, para vigor nos 2º, 3º e 4º anos do seu mandato. O sucessor governará no primeiro ano do seu mandato com o PPA elaborado pelo governo anterior.

O PPA contém as Metas de Governo e toma por base a Agenda de Saúde e as metas plurianuais contidas nos Planos de Saúde. É com base no PPA que é

elaborada a LDO, contendo as orientações para a preparação do Orçamento, que nada mais é do que o planejamento colocado em prática.

Agenda de Saúde

Estabelece os eixos referenciais prioritários no processo de planejamento em saúde. A definição das prioridades do nível nacional para o estadual e municipal estabelece, entre os gestores, um entendimento em torno dos objetivos fundamentais para a melhoria da situação de saúde e da qualidade da atenção oferecida à população. Partindo de uma ação articulada de todas as áreas e níveis de governo inseridos no SUS, é possível compatibilizar uma direção comum da política de saúde e a flexibilidade para incorporar as especificidades dos diversos entes da federação.

Por exemplo, a Agenda Nacional de Saúde, definida em 2001, estabeleceu como prioridades de atuação os eixos listados no quadro a seguir:

Agenda Nacional de Saúde

- Redução da mortalidade infantil e materna;
- Controle de doenças e agravos prioritários;
- Melhoria da gestão, do acesso e da qualidade das ações, serviços e informações de saúde;
- Reorientação do modelo assistencial e descentralização;
- Desenvolvimento de recursos humanos no setor saúde; e
- Qualificação do controle social.

As agendas orientam a elaboração dos planos de saúde dos respectivos níveis de governo, contemplando metas e intenções para o período de quatro anos de gestão. Constroem, de forma ascendente, o quadro de metas quantificáveis e passíveis de acompanhamento, servindo de base para a elaboração dos futuros relatórios de gestão, correlacionando os resultados obtidos com os recursos aplicados.

Plano de Saúde

O Plano de Saúde explicita o diagnóstico da situação social e sanitária, os objetivos, metas e prioridades da ação de governo em saúde. O Plano de Saúde deve conter e compatibilizar em cada esfera, de forma clara, o quadro de metas, a programação pactuada e integrada, os resultados físicos e financeiros.

O Plano de Saúde é revisado, anualmente, em função de novas metas de gestão e adequação à dinâmica da política de saúde.

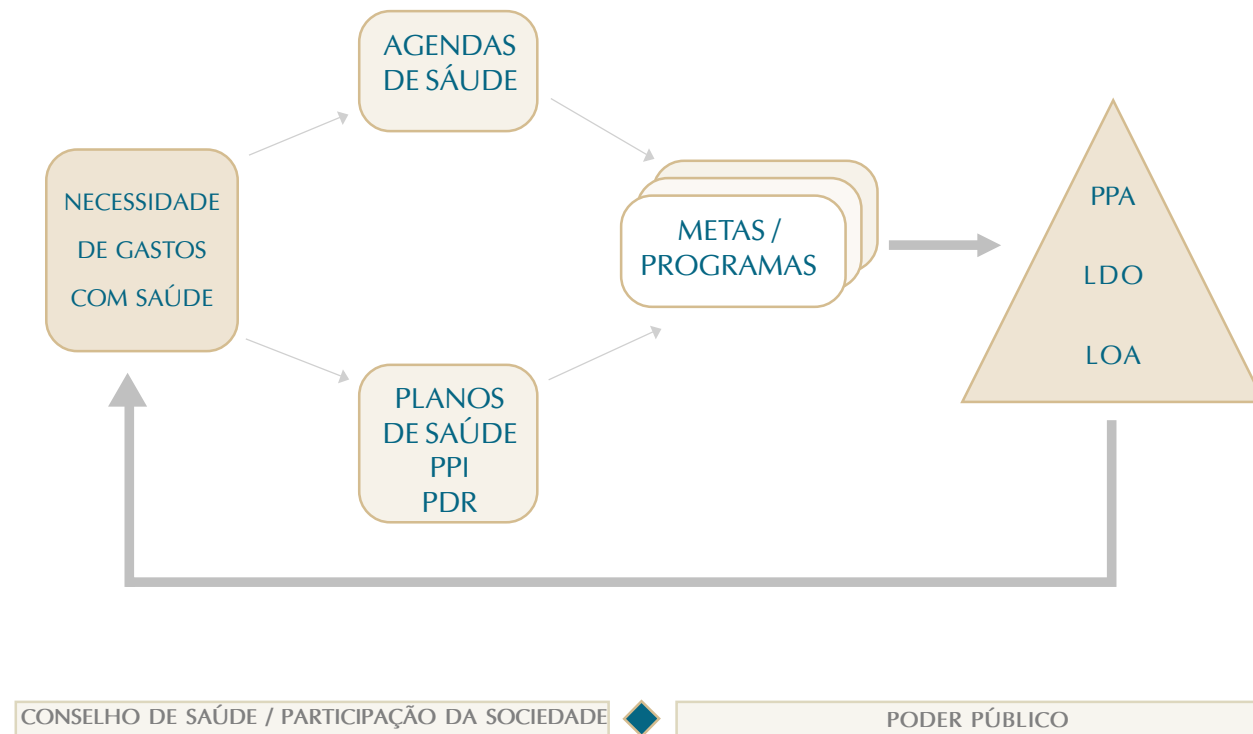
O Quadro de Metas destaca as metas da ação do governo em saúde, em cada esfera, para cada exercício anual. Resulta de negociação e consenso entre Órgãos Gestores e Conselhos de Saúde.

A **Agenda de Saúde e o Plano de Saúde** devem ser submetidos, pelos Órgãos Gestores, aos respectivos Conselhos de Saúde.

Plano de Saúde

Quadro de metas anual

Síntese do planejamento dos gastos com Saúde



ORÇAMENTO

Os programas previstos no Plano e na Agenda de Saúde constituem a base para a elaboração dos instrumentos do processo orçamentário – Plano Plurianual (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA).

Os instrumentos orçamentários – PPA, LDO e LOA – são leis que exprimem, em termos financeiros, a destinação de recursos públicos para as necessidades, diretas ou indiretas, de atendimento ao cidadão. Tais documentos não se constituem apenas em um conjunto organizado de receitas e despesas aprovadas com a finalidade de dar cumprimento formal e legal à matéria. Ao contrário, espelham decisões políticas.

Os recursos estaduais e municipais destinados ao SUS são claramente apresentados no PPA, na LDO e na LOA, segundo os programas definidos na Agenda e no Plano de Saúde.

A LDO representa a ligação entre o PPA e a LOA, cujas metas e prioridades seguem a lógica dos programas estabelecidos no PPA.

Orçamento

LOA

Classificação Orçamentária das Despesas

Lei Orçamentária Anual – LOA

A LOA define recursos, para o próximo exercício financeiro, estimando receitas e fixando despesas, relativas aos três poderes (Legislativo, Judiciário e Executivo). Inclui todos os órgãos da administração direta e indireta, os fundos especiais (inclusive os fundos de saúde), fundações e demais instituições mantidas pelo poder público.

Os recursos definidos no Orçamento, para os programas, devem estar de acordo com as metas que o governo pretende atingir no próximo exercício.

O poder executivo deve encaminhar ao legislativo a proposta orçamentária até 30 de agosto de cada ano. A **proposta** deve ser aprovada pelo poder legislativo até 15 de dezembro.

Classificação Orçamentária

Classificação orçamentária é o agrupamento das informações por meio de códigos numéricos que identificam quais são os recursos e sua destinação, bem como quais os órgãos ou entidades responsáveis pela sua execução, entre outras informações relevantes, detalhadas em Funções, Subfunções, Programas, Projetos, Atividades, etc.

A importância da codificação

Ao contrário do que se pensa, os códigos utilizados na classificação orçamentária servem para dar transparência e não para esconder informações. Por essa razão um pouco de conhecimento de Orçamento será útil, tanto a quem vai trabalhar nos fundos de saúde, quanto a quem vai participar dos conselhos de saúde.



Sou um procedimento ambulatorial básico realizado pelas Secretarias Estaduais e/ou Municipais de Saúde com recursos destinados ao PAB-Fixo do Programa Saúde da Família, subfunção atenção básica, função saúde, previsto no orçamento do Ministério da Saúde. Ufa!...

Mas pode me chamar de:
36901/10.301.0001.0587.00XX...

Visualizando as despesas no orçamento

As despesas fixadas são classificadas seguindo uma codificação padrão que tem por objetivo identificar os programas e dar transparência para os efeitos de acompanhamento, fiscalização e avaliação dos resultados da execução orçamentária.

É possível visualizar as despesas no orçamento por diversos ângulos. Cada identificação de despesa possui uma função ou finalidade específica e um objetivo original que justificam sua criação, e podem ser associados a um problema ou necessidade básica que se procura resolver ou atender.



Resumidamente, é possível fazer as seguintes associações:

Classificação Institucional – responde à pergunta “**Quem**” é o responsável pela programação?

Classificação Programática ou Categoria da Programação – responde à pergunta “**Para que**” os recursos são alocados (finalidade)?

Classificação da Despesa por Natureza – responde à pergunta “**O Que**” será adquirido e “**Qual**” o efeito da realização da despesa?

Classificação Funcional - responde à pergunta “**Em que área**” de ação governamental a despesa será realizada?

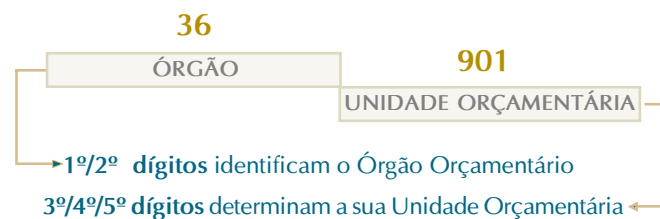
No orçamento poderão ser evidenciados, separadamente:

- o que será implementado, para que, qual o produto, resultados esperados, serviços e bens a serem obtidos;
- quem será responsável pela programação;
- quais os insumos utilizados ou adquiridos na implementação; e
- se a despesa é realizada, ou não, na área da Saúde.

Classificação Institucional

A classificação institucional compreende os Órgãos Orçamentários e suas respectivas Unidades Orçamentárias. Exemplo:

Ministério da Saúde 36, Fundo Nacional de Saúde 901



Classificação Funcional Programática

A classificação funcional, composta de um conjunto de funções e subfunções prefixadas, serve para agregar os gastos públicos por área de ação governamental. Trata-se de uma classificação **independente** da estrutura programática.

Função

A função representa o maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.

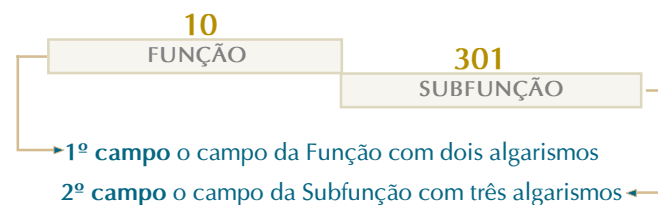
Subfunção

A subfunção representa uma parte da função, visando agregar determinado subconjunto de despesas do setor público. Na nova classificação, a subfunção identifica a natureza básica das ações que se agrupam em torno das funções.

As subfunções poderão ser combinadas com funções diferentes. Assim, a classificação funcional será efetuada por intermédio da relação da ação (projeto, atividade ou operação especial) com a subfunção e a função. A partir da ação, classifica-se a despesa de acordo com a especificidade de seu conteúdo e produto, em uma subfunção, independente de sua

relação institucional. Em seguida, será feita a associação com a função voltada à área de atuação característica do órgão/unidade em que as despesas estão sendo efetuadas.

Exemplo: Função Saúde 10, Subfunção Atenção Básica 301



Após a classificação institucional, seguida da funcional, vem normalmente codificado o programa e, dentro do programa, identifica-se o projeto ou atividade que depois segue um número de ordem de determinada ação a ser custeada por determinada despesa.

Um código completo de um “Programa de Trabalho” contempla a chamada classificação funcional-programática. O resultado dessa classificação contém elementos que identificam: Função, Subfunção, Programa, Ação e Localizador de Gasto.

Por ser de aplicação comum e obrigatória no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos

Municípios, a classificação funcional programática permite a consolidação nacional dos gastos do setor público.

Essa classificação, apesar de ter o objetivo de identificar as áreas em que as despesas estariam sendo realizadas, preserva, na sua lógica de aplicação, o caráter matricial da funcional-programática, ou seja, as subfunções poderão ser combinadas com funções diferentes daquelas a que estejam vinculadas.

Classificação quanto à natureza da despesa

Para classificar uma despesa quanto à sua natureza deve-se considerar a categoria econômica, o grupo a que pertence, o elemento e a modalidade da aplicação.

A natureza da despesa é classificada por:

• **Categoria Econômica da Despesa – CED:** dividida em:

- **Despesa Corrente:** todas as despesas que não contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.

- **Despesa de Capital:** aquelas despesas que contribuem, diretamente, para a formação ou aquisição de um bem de capital.

• **Grupo de Natureza da Despesa – GND:** agregador de elementos de despesa com as mesmas características quanto ao objeto de gasto: 1 - Pessoal e Encargos Sociais; 2 - Juros e Encargos da Dívida; 3 - Outras Despesas Correntes; 4 - Investimentos; 5 - Inversões Financeiras; 6 - Amortização da Dívida.

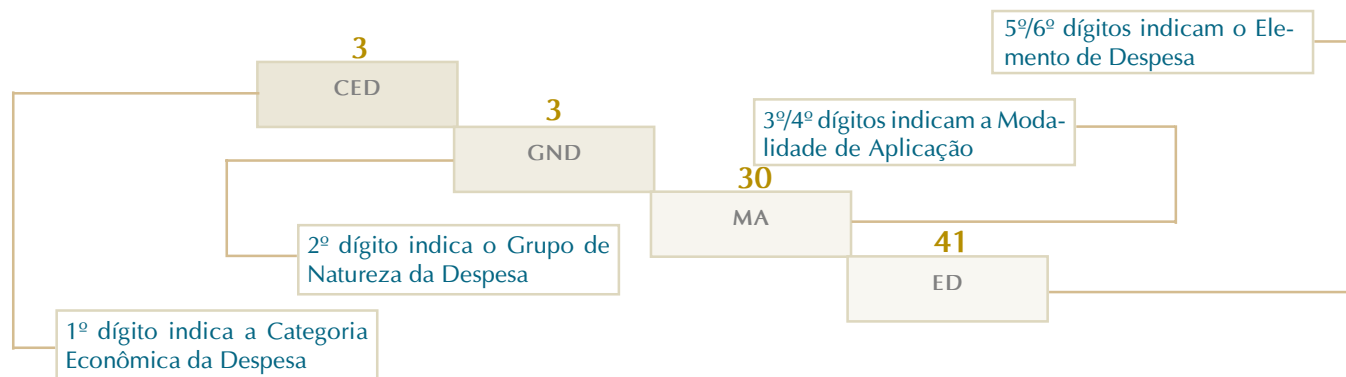
• **Modalidade de Aplicação – MA:** indica se os recursos são aplicados, diretamente, por órgãos ou

entidades no âmbito da mesma esfera de Governo ou por outra. Tem por objetivo possibilitar a eliminação da dupla contagem dos recursos transferidos ou descentralizados.

• **Elemento de Despesa – ED:** serve para identificar

os objetos de gasto, tais como diárias, material de consumo, serviços de terceiros prestados sob qualquer forma, obras e instalações, equipamentos, material permanente e outros de que a administração pública se serve para a consecução de seus objetivos.

Exemplo: Despesa Corrente 3, Outras Despesas Correntes 3, Transferências a Estado 30, Contribuições 41.



EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA



QUE ORIENTAÇÕES PODEM SER DADAS PARA UMA BOA EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA DO FUNDO DE SAÚDE?

O Fundo de Saúde deve utilizar contabilidade específica e integrada à contabilidade geral do ente a que se vincula para:

- processamento de suas receitas e despesas; e
- execução orçamentária, financeira e patrimonial.

A entrada de recursos no Fundo de Saúde se materializa por meio de repasse da Tesouraria, da conta bancária central (órgão de finanças) para a conta vinculada ao programa existente no Fundo. Essa movimentação financeira entre contas do Ativo Financeiro dispensa emissão de empenho. Isso porque não se trata de uma despesa, uma vez que esta só ocorre quando o Fundo de Saúde realiza seus próprios dispêndios.

O resultado financeiro da arrecadação das receitas destinadas ao Fundo de Saúde deve ser repassado, automaticamente, pela Secretaria de Finanças/Fazenda, ou outro órgão correspondente.

Com objetivo de tornar claro o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29/2000, os recursos provenientes de receita própria, de impostos, destinados às ações e serviços de saúde, devem ser depositados na conta do Fundo, com detalhamento das respectivas fontes.

O Fundo de Saúde dispõe de programação própria de desembolso e seus recursos provêm de fontes específicas. Suas despesas devem ser efetuadas seguindo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processa-

mento; licitação quando necessário; contrato ou empenho; liquidação e a efetiva despesa).

Os recursos vinculados ao Fundo de Saúde são utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação. Assim, do ponto de vista contábil, o saldo positivo do Fundo apurado no balanço de um ano, deve ser transportado para exercício seguinte, a fim de dar continuidade e garantir sua aplicação em saúde.

Os relatórios que demonstram, mensalmente, a origem e a aplicação dos recursos movimentados pelo Fundo, devem ser elaborados incluindo os recursos próprios e os transferidos pelas outras esferas de governo. Esses relatórios possibilitam o acompanhamento e a fiscalização pelo Conselho de Saúde.

Contabilidade

Todos os recursos do Fundo de Saúde, cuja alocação ao orçamento se dá por ocasião da elaboração da Lei Orçamentária Anual ou por meio de créditos adicionais posteriores, devem ser contabilizados como receita orçamentária municipal e/ou estadual, obedecendo a sua aplicação às normas gerais de direito financeiro.

CRÉDITOS ORÇAMENTÁRIOS SÃO AS DESPESAS QUE CONSTAM NO ORÇAMENTO.

HÁ CRÉDITOS NORMAIS PREVISTOS NO ORÇAMENTO E QUE FAZEM PARTE DO PROJETO DE LEI DO EXECUTIVO, APROVADO PELO LEGISLATIVO. E OUTROS QUE DECORREM DE EMENDAS AO ORÇAMENTO, INTRODUZIDAS PELO LEGISLATIVO.

Quando falta saldo orçamentário o problema é resolvido por meio da alteração do orçamento. Para isso existe o **crédito adicional**.

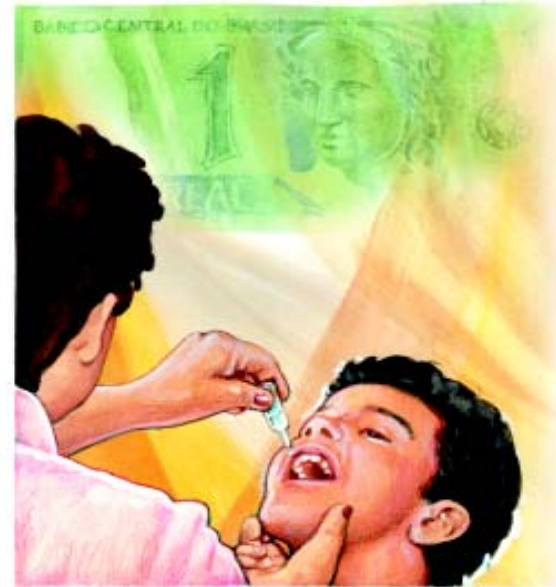
São tipos de créditos adicionais:

- **crédito suplementar:** o poder executivo, por meio de um decreto, aumenta o valor dos recursos alocados em uma dotação (previsão de despesa) já existente no orçamento;
- **crédito especial:** por meio de uma lei são alocados recursos em uma dotação que ainda não existia; e
- **crédito extraordinário:** destina-se a atender despesas urgentes e que não foram previstas no orçamento.

Balancete Financeiro do Fundo de Saúde

O Balancete contém informações de todas as receitas (transferidas e próprias) e de todas as despesas do Fundo de Saúde. As despesas são relacionadas por itens, tais como: pessoal e encargos; material de consumo; serviços de terceiros; obras; equipamentos; dentre outras.

ACOMPANHAMENTO E FISCALIZAÇÃO



COMO SABER SE OS RESULTADOS FORAM ATINGIDOS, E OS BENEFÍCIOS ALCANÇADOS? A POPULAÇÃO SENTIU OS EFEITOS?

O acompanhamento dos programas e projetos/atividades compatíveis com a Agenda de Saúde, Plano de Saúde, PPA e LDO é fundamental para o exercício da fiscalização dos recursos aplicados na saúde. Dessa forma, garante-se que as metas definidas nos programas, seus prazos e os resultados esperados sejam alcançados.

Todos os gestores devem atuar de forma comprometida com as metas estabelecidas. Para o acompanhamento da gestão dos recursos do Fundo de Saúde, do ponto de vista operacional, é fundamental a elaboração de demonstrativos orçamentários e financeiros.

Com a transparência e a qualidade das informações, garante-se melhor acompanhamento e fiscalização por parte do Conselho de Saúde, do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas.

É oportuno lembrar que a Lei de Responsabilidade Fiscal enfatizou a necessidade da transparência da ação pública ao exigir a elaboração de relatórios de acompanhamento da gestão fiscal e a realização de audiências públicas para prestação de contas.

De acordo com a LDO federal, compete ao órgão concedente dos recursos, provenientes de transferências voluntárias, ou seja, convênios, acompanhar a execução das atividades de projetos que são decorrentes da realização dos seus objetos.

Segundo a EC nº 29/2000, os recursos depositados nos fundos de saúde são acompanhados e fiscalizados pelos conselhos de saúde.

A atividade de acompanhamento deve ser exercida, por quem tem essa competência, de forma pró-ativa,

ou seja, em obediência a uma ação planejada que visa orientar a execução de forma correta e coibir os atos de má-gestão.

CONTROLE, AVALIAÇÃO E FISCALIZAÇÃO

São vários os mecanismos de controle da execução dos recursos aplicados em saúde. Entre eles destacam-se.

• Demonstrativo sintético de execução orçamentária do Fundo de Saúde

Esse instrumento tem por objetivo concentrar informações gerenciais da execução orçamentária. Além de comparar a execução realizada com a do período anterior, permite a verificação contínua das dificuldades orçamentárias – financeiras.

• Demonstrativo detalhado das principais despesas do Fundo de Saúde

Esse demonstrativo tem por objetivo apresentar informações detalhadas das principais despesas do Fundo: despesas com material de consumo (material hospitalar e enfermagem, medicamentos, material de laboratórios e odontológicos, dentre outros) e de serviços de terceiros (serviços ambulatoriais e hospitalares conveniados e contratados, dentre outros).

· SIOPS – Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, formalizado pela Portaria Interministerial nº 1.163, em outubro de 2000, é um instrumento de acompanhamento, fiscalização e controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. Esse sistema tem como objetivo reunir e organizar informações sobre as receitas totais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios e despesas com ações e serviços públicos de saúde. Produz e publica eletronicamente, no endereço <http://siops.datasus.gov.br> ou www.datasus.gov.br, indicadores sobre o comportamento da receita e da aplicação dos recursos na área da saúde, inclusive o referente à Emenda Constitucional nº 29/2000, o que favorece e facilita o controle social.

Mais que instrumento de controle, o SIOPS é importante ferramenta de informação gerencial, pois possibilita ao Gestor do Fundo e ao Conselho de Saúde analisar as informações sobre o comportamento das receitas e das despesas em diferentes níveis de detalhamento. Permite, também, a comparação dos dados de estados e municípios segundo critérios regionais ou de porte populacional, além da consolidação de dados sobre o gasto público em diferentes formas de agregação.

A partir da publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS, o preenchimento do SIOPS passou a ser condição para habilitação às condições de gestão do SUS.

· Relatório Resumido da Execução Orçamentária

O Relatório Resumido da Execução Orçamentária, também exigido pela Lei de Responsabilidade Fiscal, é uma fonte de informações sobre o comportamento da arrecadação e a realização da despesa da administração como um todo, sendo composto, ainda, do balanço orçamentário e dos demonstrativos da execução das receitas e das despesas, classificadas em diversas categorias contábeis. Esse relatório contempla as previsões anuais e atualizadas das receitas e das despesas. Deve ser publicado 30 dias

PRESTAÇÃO DE CONTAS



COMPROVAR A APLICAÇÃO DOS RECURSOS

após o encerramento do exercício; a cada dois meses pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, com população superior a 50.000 habitantes, e a cada seis meses pelos demais municípios.

O Anexo XVI do relatório demonstra a aplicação dos percentuais exigidos pela EC nº 29, apresentando a receita total – destacando a receita de impostos e as transferências constitucionais e legais, além da receita de transferência de outras esferas de governo para o SUS – e as despesas com saúde por grupo de natureza e por subfunção. Esse documento integra os formulários de coleta de dados do SIOPS que poderá ser obtido por meio do endereço <http://siops.datasus.gov.br>.

No cumprimento do dever de prestar contas, o poder público pode comprovar a aplicação dos recursos programados em saúde. O instrumento chave para a comprovação da conformidade da aplicação dos recursos financeiros do Fundo, destinados às ações e serviços de saúde, é o Relatório de Gestão. A comprovação da aplicação de recursos transferidos aos Estados e aos Municípios deve ser realizada, na forma da legislação vigente:

Para o Ministério da Saúde:

- Prestação de contas e relatório de atingimento do objeto, se vinculados a convênio, acordo, ajuste ou outro instrumento do gênero, celebrados para a

execução de programas e projetos específicos;

- Relatório de Gestão, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, se os recursos forem repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde para os Fundos Estaduais e Municipais de saúde;

Para o Tribunal de Contas:

- Prestação de Contas e Relatório de Gestão dos recursos repassados diretamente do Fundo Nacional de Saúde aos Fundos Estaduais e Municipais de Saúde e dos destinados à remuneração de serviços produzidos.

CONTROLE SOCIAL



O SUS prevê a **participação da sociedade** até na elaboração dos planos de saúde. Significa dizer que o Conselho de Saúde é o instrumento de participação dos segmentos da comunidade na própria gerência do SUS, atuando na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Uma das formas de exercício do controle social é a atuação deste Conselho de Saúde.

O Conselho de Saúde tem desempenhado relevante papel no processo de implementação do SUS, tanto que a Emenda Constitucional nº 29/2000, determinou

que o acompanhamento e a fiscalização dos recursos do Fundo de Saúde fossem exercidos pelo Conselho de Saúde.

O gestor do SUS deve apresentar, a cada três meses, ao Conselho de Saúde e em audiência pública nas Câmaras de Vereadores e nas Assembléias Legislativas respectivas, relatório detalhado contendo dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como, sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Para facilitar o exercício desse controle, a legislação prevê que as informações financeiras devem ser disponibilizadas aos demais organismos de representação política ou da sociedade civil.

O mais importante no controle social é a participação do cidadão beneficiário do SUS nos Conselhos e a atenção destes aos anseios da sociedade.

CONSELHOS DE SAÚDE, CONSULTAS E AUDIÊNCIAS PÚBLICAS, CARTAS, AVISOS DE CRÉDITOS E INTERNET SÃO MEIOS PELOS QUAIS A INFORMAÇÃO CLARA E OBJETIVA CHEGA AO CIDADÃO PARA O EXERCÍCIO DO CONTROLE SOCIAL!

INFORMAÇÕES ÚTEIS

Central de Atendimento do Fundo Nacional de Saúde – FNS

0800 644 8001

Disque Saúde

0800 61 1997

Serviço de Atendimento ao Usuário do SUS – SAC SUS

0800 644 9000

Conselho Nacional de Saúde – CONASS

(61) 315-2150

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS

(61) 315-2432

Disque Saúde da Mulher

0800 644 0803

Portal da Saúde

www.saude.gov.br

Fundo Nacional de Saúde

www.fns.saude.gov.br

Área de Informação e Informática do SUS – AIIUS

www.datasus.gov.br

Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS

<http://siops.datasus.gov.br>