

MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

MANUAL DE ORÇAMENTO E FINANÇAS PÚBLICAS PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE

Brasília-DF
2011



MINISTÉRIO DA SAÚDE
CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS

Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde

Série A. Normas e Manuais Técnicos

Brasília – DF
2011

© 2011 Ministério da 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>.

Tiragem: 1ª edição – 2011 – 40.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Esplanada dos Ministérios, bloco G,
Edifício Anexo, ala B, 1.º andar, salas 103 a 115
CEP: 70058-900, Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2151 / 2150
Faxes: (61) 3315-2414 / 2472
E-mail: cns@saude.gov.br
Home page: www.conselho.saude.gov.br

Ruth Ribeiro Bittencourt
Sergio Matzger
Sílvio Roberto Leal da Silva
Viviane Rocha de Luiz

Assessoria Técnica do Conselho Nacional de Saúde:

Anapaula Martins da Silva
Neide Rodrigues dos Santos

Elaboração:

Francisco Rózsa Funcia

Equipe de comunicação do Conselho Nacional de Saúde:

Renata Mendes
Denise Miranda
Karla Lucena
Monique Maia
Willian Barreto
Wilany Santos

Presidente:

Alexandre Rocha Santos Padilha

Mesa diretora:

Alexandre Rocha Santos Padilha
Beatriz Figueiredo Dobashi
Clóvis Adalberto Bouffleur
Francisco Batista Júnior
José Marcos de Oliveira
Jurema Pinto Werneck
Maria do Socorro de Souza
Ruth Ribeiro Bittencourt

Colaboradores:

Alexandre Magno Lins Soares
Ana Cristhina Oliveira Brasil
Zenite de Freitas Boguea
Conselhos Estaduais de Saúde
Conselhos Municipais de Saúde
Coordenação Nacional de Plenárias de Conselhos de Saúde
Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Subsecretaria de Planejamento e Orçamento
Fundo Nacional de Saúde
Departamento de Economia da Saúde e Desenvolvimento
Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS)

Secretaria Executiva do CNS:

Rozângela Fernandes Camapum

Editora MS

Coordenação de Gestão Editorial
SIA, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: <http://www.saude.gov.br/editora>

Comissão Permanente de Financiamento

e Orçamento do CNS:

Alcídes dos Santos Ribeiro
Antônio de Pádua Cavalcante
Elineth da Conceição Braga
Fernanda Lou Sans Magano
Fernando Luiz Eliotério
Gilson da Cássia Marques Carvalho
João Carlos Pereira
Jorge Alves de Almeida Venâncio
Luciene Maria Leite de Lira
Pedro Tourinho de Siqueira
Rodrigo de Souza Pinheiro
Ronald Ferreira dos Santos
Rosângela da Silva Santos

Normalização: Amanda Soares Moreira
Revisão: Marcia Medrado Abrantes

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.

Manual de orçamento e finanças públicas para conselheiros de saúde / Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde.

- Brasília : Ministério da Saúde, 2011.

102 p. : il. – (SérieA. Normas e manuais técnicos)

ISBN

1. Administração em saúde. 2. Conselho Nacional de Saúde (CNS) I. Título. II. Série.

CDU 614.2:336.1

Catálogo na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2011/0167

Títulos para indexação:

Em inglês: Manual of appropriation and public finance for health councillor (Brasil)

Em espanhol: Manual de presupuesto y finanzas públicas para consejeros de salud (Brasil)

Lista de figuras

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Ciclo orçamentário e planejamento do SUS..... | 12 |
| 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..... | 25 |
| Figura 7 - Questões básicas para a elaboração do capítulo da saúde do PPA | 27 |
| Figura 8 - Planejamento de longo prazo e de curto prazo: programas como elo temporal entre os instrumentos do processo de planejamento e execução orçamentária | 28 |
| Figura 9 - Planejamento de longo prazo e de curto prazo: PPA e LOA | 29 |
| Figura 10 – Etapas do PPA e caracterização..... | 32 |
| Figura 11 – Estimativa da receita | 37 |
| Figura 12 – Renúncia de receita: exigências da LRF..... | 38 |
| Figura 13 – Classificação da receita pública | 40 |
| Figura 14 – Conteúdo do projeto de lei orçamentária anual | 41 |
| Figura 15 – Classificação da despesa pública..... | 43 |
| Figura 16 – Aplicação da classificação funcional-programática..... | 47 |
| Figura 17 – Aplicação da classificação econômica..... | 49 |
| Figura 18 – Visão integrada da despesa pública pela classificação econômica..... | 50 |
| Figura 19 – Visão integrada da despesa pública segundo as classificações econômica e funcional-programática | 51 |
| Figura 20 – Abertura de créditos adicionais | 52 |
| Figura 21 – Limites legais para despesas com pessoal | 54 |
| Figura 22 – Despesas de pessoal não computadas para a apuração do percentual..... | 55 |

| | |
|---|----|
| Figura 23 – Despesa orçamentária e extraorçamentária | 56 |
| Figura 24 – Principais aspectos da execução orçamentária e financeira..... | 57 |
| Figura 25 – Estágios de processamento da despesa pública | 60 |
| Figura 26 – Classificação dos empenhos | 62 |
| Figura 27 – Conteúdo do relatório resumido de execução orçamentária | 65 |
| Figura 28 – Conteúdo do relatório de gestão fiscal | 66 |

Sumário

| | |
|--|-----|
| Apresentação..... | 7 |
| Introdução | 9 |
| Roteiro | 11 |
| 1ª Parte – Fundamentos Legais..... | 19 |
| 2ª Parte – PLANO PLURIANUAL (PPA)..... | 24 |
| 3ª Parte – Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)..... | 33 |
| 4ª Parte – Estimativa da Receita, Lei Orçamentária Anual (LOA) e Execução | 36 |
| Estimativa da Receita | 36 |
| Lei Orçamentária Anual (LOA) | 40 |
| Execução Orçamentária e Financeira | 56 |
| 5ª Parte – Relatórios de Acompanhamento e Gestão..... | 64 |
| Referências..... | 79 |
| Anexo A..... | 81 |
| Anexo B..... | 85 |
| Anexo C..... | 97 |
| Anexo D | 100 |

Apresentação

O controle social, entendido como acompanhamento, fiscalização e controle das políticas públicas no Sistema Único de Saúde (SUS), possui papel fundamental na construção e no fortalecimento deste sistema universal. Isso porque a participação popular, garantida na Constituição de 1988 e incorporada pelo SUS (após a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90), possibilitou a construção de um novo cenário na saúde, mais democrático e acessível aos brasileiros e às brasileiras.

Para fomentar conhecimento e oferecer um instrumento que incentive a participação da sociedade nas políticas de saúde, inclusive nos aspectos financeiros e orçamentários, o Conselho Nacional de Saúde – por meio da Comissão Permanente de Financiamento e Orçamento – elaborou o **Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde**, fruto de um processo de construção coletiva, e que apresenta os principais aspectos conceituais sobre o orçamento e finanças públicas.

Assuntos ligados ao orçamento e finanças públicas são, por natureza, de difícil entendimento ao público e geralmente exigem atenção e explicações que facilitem o seu entendimento. A publicação do presente manual demonstra o esforço, o compromisso e a dedicação que o Conselho Nacional de Saúde tem realizado ao longo dos últimos anos na busca constante de um processo de educação permanente que qualifique conselheiros de todo o País no exercício de seu papel diante das políticas de saúde.

O cenário atual é promissor e o **Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde** certamente será uma importante ferramenta para o controle social. A realidade nos mostra que a participação de diversos atores nas Comissões de Orçamentos dos conselhos estaduais e municipais de saúde está cada vez mais consolidada. Esperamos, assim, que este Manual fortaleça sua atuação em defesa do SUS.

Conselho Nacional de Saúde

Introdução

Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) em cada esfera de sua atuação são movimentados sob fiscalização dos respectivos conselhos de saúde, considerando-se o processo de planejamento e orçamento do sistema, do nível local até o federal.

Está em suas mãos o **Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde**. Esta publicação é o resultado do acúmulo de experiências do Conselho Nacional de Saúde (CNS) por meio da Comissão de Orçamento e Financiamento (Cofin) e representa a finalização de um longo processo de produção coletiva sobre o financiamento da saúde pública brasileira.

Como parte dessas experiências, foram realizadas, pela Cofin, Oficinas Regionais de Orçamento e Financiamento, em parceria com os conselhos municipais e estaduais de saúde, secretarias estaduais e municipais de saúde, Ministério da Saúde e conselheiros nacionais, com o objetivo de sensibilizar os conselheiros para a importância do tema do orçamento e financiamento do SUS, apoiar na formação e esclarecer dúvidas dos conselheiros, e, assim, fortalecer o princípio constitucional da participação da comunidade pelo país.

O **Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde** é um rico instrumento em experiência formativa, construído com muito rigor e coletivamente, para que cidadãos de todas as esferas da vida pública e atores das comissões de orçamento dos conselhos municipais e estaduais de saúde de todo o país possam cumprir a importante tarefa de acompanhar, fiscalizar e participar da formulação da política pública de saúde. Esperamos que este manual possa fortalecer a atuação de todos em defesa do SUS.

Portanto, um esforço conjunto na construção deste importante instrumento que auxiliará nas ações de controle e fiscalização do orçamento e finanças da saúde. Nosso muito obrigado aos parceiros de sempre.

**Comissão Permanente de Financiamento e Orçamento
do Conselho Nacional de Saúde**

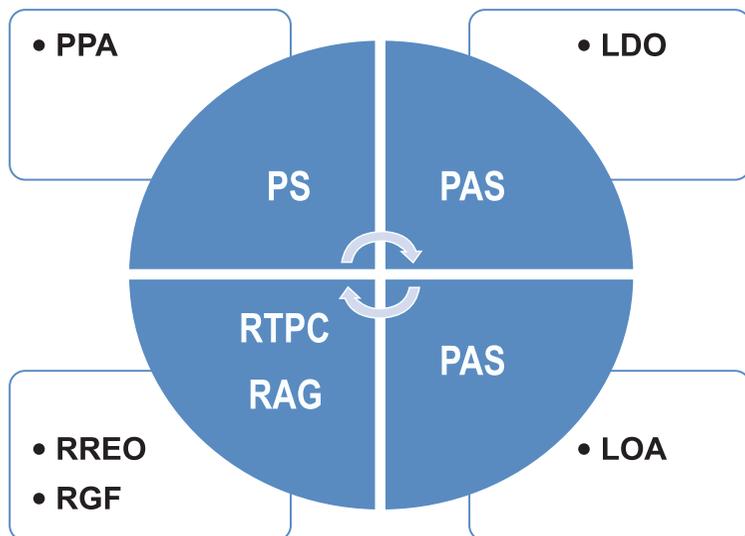
Roteiro

O objetivo deste manual é apresentar as noções básicas relativas ao orçamento e 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 101/00 (também conhecida como Lei de Responsabilidade Fiscal) e a Lei Federal nº 4.320/64 (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 SUS, em obediência ao que disciplina a Constituição Federal, a Lei Federal nº 8.080/90, a Lei Federal nº 8.142/90 e os decretos e portarias que regulamentam o SUS: PS (Plano de Saúde, quadrienal), PAS (Programação Anual de Saúde) e os relatórios RTPC (Relatório Trimestral de Prestação de Contas) e RAG (Relatório Anual de Gestão).

A Figura 1 ilustra essa interdependência.

Figura 1 - Ciclo orçamentário e planejamento do SUS

Este manual não trata dos lançamentos e registros contábeis, nem prioriza outros aspectos da contabilidade pública: trata do processo de planejamento – da elaboração ao acompanhamento da execução do que foi planejado, servindo de referência para a atuação dos conselheiros de saúde, especialmente em relação aos papéis relacionados ao planejamento e fiscalização da execução orçamentária previstos pela Lei Federal nº 8.080/90, pela Lei Federal nº 8.142/90 e pela Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003, do Conselho Nacional de Saúde, a saber:

a) Lei Federal nº 8.080/90, 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 8.142/90, 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 333/2003:

Quinta Diretriz: Aos Conselhos de Saúde (...) compete:

I – (...)

II – (...)

III – (...)

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 sobre eles deliberar, conforme as diversas si-

tuações epidemiológicas e a capacidade organizacional dos serviços.

VI – Estabelecer estratégias e procedimentos de acompanhamento da gestão do SUS (...).

VII – Proceder a revisão periódica dos planos de saúde.

VIII – Deliberar sobre os programas de saúde (...).

IX – (...)

X – (...)

XI – (...)

XII – Aprovar a proposta orçamentária anual da saúde, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (art.195, §2º da Constituição Federal), observado o princípio do processo de planejamento e orçamentação ascendentes (art.36 da Lei nº 8.080/90).

XIII – Propor critérios para programação e execução financeira e orçamentária dos Fundos de Saúde e acompanhar a movimentação e destinação dos recursos.

XIV – Fiscalizar e controlar gastos e deliberar sobre critérios de movimentação de recursos da Saúde, incluindo o Fundo de Saúde e os transferidos e próprios do Município, Estado, Distrito Federal e da União.

XV – Analisar, discutir e aprovar o relatório de gestão, com a prestação de contas e informações financeiras, repassadas em tempo hábil aos conselheiros, acompanhado do devido assessoramento.

d) Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar nº 101/00):

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.

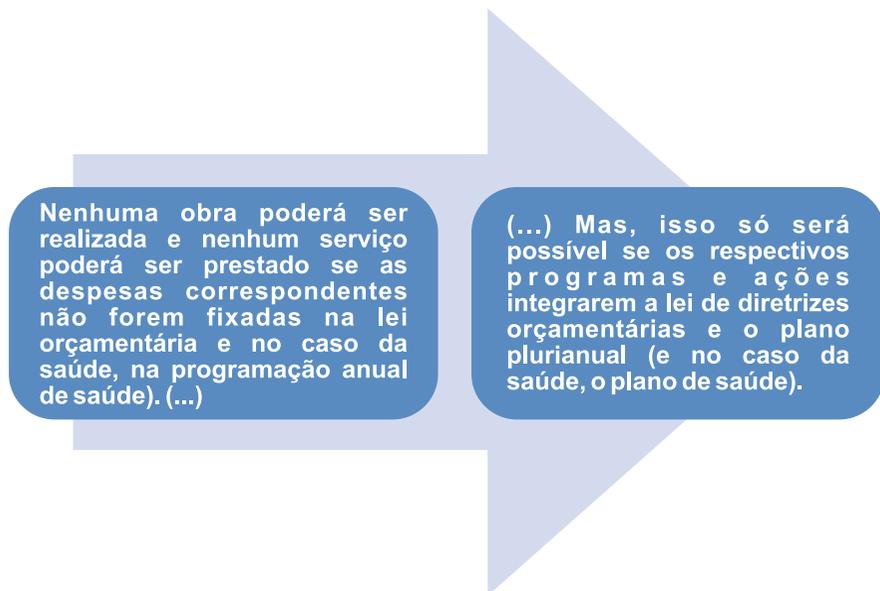
A linguagem orçamentária é técnica e, portanto, de difícil entendimento para a maioria da população. Muitos técnicos que trabalham nos governos ou que estudam as finanças públicas usam do seu conhecimento nessa área para manter as pessoas sob sua dependência. Na linguagem popular, fazem com que muitos “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;
- 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) analisar, de forma integrada, os 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



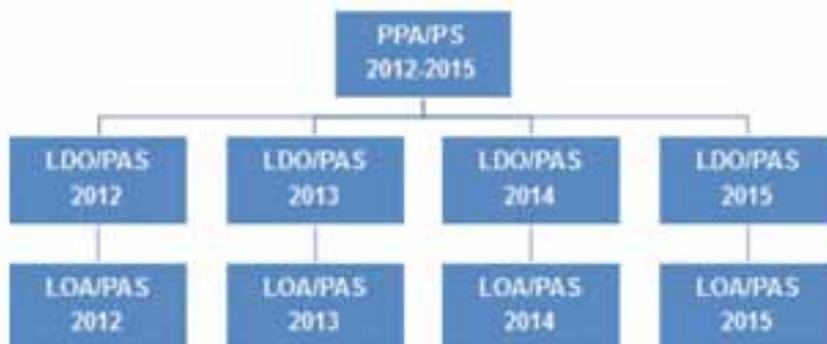
A Figura 3 ilustra o contexto do planejamento da saúde pública na perspectiva do processo de planejamento integrado existente nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal).

Figura 3 - Contextualização da política de saúde (processo de planejamento integrado do governo)



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 (2012–2015).

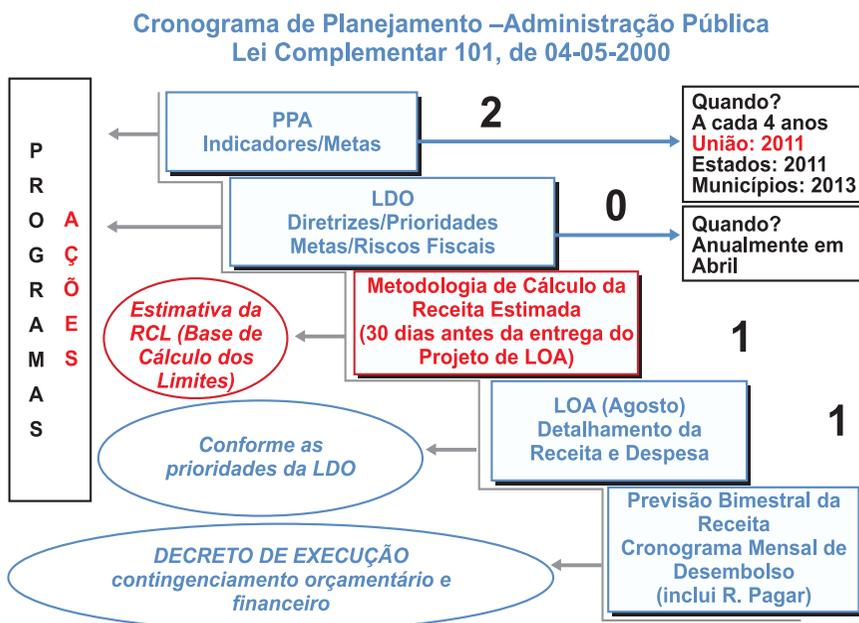
Figura 4 - Os instrumentos do planejamento em perspectiva temporal exemplo da UNIÃO e dos ESTADOS



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.

Figura 5 - Ciclo orçamentário expandido



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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

- Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF-88);
- Lei Federal nº 101/2000, também conhecida por Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF);
- Lei Federal nº 4.320/64 (Lei nº 4.320/64);
- Lei Federal nº 8.080/90 (Lei nº 8.080/90);
- Lei Federal nº 8.142/90 (Lei nº 8.142/90);

- Lei Federal nº 8.689/93 (Lei nº 8.689/93);
- Portaria MOG nº 42/99 (Portaria 42/99);
- Portaria Interministerial STN/SOF nº 163/2001 (Portaria nº 163/2001);
- Portarias MS: nº 2.047/2002, nº 3.085/2006, nº 3.332/2006, nº 204/2007, nº 3.176/2008 e nº 837/2009;
- Resolução CNS: nº 322/2003 e nº 333/2003.

O manual está estruturado em cinco partes, além desta introdução: na 1ª Parte, os fundamentos legais para a proposição, fiscalização e controle sobre as questões financeiras e orçamentárias da saúde; na 2ª Parte, o Plano Plurianual (PPA); na 3ª Parte, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO); na 4ª Parte, os estudos técnicos da estimativa da Receita, a Lei Orçamentária Anual (LOA) e a Execução; e, na 5ª Parte, os Relatórios de Acompanhamento e Gestão.

Por fim, o manual tem quatro 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 contém o roteiro básico para avaliação preliminar do Relatório Anual de Gestão.

1ª Parte – Fundamentos Legais

O objetivo desta parte é apresentar os fundamentos legais sobre a proposição, fiscalização e controle das questões financeiras e orçamentárias da saúde, considerando estudo realizado por Gilson Carvalho, cujo roteiro completo encontra-se 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, cumpre 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).

Compete ao gestor público da área da saúde da União, dos estados e dos municípios garantir as condições necessárias ao acompanhamento e 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 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 8.080/90 e nº 8.142/90, 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 desses conselhos, 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 8.080/90, que disciplina a administração dos recursos financeiros da saúde da esfera federal de governo pelo Fundo Nacional de Saúde; e
- c) No artigo 49 da Lei Estadual nº 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 sobre a 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 8.080/90), que representa uma das condições necessárias para o recebimento de recursos federais (artigo 4º da Lei nº 8.142/90 e artigo 2º do Decreto nº 1.232).

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 29/2000: a União, pelo percentual da variação nominal do PIB sobre o valor empenhado; os estados, pela aplicação de 12% da receita base de 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).

Segundo a Constituição Federal, o processo de financiamento das ações e 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 do 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, à Lei de Diretrizes Orçamentárias e à 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 101/00 (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 8.080/90, que estabelece o caráter ascendente do processo de planejamento do SUS e a compatibilidade das necessidades com a disponibilidade de recursos.

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, a administração federal deve comunicar à Câmara sobre as transferências de recursos no âmbito do SUS e as prefeituras devem notificar os sindicatos, entidades empresariais e 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 8.666/93 (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, preço unitário, quantidade adquirida, nome do vendedor, valor total da operação;
- c) o artigo 12 da Lei nº 8.689/93 obriga o gestor público da saúde de cada esfera de governo a prestar contas ao respectivo conselho de saúde a cada três meses, bem como ao Poder Legislativo, apresentando relatório detalhado, contendo dado sobre montante e a fonte dos recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e a produção de serviços;
- 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 101/00) 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 9, 48 e 67 da Lei Complementar nº 101/00).

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 da área de orçamento e finanças públicas, que serão tratados a seguir, devem ser entendidos a partir desse quadro de referências constitucional e legal apresentados anteriormente, o que fortalecerá a atuação dos conselheiros de saúde.

2ª Parte – 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 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 LDO e da 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, estados e municípios, variando entre 31 de agosto e 30 de setembro, geralmente coincidindo com a data de apresentação da Lei Orçamentária Anual (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.

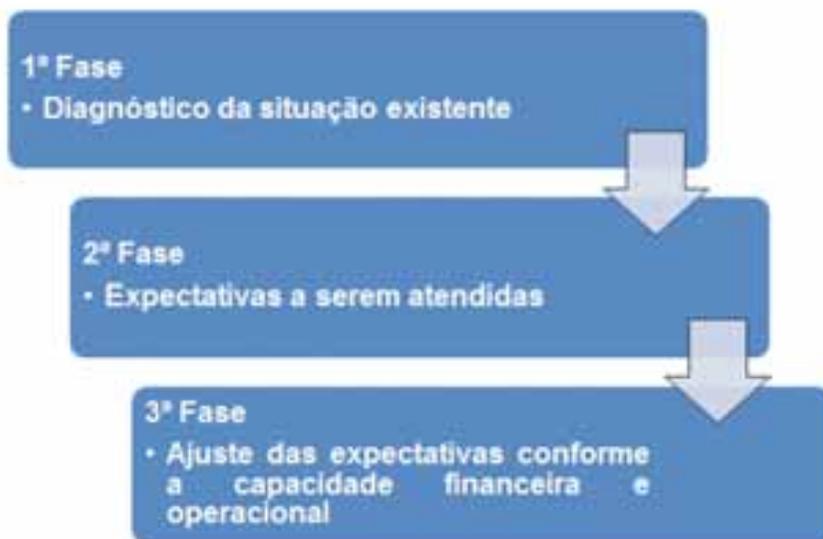
O PPA deve expressar a síntese dos esforços de planejamento estratégico de toda a administração pública (pontos fortes, pontos fracos, ameaças e oportunidades), e ser capaz de responder as seguintes questões:

- 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



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, estado ou 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:

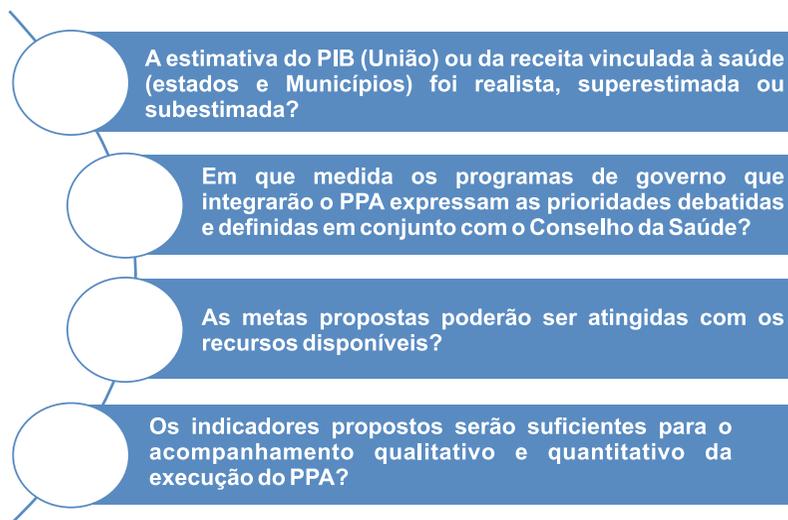
Quais serão os programas e as ações que deverão ser priorizados para execução durante a gestão e a vigência do PPA, diante do limite imposto pelo montante de recursos financeiros que poderão ser efetivamente arrecadados no período e pela capacidade gerencial e operacional de realização das obras e serviços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

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

Com as informações e 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



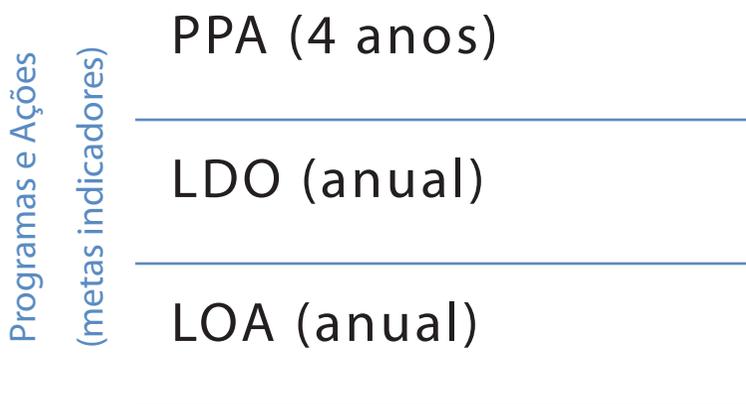
Os conselhos de saúde de cada esfera de governo devem pautar com o ministro, os secretários estaduais ou os secretários municipais de saúde o debate dessas questões básicas e de outras complementares, visando à deliberação da programação das ações e dos serviços públicos de saúde que constará do PPA, 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 participar do processo de

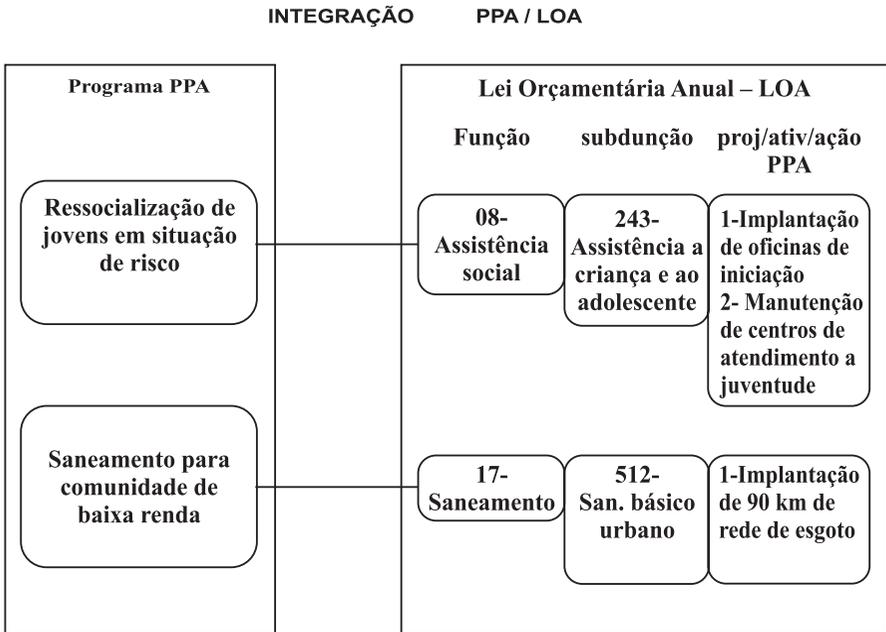
planejamento e execução das despesas com ações e serviços públicos de saúde: é preciso também buscar informações sobre a política econômica e, em particular, sobre a política tributária e de fiscalização da arrecadação das receitas públicas.

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 de curto prazo: programas como elo temporal entre os instrumentos do processo de planejamento e execução orçamentária



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 a sua inclusão. Um exemplo da integração do PPA com a LOA está ilustrado na Figura 9.

Figura 9 - Planejamento de longo prazo e de curto prazo: PPA e LOA

Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

Os programas são compostos por uma ou mais ações da administração, com o objetivo de solucionar ou minimizar problemas conjunturais ou específicos da sociedade. Podem ser classificados em dois grandes tipos:

- a) finalísticos: composto por ações que resultem em produtos (bens e serviços diversos) ofertados à sociedade. Por exemplo: Controle de Endemias, Assistência à Criança, etc.
- b) de gestão de políticas públicas e de serviços do Estado, inclusive de apoio administrativo: composto por ações de coordenação, avaliação e controle exercidas pelos diferentes órgãos governamentais, cujo resultado pode estar materializado inclusive em bens e serviços públicos ofertados ao próprio Estado. Por exemplo: Capacitação de Servidores, Estruturação do Controle Interno, etc.

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 os indicadores e as metas da administração para cada programa, bem como os resultados esperados a partir da projeção dos índices e valores atuais.

O exemplo, a seguir, refere-se a um programa com algumas ações (projetos e atividades) da área da saúde, extraído do Anexo I do PPA 2008–2011 da União, para ilustrar os aspectos tratados neste manual até o presente momento.

Objetivo de Governo: Promover o acesso com qualidade à Seguridade Social, sob a perspectiva da universalidade e da equidade, assegurando-se o seu caráter democrático e a descentralização.

Objetivo Setorial: Ampliar o acesso da população aos serviços de que necessita e promover a qualidade e a humanização na atenção à saúde.

Programa: 1220 – Assistência Ambulatorial e Hospitalar Especializada.

Órgão Responsável: 36000 – Ministério da Saúde (MS).

| Objetivo | Ampliar o acesso da população aos serviços ambulatoriais e hospitalares do Sistema Único de Saúde, na busca da equidade, da redução das desigualdades regionais e da humanização de sua prestação | | | | | | |
|---|---|------------|-----------------------|--------------|----------------|-------------------------|------------------------|
| | Público-alvo | Sociedade | | | | | |
| Indicador (unidade de medida) | | Referência | | 2011 | Regionalização | Consolidação dos Totais | Valores do Programa |
| | Data | Índice | Esfera/Cat. Econômica | | | | Totais |
| Índice de Cobertura de Centros de Atenção Psicossocial - CAPS (1/100.000 habitantes) | 31/12/2006 | 0,44 | 0,70 | Centro-Oeste | 7.156.544,998 | Fiscal | 110.500.000 |
| Índice de Consulta por Habitante (Consulta per capita) | 31/12/2005 | 2,50 | 2,90 | Nacional | 3.492.507,734 | Despesas de Capital | 110.500,00 |
| Índice de Leitos Disponibilizados (1/1.000) | 30/06/2006 | 2,66 | 3,00 | Nordeste | 24.981.627,524 | Seguridade Social | 106.887.545,173 |
| Índice de Transplantes Realizados no SUS (1/100.000) | 31/12/2006 | 59,60 | 74,60 | Norte | 6.485.907,754 | Despesas Correntes | 102.822.359,116 |
| Quociente de Internação Hospitalar no SUS (%) | 30/06/2007 | 3,43 | 2,90 | Sudeste | 47.021.421,231 | Despesas de Capital | 4.065.186,057 |
| Total de Participação dos Serviços Extra-Hospitalares de Atenção Psicossocial no Gasto Total com Atenção Psiquiátrica (%) | 31/12/2005 | 44,53 | 75,00 | Sul | 17.860,035,932 | Total | 106.998.045,173 |

| Cód. | Título | Produto (unidade de medida) | Início Término | Órgão Executor | Valor Total Estimado | Regionalização | | Financeiro Físico | | | |
|------|---|--|--------------------|----------------|----------------------|----------------|-------------|-------------------|------------|-------------|------|
| | | | | | | | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| 7H91 | Implantação de Centro de Alta Complexidade em Oncologia - CACON (Nível II) em Campo Grande - MS | Centro implantado (unidade) | 01/2008 12/2008 | MS | 50.000.000 | Centro-Oeste | R\$ META | 6.000.000 | 6.000.000 | 7.000.000 | 1 |
| 7833 | Implantação de Centros de Alta Complexidade em Oncologia - CACON (Nível II) em Campo Grande - MS | Centro implantado (unidade) | 01/2004 12/2011 | MS | 130.764.558 | Nacional | R\$ META | 20.800.000 | 22.790.000 | 250.020.000 | 2 |
| 7L28 | Implantação de Hospital Geral Público de Alta Complexidade no Litoral Norte do Estado do Rio Grande do Sul - RS | Centro implantado (% de execução física) | 01/2008 12/2011 | MS | 60.000.000 | Sul | R\$ META | 15.000.000 | 15.000.000 | 15.000.000 | 25 |
| 7H99 | Implantação de Hospital Geral Público de Alta Complexidade no Litoral Norte do Estado do Rio Grande do Sul | Centro implantado (% de execução física) | 01/2008 12/2011 | MS | 60.000.000 | Sul | R\$ META | 5.000.000 | 6.000.000 | 7.000.000 | 25 |
| 7G61 | Implantação do Hospital Público HC Criança | Obra concluída (% de execução física) | 08/2005 12/2009 | MS | 45.000.000 | Sudeste | R\$ META | 8.500.000 | 8.500.000 | 3.000.000 | 22 |

| Cód. | Título | Produto (unidade de medida) | Órgão Executor | Regionalização | | Financeiro Físico | | | |
|------|---|---------------------------------|----------------|--------------------------|-------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| | | | | | | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| 8755 | Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia-INC | Atendimento realizado (unidade) | MS | Sudeste | R\$ META | 68.800.000 125.000 | 77.020.000 125.000 | 84.360.000 125.000 | 92.620.000 125.000 |
| 8758 | Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Cardiologia-INCa | Atendimento realizado (unidade) | MS | Sudeste | R\$ META | 187.000.000 268.500 | 209.040.000 268.500 | 228.950.000 268.500 | 251.350.000 268.500 |
| 8759 | Aperfeiçoamento, Avaliação e Desenvolvimento de Ações e Serviços Especializados em Traumatologia e Ortopedia-INTO | Atendimento realizado (unidade) | MS | Sudeste | R\$ META | 116.000.000 128.320 | 143.030.000 128.320 | 156.650.000 128.320 | 171.980.000 128.320 |
| 4525 | Apoio à Manutenção de Unidades de Saúde | Unidade apoiada | MS | Centro-Oeste Nordeste | R\$ META | 60.000 1 | - - | - - | - - |
| | | | | | R\$ META | 3.550.000 17 | - - | - - | - - |

Projetos

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

- a) integrar as ações desenvolvidas pela União, 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



O processo de monitoramento e avaliação do PPA deve ser acompanhado pelos conselheiros de saúde por meio dos Relatórios Trimestrais de Prestação de Contas e do Relatório Anual de Gestão apresentados pelo ministério ou secretarias estaduais ou 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. 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 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.

3ª Parte – Lei De Diretrizes Orçamentárias (LDO)

A palavra “diretriz”, enquanto substantivo feminino, significa: “Linha que determina o traçado de uma estrada; esboço de um plano, projeto, etc.; orientação, diretiva; norma de procedimento; conduta” (DICIONÁRIO 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).

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 101/00 (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, expansão ou 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 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 atividades, à luz das diretrizes e 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 conseqüente transformação em lei, somente será possível alterar por meio de outra lei específica e de forma compatível com o PPA.

4ª Parte – Estimativa da Receita, Lei Orçamentária Anual (LOA) e Execução

Estimativa da Receita

A Lei Orçamentária Anual, nos termos estabelecidos pela Lei nº 4.320/64, 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



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

Conforme estabelece a Lei de Responsabilidade Fiscal, o Poder Executivo deverá disponibilizar para o Poder Legislativo, Poder Judiciário e 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, os conselheiros de saúde devem solicitar o encaminhamento dos estudos realizados pelo Poder Executivo com a respectiva memória de cálculo da estimativa da receita.

No caso da União, ainda que a base de cálculo para definição do valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde não seja a receita (é a variação nominal do PIB), vale o mesmo procedimento para os conselheiros nacionais, com o objetivo de garantir que não haja contin-

genciamento durante a execução orçamentária, além de avaliar a possibilidade de alocação adicional de recursos para o setor.

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 na 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



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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 municípios, a receita orçamentária é composta também pelas transferências intergovernamentais de natureza constitucional (como, por exemplo, a quota-parte do ICMS – Imposto sobre a Circulação de Mercadorias dos estados para os municípios; o Fundo de Participação dos Municípios e o Fundo de Participação dos Estados constituídos de parte do Imposto de Renda e IPI – Imposto sobre Produtos Industrializados arrecadados pela União).

Figura 13 – Classificação da receita pública



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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 apenas 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 4.320/64 e pela LRF.

Figura 14 – Conteúdo do projeto de lei orçamentária anual



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

Acompanharão ainda o projeto de Lei do Orçamento:

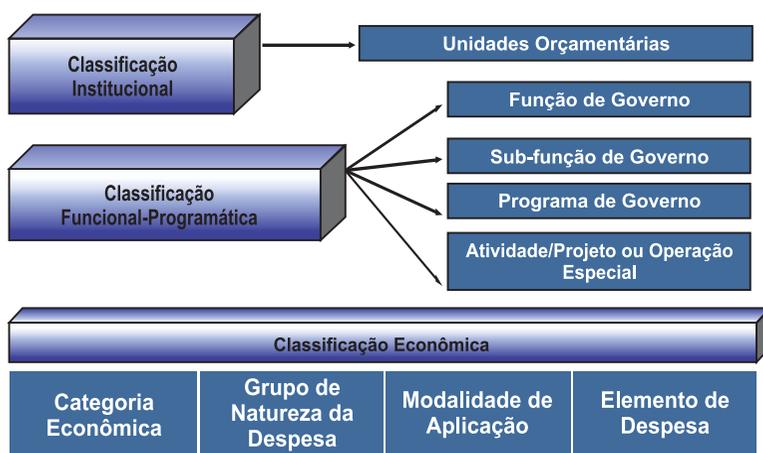
- Detalhamento dos encargos com a Dívida Pública;
- Plano de Investimentos (Obras e Equipamentos);
- Demonstrativo da Relação entre Operação de Crédito e Despesas de Capital;
- Demonstrativo de Anistias, Remissões, subsídios e benefícios de natureza tributária e creditícia;
- Elenco de órgãos, unidades 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 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 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 a classificação da despesa pública utilizada no PPA, LDO e LOA, considerando os conceitos estabelecidos pela Portaria nº 42/99 e Portaria nº 163/2001.

Figura 15 – Classificação da despesa pública



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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 42/99 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, estados e 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, estados e 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, estados e 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, estados e 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



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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, estados e 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

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 4.320/64. 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



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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, equipamentos, materiais permanentes, entre outras, que aumentam o patrimônio público.

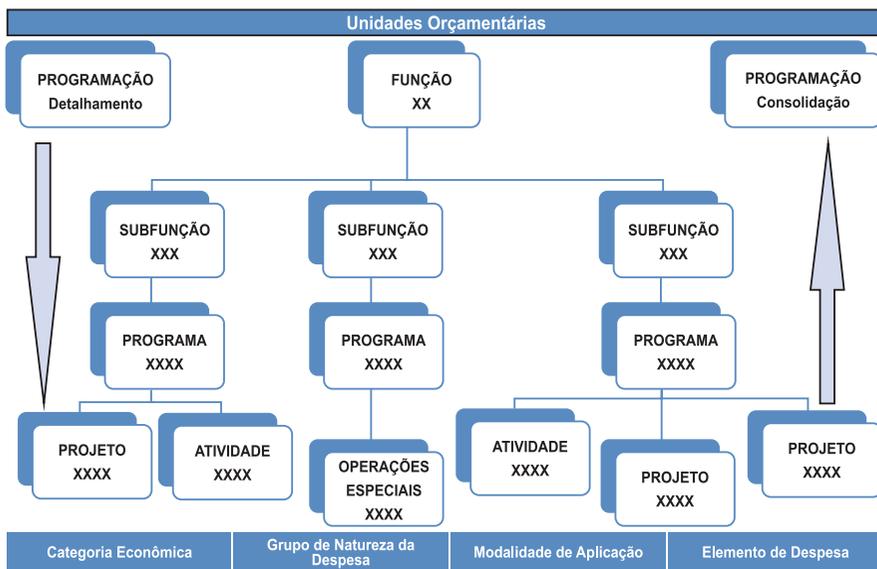
Figura 18 – Visão integrada da despesa pública pela classificação econômica



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

A Figura 19 representa a visão integrada da despesa pública reunindo a Classificação Econômica e a Classificação Funcional-Programática, 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 e funcional-programática



Fonte: (Adaptada de VIGNOLI, 2001).

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



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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 4.320/64) 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 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 + 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 | 6,6% | — | — | 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.

Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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 d União – art. 21 – CF e art. 31 da Emenda Constitucional - 19;

VI. Com inativos citados em V, ainda que custeada por:

- Arredação de contribuições dos segurados;
- Compensação financeira – artigo 201§9º da Constituição Federal.

Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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 e financeira.

Figura 24 – Principais aspectos da execução orçamentária e financeira



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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:

- se o resultado dessa comparação for zero (e isto é o mínimo que deveria ocorrer sempre ao final do último de 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;
- se o resultado for 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 4.320/64:

- 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 consequente necessidade de gasto adicional no ano do cancelamento como forma de compensação.

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 anteriormente 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



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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 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 8.666/93, 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.

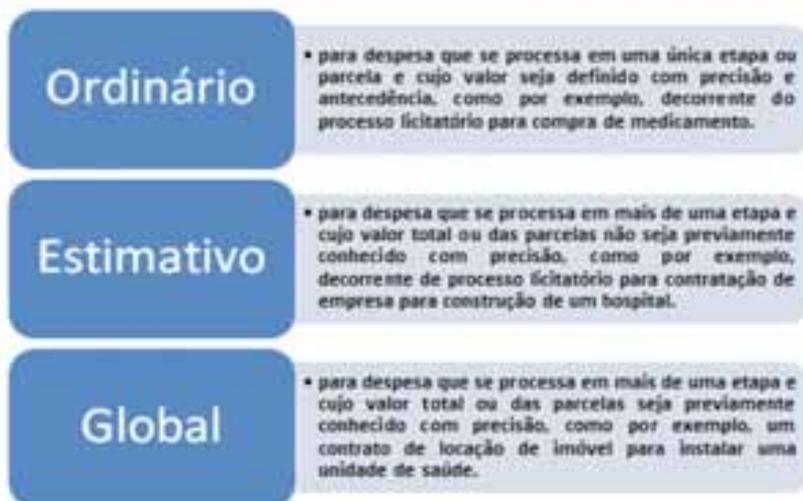
O empenho (3) é o procedimento prévio obrigatório (legal) à realização da despesa pública. É o ato da autoridade competente que abate a respectiva reserva efetuada, criando, para o Poder Público, obrigação de pagamento.

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



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 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 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, quer pelo custo e transtorno trazido para o contribuinte inadimplente, quer 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.

5ª Parte – Relatórios de Acompanhamento e Gestão

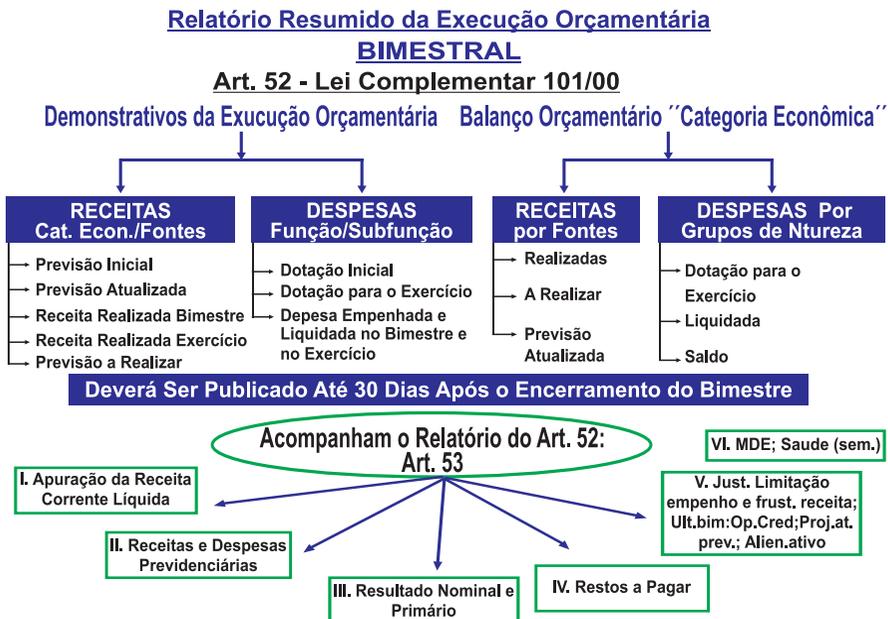
Relatórios da Lei de Responsabilidade Fiscal

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

A Figura 27 ilustra a composição desse relatório.

Figura 27 – Conteúdo do relatório resumido de execução orçamentária



Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

a) Relatório de Gestão Fiscal, de periodicidade quadrimestral, composto pelos seguintes anexos:

- Anexo I – Pessoal
- Anexo II – Dívida
- Anexo II – Dívida (União)
- Anexo II – Dívida (Estados, DF e Municípios)
- Anexo II – Dívida (Entes com Regime de Previdência)
- Anexo III – Garantias
- Anexo IV – Operação de Crédito
- Anexo V – Disponibilidade Financeira
- Anexo VI – Restos a Pagar
- Anexo VII – Limites

A Figura 28 ilustra a composição desse Relatório.

Figura 28 – Conteúdo do relatório de gestão fiscal



Deve ser assinado pela autoridade maior de cada poder – Diretor Financeiro – Controle Interno
Deverá ser publicado após 30 dias do final do QUADRIMESTRE

Autoria: Francisco R. Funcia, Álvaro R. Rezende, Francisco H. Vignoli.

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

Planilhas de acompanhamento da arrecadação da receita base de cálculo para aplicação constitucional mínima em ações e serviços de saúde nos estados e municípios

Tabela 1 - Estados: 12% – Base de Cálculo (apurada no ano da execução):

| 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 | | | | |
| ITCMD (causa mortis; doação bens/direitos) | | | | |
| Transferência FPE da União para o Estado | | | | |
| IPI Exportação | | | | |
| LC 87/96 (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%) | | | | |

Continuação...

Tabela 2 - Municípios: 15% – Base de Cálculo (apurada no ano da execução):

| 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 | | | | |
| Transferência FPM para o Município | | | | |
| Transferência IPI Exportação para o Município | | | | |
| Transferência LC 87/96 (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%) | | | | |

Tabela 3 - Relatórios Básicos de Acompanhamento da Execução Orçamentária (Modelos adotados pela Cofin/CNS)

Tabela 3A - Ministério da Saúde - Execução Orçamentária
CONSOLIDAÇÃO POR ITENS SELECIONADOS
 Mês e Ano

| DENOMINAÇÃO | | EXECUTADO | | DOTAÇÃO ATUALIZADA (A) |
|---|---------------------------------------|-----------|-----------|------------------------|
| | | 2007 | PLOA 2008 | |
| 1 | ITENS GLOBAIS | | | |
| 2 | PESSOAL ATIVO | | | |
| 3 | PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA | | | |
| 4 | AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA | | | |
| 5 | 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 PROBREZA | | | | |
| FARMÁCIAS POPULARES | | | | |
| OUTROS CUSTEIOS E CAPITAL - TOTAL | | | | |
| PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA | | | | |
| AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA | | | | |
| MS - TOTAL GERAL | | | | |

Continua...

Tabela 3B - Ministério da Saúde - Execução Orçamentária CONSOLIDAÇÃO POR UNIDADES E PROGRAMAS
Mês e Ano

| DENOMINAÇÃO | | EXECUTADO | | |
|---|---|-----------|-----------|------------------------|
| | | 2007 | PLOA 2008 | DOTAÇÃO ATUALIZADA (A) |
| TOTAL DE PESSOAL E DÍVIDA | | | | |
| PESOSAL ATIVO | | | | |
| PESSOAL INATIVO | | | | |
| AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA | | | | |
| TOTAL DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE | | | | |
| 0016 | GESTÃO DA POLÍTICA DE SAÚDE | | | |
| 0681 | GESTÃO DA PARTICIPAÇÃO EM ORGANISMOS INTERNACIONAIS | | | |
| 0750 | APOIO ADMINISTRATIVO | | | |
| 0901 | OPERAÇÕES ESPECIAIS: CUMPRIMENTO DE SENTENÇAS JUDICIAIS | | | |
| 0909 | OPERAÇÕES ESPECIAIS: OUTROS ENCARGOS ESPECIAIS | | | |
| 1186 | CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NO COMPLEXO DA SAÚDE | | | |
| -- | -- | | | |
| -- | -- | | | |
| 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 PROBREZA | | | | |
| FARMÁCIAS POPULARES | | | | |
| OUTROS CUSTEIOS E CAPITAL - TOTAL | | | | |
| PESSOAL INATIVO E PENSIONISTA | | | | |
| AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA | | | | |
| MS - TOTAL GERAL | | | | |

Continua...

Quadro de Acompanhamento 1

| 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 2

| 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 3

| 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) |
|-------------------|---------------------------------------|----------------------|-------------------------|------------------------|-----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Ministério da Saúde

Indicadores Consolidados em Relação à Receita

Mês e Ano:

| Indicadores | Valores |
|---------------------------------------|----------------|
| Empenhado Saúde (R\$) | |
| Receitas Correntes (R\$) | |
| Relação Emp. Saúde/Receita (%) | |
| Liquidado Saúde (R\$) | |
| Receitas Correntes (R\$) | |
| Relação Liq. Saúde/Receita (%) | |

Referências

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Secretaria de Planejamento e Investimentos Estratégicos. **Plano plurianual 2008-2011**: projeto de lei. Brasília: Ministério do Planejamento, 2007. Anexo I.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 204/GM, de 29 de janeiro de 2007**. Disponível em: <http://www.angra.rj.gov.br/manualdogestor/docs/legislacao/portaria_204.pdf>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2047/GM, em 5 de novembro de 2002**. Disponível em: <http://www.conselho.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Legislacao/portaria_2047_05_11_2002.pdf>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.085, de 1 de dezembro de 2006**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt3085_01_12_2006.html>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.176, de 24 de dezembro de 2008**. Disponível em: <http://www.legisus.com.br/index.php?option=com_content&view=article&id=225:portaria-31762008-orientacoes-para-elaboracao-do-relatorio-de-gestao&catid=80:leis-e-atos-importantes&Itemid=59>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 837, de 23 de abril de 2009**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt0837_23_04_2009.html>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003**. Disponível em: <http://pfdc.pgr.mpf.gov.br/atuacao-e-conteudos-de-apoio/legislacao/saude/resolucoes/resolucao_cns_322.2003/view>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 333, de 4 de novembro de 2003**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/resolucao_333.pdf>. Acesso em: 11 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LCP/Lcp101.htm>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L4320.htm>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.689, de 27 de julho de 1993.** Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8689.htm>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999, do MOG.** Disponível em: <<http://www.tesouro.fazenda.gov.br/legislacao/download/contabilidade/portaria42.pdf>>. Acesso em: 10 maio 2011.

BRASIL. Presidência da República. **Portaria Interministerial nº 163, de 4 de maio de 2001.** Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br/hp/downloads/Portaria_Interm_163_2001_Atualizada_2010_25ago2010.pdf>. Acesso em: 10 maio 2011.

VIGNOLI, Francisco H. (Coord.). **A lei de responsabilidade fiscal comentada para municípios.** São Paulo: FGV/EAESP, 2002.

Anexo A

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 receba 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-se desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, mediante o cumprimento de metas de resultados en-

tre 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 4.320/64

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 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 admi-

nistração 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, previdência social e 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.

Anexo B

ROTEIRO BÁSICO PARA A FISCALIZAÇÃO 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: ... o conselho controla inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

b) OBRIGAÇÃO DO GESTOR DE ADMINISTRAR TODOS OS RECURSOS DA SAÚDE NA SECRETARIA DE 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 DE O GESTOR PÚBLICO 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 DE O GESTOR 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 DE OS GESTORES DA UNIÃO, DOS ESTADOS E DOS MUNICÍPIOS 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 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 DE O GESTOR 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 DE O GESTOR 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 DE O GESTOR 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 DE O GESTOR DE CADA ESFERA DE GOVERNO PRESTAR CONTAS AO CONSELHO DE SAÚDE A CADA TRÊS MESES

- Lei nº 8.689 – art. 12: ... o gestor do SUS apresentará trimestralmente ao conselho de saúde relatório detalhado contendo dado sobre o montante e a fonte dos recursos aplicados, auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços.

k) OBRIGATORIEDADE DE O GESTOR PRESTAR CONTAS EM AUDIÊNCIA PÚBLICA NAS CÂMARAS DE VEREADORES E NAS ASSEMBLEIAS LEGISLATIVAS RESPECTIVAS A CADA TRÊS MESES

- Lei nº 8.689 – art. 12: ... o gestor do SUS apresentará trimestralmente 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 DE O GESTOR 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 60 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 DE O GESTOR REGER-SE PELOS PRINCÍPIOS DA LEGALIDADE, IMPESSOALIDADE, MORALIDADE E PUBLICIDADE E EFICIÊNCIA

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

n) OBRIGATORIEDADE DE O GESTOR 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 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:**
- ter profissionais necessários: enfermeiro, farmacêutico, médico, administrador e economista/contador;
- administrar: na saúde, pelo menos as decisões essenciais;
- padronizar: medicamentos, material de consumo, equipamentos (principalmente os de menor vida útil e os mais caros);
- possuir 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);
- dar preferência para medicamentos genéricos.

b) ÁREA DE ESTOQUE E DISPENSAÇÃO:

- ter profissionais adequados: enfermeiro, farmacêutico, médico, administrador e economista/contador, almoxarifes/estoquistas;
- ter condições físicas de armazenagem adequadas;
- trabalhar com curva *abc* ou similar;
- controlar a entrada e saída de produtos;
- controlar o prazo de validade dos produtos;
- controlar os medicamentos de dispensação controlada;
- controlar a saída de medicamentos com entrega segura em cada unidade de dispensação final;
- controlar a entrada, saída e armazenagem em cada unidade de consumo.

c) GESTÃO DE RH – TRABALHADORES DA SAÚDE:

- ter profissionais necessários: administrador e economista/contador e outros profissionais da área da saúde;
- ter a relação de todos os cargos-função da área da saúde autorizados pela Câmara;
- ter a relação do local de trabalho e carga horária de todos;
- ter 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;

- ter 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:

- ter profissionais necessários: administrador e advogado;
- ter a 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);
- 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 conveniar 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:

- ter profissionais envolvidos com maior ou menor carga de trabalho na dependência do tamanho da secretaria: administrador, advogado e outros afins ao objeto de contrato;
- possuir processo de licitação completo;
- ter contrato claro e preciso com descrição do objeto, mecanismos de controle, reajustes legais e reais de mercado, etc.;
- ter a relação de todos os contratos: imóveis, veículos, máquinas, equipamentos médico-hospitalares, etc.;
- controlar a licitação com contratos e convênios legais;
- ter 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:

- ter 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;
- possuir processo de licitação completo;
- ter contrato claro e preciso com descrição do objeto, mecanismos de controle, reajustes legais e reais de mercado, etc.;
- acompanhar as obras de reformas, ampliações, construções: material contratado e utilizado; especificações; acabamento; mão de obra e encargos sociais;
- ter mecanismos claros e viáveis de verificação da qualidade e manutenção dos objetos locados.

g) ADMINISTRAÇÃO DE TRANSPORTE:

- ter 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;
- ter controles: saída de veículos, controle de quilometragem, uso de combustível, lubrificantes, troca de pneus;
- fazer 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 a compra de equipamentos: usados, remanufaturados, de segunda linha, similares;
- verificar a compra de material médico-hospitalar; segunda linha ou similar ou diferente do apresentado no pedido.

b) ÁREA DE GESTÃO DE CONTRATOS:

- verificar os 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 os 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?
- Qual o gasto 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 C

ROTEIRO BÁSICO PARA A 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 bus-

car 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 as 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 D

ROTEIRO BÁSICO PARA A ANÁLISE DE CONFORMIDADE DO RAG

O Relatório Anual de Gestão (RAG) deve ser elaborado pelo gestor da saúde dos três níveis de governo e apresentado para análise e deliberação do respectivo conselho de saúde, conforme estabelece a Portaria MS/GM nº 3.332/2006 e a Portaria MS/GM nº 3.176/2008. A ata com a análise e a deliberação de cada conselho de saúde deverá ser encaminhada, conforme o caso, para as Comissões Tripartite e Bipartite.

O roteiro, a seguir, foi adotado pela Cofin/CNS e disponibilizado para os conselhos estaduais e municipais de saúde para subsidiar a análise do RAG.

| Finalidades (Portaria MS/GM nº 3.176/2008, art. 3º, parágrafo 1º) | Atende | Atende Parcial | Não Atende |
|--|--------|----------------|------------|
| I – apoiar o gestor na condução do SUS no âmbito de sua competência territorial de modo que alcance a efetividade esperada na melhoria dos níveis de saúde da população e no aperfeiçoamento do Sistema; | | | |
| II – possibilitar o provimento dos meios para o aperfeiçoamento contínuo da gestão participativa e das ações e serviços prestados; | | | |
| III – apoiar a participação e o controle sociais; | | | |
| IV – subsidiar o trabalho, interno e externo, de controle e auditoria. | | | |
| Características Essenciais (Portaria MS/GM nº 3.176/2008, art. 5º) | Atende | Atende Parcial | Não Atende |
| I – clareza e objetividade, de modo a contribuir para o exercício da gestão do SUS de forma transparente, participativa e democrática, assim como realimentar o processo de planejamento; | | | |
| II – unidade nos conceitos de seus elementos constituintes; | | | |

continua

continuação

| | | | |
|---|--------|----------------|------------|
| III – estrutura básica, passível de aplicação pelas três esferas e de adaptações, acréscimos, segundo peculiaridades de cada uma. | | | |
| Elementos Constitutivos (Portaria MS/GM nº 3.176/2008, art. 6º) | Atende | Atende Parcial | Não Atende |
| I – os objetivos, as diretrizes e as metas do PS; | | | |
| II – as ações e as metas anuais definidas e alcançadas na PAS, inclusive as prioridades indicadas no TCG; | | | |
| III – os recursos orçamentários previstos e executados; | | | |
| IV – as observações específicas relativas a ações programadas; | | | |
| V – a análise da execução da PAS, a partir das ações e metas, tanto daquelas estabelecidas quanto das não previstas; | | | |
| VI – as recomendações para a PAS do ano seguinte e para eventuais ajustes no PS vigente. | | | |
| Estrutura do Relatório (I a V – Portaria MS/GM nº 3.176/2008, art. 7º; VI a VIII – Portaria MS/GM nº 3.332/2006, art. 4º, parágrafo 3º) | Atende | Atende Parcial | Não Atende |
| I – introdução sucinta, com a apresentação de dados e caracterização da esfera de gestão correspondente, ato ou reunião que aprovou o respectivo PS, e registro de compromissos técnico-político necessários, entre os quais o TCG; | | | |
| II – quadro sintético com o demonstrativo do orçamento, a exemplo do que é encaminhado anualmente aos respectivos Tribunais de Contas; | | | |
| III – quadros com os elementos constitutivos do RAG constante do artigo 3º; | | | |
| IV – análise sucinta da execução da PAS feita a partir do conjunto das ações e metas nelas definidas, bem como daquelas não previstas; | | | |
| V – recomendações, descritas também de forma sintética, as quais podem ser relativas à PAS do ano seguinte e aos ajustes necessários no PS vigente ou ao novo; | | | |

continua

continuação

| | | | |
|---|--------|----------------|------------|
| VI – o resultado da apuração dos indicadores; | | | |
| VII – a análise da execução da programação (física e orçamentária/ financeira); | | | |
| VIII – as recomendações julgadas necessárias (como revisão de indicadores, reprogramação, etc.). | | | |
| Metodologia de Análise (I e II – Portaria MS/GM nº 3.332/2006, art. 4º, parágrafos 1º e 2º; III – idem, idem, parágrafo 6º ao 8º) | Atende | Atende Parcial | Não Atende |
| I – os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação (PAS) para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas; | | | |
| II – o Relatório Anual de Gestão deve ser elaborado na conformidade da Programação e indicar, inclusive, as eventuais necessidades de ajustes no Plano de Saúde; | | | |
| III – os Relatórios Anuais de Gestão devem ser insumos básicos para a avaliação do Plano de Saúde, findo o seu período de vigência. Essa avaliação tem por objetivo subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações. Além de contemplar aspectos qualitativos e quantitativos, a referida avaliação envolve também uma análise acerca do processo geral de desenvolvimento do Plano. | | | |
| Prazos (I – Portaria MS/GM nº 3 332/2006, art. 4º, parágrafo 5º; II – Portaria MS/GM nº 3.176/2008, art. 8º, III) | Atende | Atende Parcial | Não Atende |
| I – o Relatório de Gestão deve ser submetido à apreciação e à aprovação do conselho de saúde respectivo até o final do primeiro trimestre do ano subsequente; | | | |
| II – a União, os estados e o Distrito Federal, após apreciação e aprovação do RAG no respectivo CS, encaminharão à Comissão Intergestores Tripartite (CIT), até o dia 31 de maio de cada ano, a resolução que aprova o respectivo RAG. | | | |

ISBN 978-85-334-1854-7



**Ouvidoria do SUS
136**

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

**Conselho Nacional de Saúde
www.conselho.saude.gov.br**



Ministério da
Saúde

