

Magali Geovana Ramlow Campelli

O FINANCIAMENTO DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE
E O CUMPRIMENTO DA EMENDA
CONSTITUCIONAL Nº29

Dissertação apresentada ao Curso de
Pós-Graduação em Saúde Pública, da
Universidade Federal de Santa Catarina,
como requisito para a obtenção do título
de Mestre em Saúde Pública.

Orientadora: Prof^a Maria Cristina Marino Calvo, Dr^a

Florianópolis(SC)

2005

Magali Geovana Ramlow Campelli

**O FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE
E O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº29**

Essa dissertação foi julgada aprovada para a obtenção do grau de **Mestre em Saúde Pública** no Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 05 de dezembro de 2005.

Prof^a. Dr.^a Sandra Caponi
Coordenadora do CPGSP/UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Prof^a. Dr.^a Maria Cristina Marino Calvo
Presidente

Prof. Dr. Gilson de Cássia Marques de Carvalho
Membro externo

Prof. Dr. João Carlos Caetano
Membro interno

Prof. Dr. Flávio Ricardo Liberali Magajewski
Membro externo

Prof. Dr. Sérgio Fernando T. de Freitas
Membro suplente

AGRADECIMENTOS

Expresso minha gratidão, em especial para:

Professora Maria Cristina Calvo, minha orientadora, que sempre dedicou atenção e presteza nos momentos de dúvida.

A Coordenação e professores do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

À Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, pela autorização e incentivo para freqüentar as aulas, e pelo acesso às pessoas e documentos que permitiram em parte a elaboração desta dissertação. Agradecimento especial à Diretora Geral, Carmen Emília Bonfá Zanotto, e ao Superintendente de Gestão Administrativa, Ramon da Silva.

Aos amigos e colegas de trabalho que compartilharam diária e solidariamente com os meus esforços divididos entre o mestrado e o trabalho.

Aos colegas de curso com os quais foram divididas experiências e conhecimentos.

À Secretaria de Estado da Fazenda de Santa Catarina, em especial à Diretoria de Contabilidade Geral.

Aos amigos de coração e familiares, pela compreensão, paciência e apoio dispensados durante a realização do trabalho que foram minha principal fonte de motivação e incentivo.

RESUMO

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow. O Financiamento do Sistema Único de Saúde e o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. 2005. 142f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, UFSC, Florianópolis.

Esta pesquisa tem como objetivo estudar as fontes de financiamento a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde no Brasil, bem como, os impactos advindos com a Emenda constitucional nº 29 editada em 2000, e em particular, no Estado de Santa Catarina. Trata de um estudo descritivo exploratório, baseado em pesquisa documental especializada no campo do financiamento público para elaboração e controle dos orçamentos dos Estados, sobretudo, na área da Saúde. Utilizam-se dados dos orçamentos públicos constantes no SIOPS. O estudo demonstra como o setor saúde mantém-se ao longo desses anos com o novo modelo implantado pela Constituição. Apesar das crises e dos avanços, o SUS vem delineando novas formas de gerenciamento com a descentralização e co-participação de responsabilidades e financiamento dos três entes federativos. O Estudo da Emenda Constitucional nº 29, realizado no período de 2000 a 2003 com a utilização dos dados disponíveis no SIOPS, mostra que a União deve ainda recompor os passivos não aplicados nos anos anteriores. Nos Estados, a maioria ainda não vem cumprindo o mínimo exigido, e, nos Municípios, a emenda não provocou impacto, tendo em vista que esses, no ano de 2000, já aplicavam percentuais superiores a 7% conforme determinado na regra de transição de 2000 a 2004. Em Santa Catarina é analisada a participação do Estado na aplicação da Emenda Constitucional nº 29 com enfoque na alocação dos recursos nos principais programas de Governo na área da saúde. São estudados os orçamentos anuais executados pelo órgão - Secretaria de Estado da Saúde. Constata-se que o Estado cumpriu a EC-29 nos anos de 2000 e 2003 e a alocação dos recursos por programas foi prioritariamente voltada para o programa 111 – Gestão Administrativa, seguida do Programa 355 – Gestão das Ações de Saúde.

Palavras-chaves: Sistema Único de Saúde, Emenda Constitucional nº 29. Financiamento da Saúde.

ABSTRACT

CAMPELLI, Magali Geovana Ramlow. The Financing of the Brazilian Unified Health System and the Compliance of the Constitutional Amendment nº 29. 142 pgs. Masters Thesis (Public Health) – Public Health Graduate Program. Federal University of Santa Catarina (UFSC), Florianópolis.

The objective of this research is to study the sources of financing of the Health System, after the promulgation of the 1988 Brazilian Constitution that created the Brazilian Unified Health System (SUS), as well the effects generated with the Constitutional Amendment nº 29 (EC-29) edited in 2000. It is an exploratory descriptive study, based on research of specific documents on public financing used in the preparation and control of State Health System budgets. The information used was taken from the public health system budget database (SIOPS). The study shows how the health sector maintained itself through the years since the SUS was implemented. In spite of ups and downs, the SUS has established new forms of management with decentralization and sharing of responsibilities and financing by the Brazilian Union, States and Municipal districts. The study done between 2000 and 2003, of the Constitutional Amendment nº 29, shows that the Union has yet to pay the funds not invested in previous years. Most States have not been complying either, investing less than the minimum required. As for the Municipal districts, the Amendment caused no effect, because in 2000 their investments exceeded the 7% required by the transition rule of 2000 to 2004. In Santa Catarina, this research analyses the State's compliance of the Constitutional Amendment nº 29, focusing on its allocation of resources in the main public health programs from 2000 to 2003. It reviews the State Public Health Office annual budgets, showing that the State complied with the EC-29 in 2000 and 2003 with resources first funding Program 111- Administrative Management, followed by Program 355 – Health Action Management.

Key-words: Constitutional Amendment nº 29, Brazilian Unified Health System (SUS), Health Financing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADCT - Ato das Disposições Constitucionais Transitórias
CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS - Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CF/ 88 - Constituição Federal de 1988
CES - Conselho Estadual de Saúde
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
CIT - Comissões Intergestores Tripartite
CSLL - Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas
COFINS - Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social
CPMF -Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CNS – Conselho Nacional de Saúde
DATASUS - Departamento de Informática do SUS
DOE – Diário Oficial do Estado
EC-29 – Emenda Constitucional nº29
FES - Fundo Estadual de Saúde
FMS - Fundo Municipal de Saúde
FNS - Fundo Nacional de Saúde
FUNASA - Fundação Nacional de Saúde
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
GPSM - Gestão Plena do Sistema Municipal
GPAB - Gestão Plena da Atenção Básica
GPABA - Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada
GPSE - Gestão Plena do Sistema Estadual
LOS – Lei Orgânica da Saúde
LOA – Lei Orçamentária Anual
MS – Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Norma Operacional da Assistência

PAB - Piso de Atenção Básica

PIB – Produto Interno Bruto

PEC – Proposta de Emenda Constitucional

PDI – Plano Diretor de Investimentos

PDR – Plano Diretor de Regionalização

PLC – Projeto de Lei Complementar

PPI - Programação Pactuada Integrada

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde

SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS

SIH/SUS - Sistema de Informações Hospitalares do SUS

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SUDS - Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
2 Objetivo Geral.....	12
2.1 Objetivos específicos.....	13
3 Metodologia.....	13
3.1 Processo Metodológico.....	13
3.2. Etapas Metodológicas.....	15
3.2.1 Coleta de dados.....	15
3.2.2 Análise e interpretação dos dados.....	15
4 Revisão Bibliográfica	
4.1 O Sistema Único de Saúde.....	17
4.1.1 O Sistema de saúde no Brasil com o surgimento do SUS..	17
4.1. 1.1 Normas Operacionais.....	20
4.2 O Financiamento do SUS.....	30
4.2.1 As Fontes de Financiamento da Saúde.....	30
4.2.1.1 Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF.....	33
4.2.1.2 A Emenda Constitucional nº29 (EC-29).....	35
Artigo I	
O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 NO BRASIL.....	37
Artigo II	
A PARTICIPAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA NO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91

ANEXO I - Projeto de Lei Complementar nº 1, de 2003.....	95
ANEXO II - Quadro 1: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base de Cálculo - Exercício de 2000. Em reais.....	111
Quadro 2: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base de Cálculo - Exercício de 2001. Em reais.....	112
Quadro 3: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base de Cálculo - Exercício de 2002. Em reais.....	113
Quadro 4: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base de Cálculo - Exercício de 2003. Em reais.....	114
ANEXO III - Emenda Constitucional nº 29.....	115
ANEXO IV - Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, de 08 de Maio de 2003.....	120
ANEXO V - Legislação Citada.....	130

Introdução

A Nação é financiada pela sociedade para administrar e garantir políticas públicas de interesse coletivo. Nesta área, a saúde ocupa uma posição de relevância por ser a expressão maior do direito de proteção à vida. O investimento na saúde pública proporciona retorno econômico, haja vista que ao promover o bem-estar social estimula-se a capacidade criativa e produtiva da sociedade.

O financiamento público da saúde é um dos impasses para o avanço e aperfeiçoamento do Sistema Único de Saúde. O financiamento do SUS deve ser prioridade absoluta, cuja responsabilidade deve ser compartilhada pelas esferas de governo - Federal, Estadual e Municipal. O problema do financiamento da saúde vem sendo discutido há vários anos, inclusive com a participação do Congresso Nacional e do Conselho Nacional de Saúde.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde, de 1986, consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária. As propostas desse movimento sobre as mudanças no Sistema Nacional de Saúde foram sustentadas no capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, promulgada em outubro de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde (SUS).

A criação do Sistema Único de Saúde rompeu com duas lógicas presentes nas políticas de saúde dos trinta anos anteriores, ou seja, promoveu a mudança de um modelo de seguro social para um modelo de seguridade social – permitindo a universalização – e a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população (IVO CARVALHO, 1998).

O financiamento do SUS passou a ser uma responsabilidade comum dos níveis Federal, Estadual e Municipal conforme definido na Constituição Federal de 1988 (CF/88) em seus artigos 195 e 198.

Apesar de o Sistema Único de Saúde constituir um moderno modelo de organização dos serviços de saúde no país, ainda possui uma complexa rede de relações funcionais que se estabelecem entre a construção do conhecimento, a

formulação de políticas e a implementação das práticas no setor saúde. Isto provoca problemas para a construção de um sistema de saúde minimamente coordenado.

A implantação completa desse modelo ainda não foi possível, em virtude das dificuldades de financiamento e de operacionalização das atividades administrativas. Inúmeras discussões estão sendo realizadas nos últimos anos, com o objetivo de aumentar o financiamento na área de saúde, otimizar os limitados recursos financeiros, e proporcionar melhor qualidade de serviços oferecidos.

A saúde nos termos da Constituição, é um direito de todos e um dever do Estado. Em uma época de crise financeira e de endividamento público cabe ao administrador/gestor de saúde compatibilizar a máxima constitucional com as limitações impostas pela escassez de recursos. Em outras palavras, os gestores do sistema único são diariamente desafiados a tomarem decisões de modo a otimizar os poucos recursos disponíveis.

Assim, a boa gestão, o planejamento, a busca pela eficácia, a atualização dos conhecimentos e o constante aperfeiçoamento profissional são condições prévias ao pleno cumprimento dos mandamentos legais, que buscam propiciar ao cidadão a garantia do direito básico de acesso aos serviços de saúde, justificando o tema da pesquisa.

Na revisão bibliográfica sobre o financiamento da saúde no Brasil a pesquisa tem abordagem voltada para os aspectos financeiros. Trata da evolução do financiamento em saúde no Brasil analisando-se as publicações das várias Normas editadas e que, em alguns casos não chegaram a ser implementadas. O destaque é dado para a Emenda Constitucional nº 29 editada em 2000, que trouxe como inovação, a vinculação de recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços de saúde nas esferas de governo.

Para atender esse objetivo, o tema foi dividido em duas partes. Na primeira delas faz-se uma descrição do sistema de saúde após a promulgação da Constituição Federal de 1988 – CF/88 com a implantação do SUS – Sistema

Único de Saúde. Apresenta-se, nesse contexto, a introdução das Normas Operacionais Básicas (NOB) editadas de 1991 a 1996, além das Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002 e portarias subseqüentes de 2003, 2004 e 2005.

Na segunda parte são apontadas as fontes de financiamento da área de saúde do setor público, o surgimento da Contribuição Provisória sobre Movimentações Financeiras (CPMF) e a edição da Emenda Constitucional nº 29, que institui a vinculação de recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

Tendo por base o referencial teórico, foram redigidos dois artigos.

O primeiro artigo se fundamenta no estudo sobre o cumprimento da EC-29 no Brasil, a partir dos dados disponibilizados no banco de dados do SIOPS, no período de 2000 a 2003. Isto permite averiguar quais entes estão cumprindo a referida emenda com destaque às 27 unidades federadas agrupadas por regiões: Norte, Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste e Sul.

O segundo artigo analisa especificamente a participação do Estado de Santa Catarina no Financiamento do Sistema Único no que toca ao cumprimento da EC-29. O estudo está focalizado no Plano Plurianual de 2000 a 2003 e subseqüentes peças orçamentárias, período inicial em que a supracitada emenda foi aprovada e se encontrava dentro das regras de transição. O último ano da transição, 2004, não é abordado por pertencer ao novo Plano Plurianual com vigência de 2004 a 2007. Neste último plano, os programas foram alterados impossibilitando a comparação com os demais programas propostos nos anos de 2000 a 2003. No decorrer deste estudo procura-se, ainda, analisar de que modo os recursos foram alocados dentro dos programas implementados pelas políticas de governo.

2. Objetivo Geral

Avaliar as fontes de financiamento a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988 e os impactos advindos com a Emenda constitucional nº 29 no Brasil, e em particular, no Estado de Santa Catarina.

2.1 Objetivos específicos

a) Analisar as fontes de financiamento correlatas à saúde com a promulgação da Constituição Federal de 1988.

b) Verificar o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil, no período de 2000 a 2003.

c) Verificar o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 em Santa Catarina.

d) Identificar os programas propostos no Plano Plurianual de 2000 a 2003 do Estado de Santa Catarina.

e) Verificar de que modo os recursos do Tesouro Estadual foram alocados dentro dos programas de saúde por meio da execução orçamentária do órgão Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina no período de 2000 a 2003.

3. Metodologia

3.1 Processo Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, baseado em pesquisa documental especializada no campo do financiamento público para elaboração e controle dos orçamentos dos Estados, sobretudo, na área da Saúde. Utilizam-se dados públicos dos orçamentos de governo e da saúde, analisados com vistas ao cumprimento dos pressupostos legais considerados.

As fontes de dados para o estudo constituem-se, em grande parte, por diplomas legais, como a Constituição Federal e a Constituição do Estado de Santa Catarina, Leis, decretos, portarias, normas, instruções normativas e outros, de origem federal e estadual, de âmbito nacional, correlatos ao financiamento do setor saúde. Incluem também documentos formais, tais como balanços e orçamentos publicados, bem como pareceres emitidos pela Secretaria de Estado da Fazenda e Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina. Outra fonte consultada foi o banco de dados do SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde.

A **pesquisa documental** fundamenta-se na averiguação de “documentos, escritos ou não, de primeira mão, isto é, que não se prestaram, ainda, para o embasamento de uma pesquisa; portanto não foram trabalhados. Podem ser retrospectivos ou contemporâneos”(ANDRADE, 1997).

A **pesquisa bibliográfica** é desenvolvida a partir do material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Muitos dos estudos exploratórios podem ser definidos como pesquisa bibliográfica. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas, quase que exclusivamente, a partir de fontes bibliográficas(GIL, 1991, p.48).

A descrição e análise deste estudo compreendem três componentes:

- a) o comportamento do financiamento da saúde após a Constituição Federal de 1988;
- b) o cumprimento da emenda constitucional nº 29 no período de 2000 a 2003; e
- c) a alocação dos recursos próprios do Tesouro do Estado de Santa Catarina nos respectivos programas de governo por meio da execução orçamentária de 2000 a 2003.

Para a análise tomou-se como base o que está determinado na legislação como objeto da Saúde no Brasil a partir do momento em que a Emenda Constitucional nº 29 passou a vigorar.

Foram também identificados e estudados os documentos legais ligados à execução orçamentária, com vistas a verificar até que ponto o executado representou o cumprimento da Emenda Constitucional nº 29. Ainda, foram verificados, por meio da execução orçamentária dos anos de 2000 a 2003, quais programas de governo foram implementados.

3.2. Etapas Metodológicas

3.2.1 Coleta de dados

a) Levantamento bibliográfico sobre as fontes de financiamento que sustentam o setor saúde no Brasil, após a promulgação da Constituição Federal de 1988.

b) Coleta de dados do sistema SIOPS.

c) Levantamento dos diplomas legais publicados no Estados de Santa Catarina, tais como Plano Plurianual, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias do Estado de Santa Catarina.

d) Identificação dos programas propostos no Plano Plurianual do Estado de Santa Catarina e conseqüente execução daqueles que se referem à saúde, no período de 2000 a 2003.

e) Levantamento dos orçamentos específicos da saúde do período de 2000 a 2003.

f) Levantamento dos balanços, balancetes e relatórios de gestão sobre a utilização dos recursos em consonância com a EC-29.

f) Levantamento da execução dos respectivos orçamentos e relatórios de gestão sobre a utilização dos recursos em consonância com a EC-29.

3.2.2 Análise e interpretação dos dados

A análise e interpretação dos dados serão apresentadas em dois artigos: I) O Cumprimento da Emenda Constitucional nº 29 no Brasil; II) A Participação do Estado de Santa Catarina no Financiamento do Sistema Único de Saúde.

No primeiro artigo, a análise toma como base o que está determinado na legislação a partir do momento em que a EC-29 passou a vigorar. São coletados e analisados os dados disponíveis no banco de dados do SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – uma referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

No segundo artigo, que trata da verificação do cumprimento da EC-29 no Estado de Santa Catarina, além da alocação dos recursos próprios nos programas de governo de Santa Catarina por meio da execução orçamentária de 2000 a 2003, são analisados os documentos contábeis e financeiros gerais e de saúde emitidos pela Secretaria de Estado da Fazenda, Secretaria de Estado da Saúde e Tribunal de Contas do Estado. Também são identificados os programas da área da saúde no Plano Plurianual de 2000 a 2003.

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

4.1 O Sistema Único de Saúde - SUS

4.1.1 O Sistema de saúde no Brasil com o surgimento do SUS

A crise econômica dos anos 80 e do início dos anos 90, com sua inflação desenfreada, recessão e crise fiscal, teve um impacto claro na área da saúde. A consequência mais importante desse fato foi a crise financeira e organizacional de grandes proporções na Previdência Social, tradicionalmente a principal fonte de financiamento do sistema público de saúde. Esse impacto foi ainda exacerbado pelos sucessivos planos de estabilização econômica adotados pelo governo brasileiro ao longo desse período e pela posterior pressão imposta pela progressiva abertura da economia brasileira à competição internacional.

A crise econômica e os planos de estabilização que se seguiram levaram à redução da arrecadação do Estado. Com a necessidade de conter o déficit público, o governo impôs a redução das dotações orçamentárias, dificultando, a sua capacidade de financiamento público. O quadro agravou-se com o constante empobrecimento da população, gerando um aumento da demanda por serviços sociais.

As mudanças econômicas e políticas que aconteceram no país naquela década passaram a exigir a substituição do modelo médico-assistencial privatista por um outro modelo de atenção à saúde.

As proposições do movimento da Reforma Sanitária eram voltadas “[...] basicamente à construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor” (COUTTOLENC e ZUCCHI, 1998, p.7). A 8ª Conferência Nacional da Saúde de 1986 consagrou os princípios preconizados pelo Movimento da Reforma Sanitária incorporando tais

proposições na nova Constituição Federal promulgada em outubro de 1988, que criou o Sistema Único de Saúde –SUS.

O Sistema Único de Saúde é, por definição constitucional, um sistema público nacional e de caráter universal, baseado na concepção de saúde como direito de cidadania e nas diretrizes organizativas de: descentralização, com comando único em cada esfera de governo; integralidade do atendimento; e participação da comunidade. A implantação do SUS não é facultativa e as respectivas responsabilidades de seus gestores – federal, estaduais e municipais, não podem ser delegadas. O SUS é uma obrigação legalmente estabelecida. (BRASIL, 2003, p.20)

O capítulo dedicado à saúde na nova Constituição Federal, em seu artigo 196 consagrou que "a saúde é direito de todos e dever do Estado".

Para Ivo Carvalho (1998), as políticas de saúde adotadas nos trinta anos anteriores foram rompidas com a criação do Sistema Único de Saúde que promoveu a mudança de um modelo de seguro social para um modelo de seguridade social e promoveu a mudança do modelo de atenção curativa da saúde para um modelo de atenção integral à população.

A implantação do SUS provocou mudanças na composição dos recursos federais. Segundo Barros (2002), na década de 80, a contribuição de empresas e trabalhadores à Previdência Social proporcionava cerca de 80% desses recursos. Essa proporção se reduziu drasticamente entre 1991 e 1993 para, deixando de ser significativa e passando a ser substituída por um conjunto de contribuições compulsórias sobre o faturamento e o lucro das empresas.

Além das Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990, que passaram a regulamentar o SUS, também foram criadas as Normas Operacionais Básicas (NOBs) e, posteriormente, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS).

Desse modo, novas formas de financiamento e de responsabilidade foram incorporadas às instâncias federal, estadual e municipal. A estrutura da saúde ganhou corpo criando mecanismos de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS com as fases de habilitação de gestão, tanto para os municípios, como para os Estados.

Assim, novas formas de transferências foram sendo implantadas de modo sistemático e automático. Para os municípios houve o aumento da responsabilidade de atendimento na atenção básica definindo o processo de regionalização da assistência. Os estados passaram a ter o papel de mediadores e a União passou a normalizar e financiar as ações de saúde, cabendo o papel de exercer a gestão nacional do SUS.

O processo de descentralização na área da Saúde ganhou contornos mais definitivos na Constituição de 1988 e nas legislações da saúde - Leis 8.080, de 19 de setembro de 1990 e 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essa tendência é apontada em vários dispositivos, como na atribuição ao Município do *status* de ente federado dotado de autonomia (artigos 1º e 18); na determinação de que, nos casos de competências concorrentes, a União limitar-se-á a estabelecer normas gerais; e no estabelecimento de uma nova partilha tributária, que aumentou a participação de Estados e Municípios nos tributos federais e ampliou o poder de tributação dessas instâncias.

No âmbito da Saúde a descentralização definida no artigo 198, I e a participação da comunidade no artigo 198, III passaram a ser diretrizes para a organização do SUS; a competência concorrente das três esferas de governo – cuidar da Saúde e da Assistência Pública (Art. 23, II) – é genérica; apenas o Município, com o qual os cidadãos têm relações mais próximas, freqüentes e imediatas, recebeu a missão específica de prestar serviços de atendimento à saúde da população. À União e ao Estado cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício desse encargo (Art. 30, VII).

No campo da provisão de serviços, os grupos defensores da descentralização apontam a aproximação do poder decisório da população como fator facilitador de definição de prioridades e maior controle, pela sociedade, da qualidade dos serviços e da correta aplicação dos recursos. Além de permitir uma melhor integração entre atividades intersetoriais e entre agências governamentais e não-governamentais (PIOLA, 2004).

Ainda que, como qualquer processo social, a prática, às vezes, rompa os acordos firmados, Oliveira Junior (2005) não receia em afirmar que a situação atual do SUS, tanto em relação à descentralização quanto em relação à democratização do processo de tomada de decisão, é um exemplo bem sucedido de reforma do Estado na área social. Entretanto, ainda persistem alguns problemas ligados à redefinição das responsabilidades das esferas de governo, principalmente nas esferas federal e estadual. Os Estados passaram por uma crise de identidade no período pós-constitucional com a implantação do SUS. Antes exerciam o centro de decisão política no SUDS (Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde), que precedeu ao SUS. Apesar de terem seu novo papel bem definido na Lei 8.080/90, na prática, continuaram, equivocadamente, disputando com os Municípios a gestão dos serviços de saúde, gerando inúmeros embates ao longo dos últimos anos.

4.1.1.1 As Normas Operacionais

A década de 90 foi marcada pela implementação gradativa dos preceitos constitucionais, regulamentados principalmente por meio das Normas Operacionais Básicas do INAMPS, de 1991, e do SUS, de 1993 e 1996. Em cada NOB, novas formas de relação entre os gestores foram sendo introduzidas, bem como novas formas de alocação de recursos no setor. A descentralização da política da saúde aconteceu gradativamente, assim como a descentralização do seu financiamento. A cada novo passo do SUS surgiu uma nova forma de participação dos entes subnacionais e uma nova forma de transferência de receita da União para estes entes (MANSUR, 2001, p.12).

O país teve, com a implantação do SUS, uma política de saúde constitucionalmente definida, implicando, portanto, em mudanças substantivas para sua operacionalização nos campos político-jurídico, político-institucional e técnico-operativo.

Para Almeida, Castro e Vieira (1998, p.6), no plano executivo, ocorreram atos normativos e administrativos com a implantação e operacionalização da política de saúde, particularmente quanto ao seu eixo de descentralização/municipalização. Quanto às alterações institucionais, o INAMPS vinculou-se ao Ministério da Saúde (MS), em março de 1990. No processo de reestruturação do MS, o SUS foi instalado como um Departamento subordinado a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. No mesmo ano, foi criada a Fundação Nacional de Saúde (Funasa) e extintos os Escritórios Regionais do INAMPS e os Serviços Locais de Medicina Social, para se dar início à descentralização das ações de saúde para Estados e Municípios. Contudo, na realidade, o espírito de centralização permaneceu nas novas formas organizacionais. O Ministério da Saúde em junho de 1990, autorizou o INAMPS a implantar o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH/SIA-SUS), por meio da Portaria do Gabinete do Ministro – GM 896, que foi regulamentada pela Resolução INAMPS nº 227, de 27/07/90, para estabelecer um sistema único de informações ambulatoriais e um sistema único de repasses financeiros, adotando-se métodos gerenciais modernos.

O Ministério da Saúde incumbiu o INAMPS pela Portaria GM 1.481, de 31/12/90, de "implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991...", na qual para financiar as atividades ambulatoriais, propôs a criação da Unidade de Cobertura Ambulatorial - UCA; as atividades hospitalares, seriam financiadas com os recursos transferidos na forma de AIH. Definiu recursos para o custeio da máquina administrativa do INAMPS/MS e o custeio de Programas Especiais de Saúde bem como os recursos para investimentos no setor saúde. Essa decisão foi operacionalizada pela Norma Operacional Básica - SUS nº 1, NOB SUS 01/91, que foi aprovada e instituída pela Resolução INAMPS nº 258 de 07/01/91. (ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 1988, p.7)

A primeira Norma Operacional definiu que seriam estabelecidos os aspectos de natureza operacional e aqueles necessários ao gerenciamento dos

serviços e ações de saúde estabelecidos pela Constituição de 1988 nos três níveis de governo, que envolviam o controle, o acompanhamento e a fiscalização da aplicação de recursos.

Sob o argumento correto da inviabilidade conjuntural de regulamentar o artigo 35 da Lei 8.080/90, a NOB 01/91 redefiniu toda a lógica de financiamento e, conseqüentemente, de organização do SUS, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços que permanece, em grande parte vigorando até hoje. Esta norma influenciaria negativamente a organização do SUS, pois na prática este dispositivo descaracterizava “os principais objetivos do SUS, anteriormente relacionados: mudanças nos modelos de gestão e financiamento do sistema e organização do modelo de atenção à saúde” (OLIVEIRA JUNIOR, 2005).

Estados e Municípios passaram a receber por produção de serviços de saúde, nas mesmas tabelas nacionais existentes para o pagamento dos prestadores privados, impondo um modelo voltado para a produção de serviços e avaliado pela quantidade de procedimentos executados, independentemente da qualidade e dos resultados.

Em 1992 foi editada a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB-SUS 01/92, para evitar a descontinuidade de ações e serviços prestados à população, avançar no processo de construção e maturação do SUS e normatizar a organização e operacionalização da assistência à saúde para 1992. Essa Norma “representou na realidade e em última instância, o ‘acordo possível’ naquele momento” (ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 1998, p.6).

Em 1993, outra Norma Operacional Básica buscava um caminho de transição entre o anacrônico sistema implantado pela NOB 01/91 e o que era preconizado na Constituição Federal e nas Leis que a regulamentavam. A NOB-SUS 01/93 criou diferentes fases para habilitação dos Municípios, segundo o tipo de gestão que cada um optasse, cumprindo os pré-requisitos da Lei 8.142/90 (OLIVEIRA JUNIOR, 2005).

A Norma teve como objetivo sistematizar o processo de descentralização da gestão do sistema e serviços, atribuindo níveis de complexidade e responsabilidades distintos para o Governo Federal, para os Estados e para os Municípios. Houve uma alteração no quadro encontrado de 1992 até dezembro de 1994, sendo o eixo central o processo de formulação e implantação da NOB-SUS 01/93, “expressão prática de decisão política da ‘Ousadia de Cumprir a Lei’, ou seja, a Constituição e as Leis do SUS” (ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 1998, p.9).

Naquele momento em que foi implantada esta NOB, a situação dos Municípios era considerada de Município Prestador de Serviço, numa relação de convênio e pagamento por produção, sem poder de interferência nos serviços que não pertenciam à Secretaria Municipal de Saúde e as situações de transição foram estabelecidas em Gestão Incipiente, Gestão Parcial e Gestão Semi-Plena. Para os Estados, as situações de transição foram as de Gestão Parcial e Gestão Semi-Plena. Para a coordenação, gerenciamento e controle deste processo, foram criadas as Comissões Intergestores Bipartite.

Oliveira Junior (2005) destaca vários pontos que demonstram como a NOB-SUS 01/93 não conseguiu superar os obstáculos da descentralização.

1. apesar dos avanços obtidos, o ritmo da descentralização foi muito aquém do esperado;
2. a transferência financeira fundo a fundo ocorreu apenas na área da assistência, não incorporando as demais ações da área de saúde;
3. a avaliação do desempenho dos recursos descentralizados foi realizada apenas no aspecto quantitativo de procedimentos em saúde, não incorporando nenhum componente de avaliação de resultados ou de qualidade;
4. a mudança no modelo de atenção à saúde foi muito pouco expressiva, ficando restrita a experiências isoladas de Municípios, não representando assim o salto de qualidade esperado e necessário para a consolidação do SUS;
5. a existência de uma tabela de pagamento nacional e única limitou propostas mais avançadas de relação com o setor privado complementar, ao

mesmo tempo que impôs limites importantes à reorganização da atenção dentro do próprio setor público.

A NOB 01/96 avança o processo de municipalização do setor saúde e, embora com as dificuldades encontradas, foi implantada no início de 1998. Esta NOB teve como objetivo superar os obstáculos da descentralização da gestão e do financiamento.

A principal característica da NOB 96 é que ela permite o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais necessários por meio das formas de gestão propostas, caracteriza as responsabilidades sanitárias de cada gestor, definindo como principal operador da rede de serviços do SUS o Sistema Municipal de Saúde, permitindo aos usuários ter visibilidade dos responsáveis pelas políticas públicas que determinam o seu estado de saúde e condições de vida. Nesse sentido, a NOB 96 define o campo de atuação do sistema em três componentes: o da assistência à saúde, o das demandas ambientais e o das políticas extra-setoriais, resgatando o princípio constitucional da integralidade e permitindo a construção de um modelo assistencial que incorpora, ao modelo tecnológico clínico dominante, o modelo epidemiológico. (ALMEIDA, CASTRO e VIEIRA, 1998, p.10)

A NOB 01/96 prevê mudanças nas formas de repasses financeiros, buscando resgatar parte dos princípios legais de transferência regular e automática fundo a fundo, mudanças nas modalidades de gestão do SUS e ampliação da autonomia dos Municípios e Estados para a gestão descentralizada (OLIVEIRA JUNIOR, 2005). Esta NOB estabeleceu para os municípios, duas condições de gestão: a Plena da Atenção Básica - GPAB e a Plena do Sistema Municipal – GPSM e para os Estados estabeleceu as condições de gestão: Avançada do Sistema Estadual - GASM e Plena do Sistema Estadual – GPSM.

Além disso, prevê incentivos para a mudança no modelo de atenção à saúde e avaliação dos resultados, isto é, mais que medir o processo de produção de serviços de saúde, a norma evoluiu para medir o impacto das ações de saúde

desenvolvidas. Estes resultados seriam balizados por um conjunto de metas definidas nas Comissões Intergestores Bipartite e negociadas com o Ministério da Saúde. Deste modo, ao final de um período, poderiam ser medidos não só a quantidade de procedimentos, mas os indicadores de resultado tais como os de qualidade da atenção à saúde ofertada.

A NOB 96 propõe, ainda que parcialmente, a passagem direta do fundo nacional aos fundos municipais de saúde de todos os recursos de assistência ambulatorial básica, a partir da criação do PAB (Piso Ambulatorial Básico) a todos os Municípios habilitados na "gestão plena da atenção básica". Rompe-se, pelo menos na atenção básica à saúde, o pagamento por produção de serviços, com repasse de recursos diretamente do fundo nacional aos fundos municipais de saúde.

Assim é criada a gestão plena para Estados e Municípios, em que nesta fase de gestão estes entes passam a responsabilizar-se não apenas pela assistência, como já ocorre na Semi-Plena, mas também pelo conjunto das demais ações ainda não descentralizadas sob responsabilidade da Vigilância Sanitária e da Fundação Nacional de Saúde. A habilitação dos Estados deixa de ser "virtual", assumindo o gestor estadual o seu papel legal no âmbito do SUS, deixando de concorrer com os Municípios pela prestação de serviços de saúde e incorporando a responsabilidade sanitária correspondente ao seu nível de gestão (OLIVEIRA JUNIOR, 2005).

Há uma evidente tensão entre Estados e Municípios, de um lado, e União, de outro. Os primeiros defendem a plena autonomia financeira das instâncias de deliberação, enquanto que a União reluta em transferir os recursos fundo a fundo.

No entendimento de Oliveira Junior (2005), os Estados ao invés de se readequarem às suas novas responsabilidades no SUS, que incluem o apoio técnico à gestão descentralizada, a organização dos sistemas de saúde em nível regional, a avaliação e controle de sistemas municipais de saúde, entre outros, resistiram em municipalizar a gestão dos serviços de saúde, atividade tipicamente municipal. Parte desta resistência deveu-se às dificuldades inerentes à transição,

cuja descentralização significa perda de poder. Contudo, parte importante desta resistência deve-se à tradição clientelista e fisiológica das gestões estaduais em saúde. A União, por sua vez, também não conseguiu alcançar o patamar definido anteriormente como gestão regulatória estratégica por dois motivos:

1) a resistência ao fim da descentralização tutelada, onde a União criava novos critérios e empecilhos para a transferência regular e automática de recursos para a gestão descentralizada;

2) por não conseguir aglutinar e reciclar seu quadro técnico-operacional para a nova missão federal. É visível a perda de competência técnica do Ministério da Saúde ao longo dos últimos anos, contraditoriamente ao seu novo papel no sistema.

O Governo federal editou, no início de 1998, um pacote de novas portarias que modificaram a essência da NOB-96, culminando com a chamada “NOB-98” (NOB-96 modificada).

Na opinião de Carvalho (2002, p.175), as indefinições da NOB-96 não resolvidas e a impossibilidade de os Municípios continuarem a se habilitarem na NOB-93, foram motivos para que novas forças tomassem conta do processo descentralizatório do SUS e modificassem radicalmente a NOB-96. Sob novo comando dos dirigentes e a permanência dos mesmos técnicos, estes e aqueles promoveram o maior processo recentralizatório do SUS, tendo como continuidade a NOAS-2001 (Norma Operacional da Assistência à Saúde). “Nunca se tinha avançado tanto, como a partir da NOB-1993. Nunca se conseguiu regredir tão rapidamente após a NOB-98, chegando aos absurdos na NOAS-2001” (CARVALHO, 2002). Tudo mudou, menos o espírito recentralizador, que teve início na NOB-96, agravou-se na NOB-98 e consagrou-se na NOAS-2001: hoje, os recursos estão todos centralizados e fatiados; os Municípios, para receberem recursos, mesmo estando em plenitude de gestão, têm de se submeter a mais de duas dezenas de formas; regras próprias, recursos financeiros incomunicáveis, decisão centralizada e execução de subalternos descentralizada.

A Portaria 95, de 26 de janeiro de 2001, expedida pelo Gabinete do Ministro da Saúde, aprovou a Norma Operacional da Assistência à Saúde NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de Estados e Municípios (NOAS, 2004).

A NOAS/2001 altera a lógica da organização da assistência à saúde. Esta Norma destaca a necessidade de regionalização da atenção à saúde, como um avanço do processo de descentralização em curso nos últimos anos no setor. É proposto um incentivo aos programas de atenção básica à saúde para garantir a efetividade das ações no âmbito municipal. A NOAS cria o conceito de Atenção Básica Ampliada. Para financiar estes serviços o valor fixo do PAB foi ampliado, permitindo o aumento dos repasses *per capita*. Os serviços obrigatórios são oferecidos dentro do território de cada Município, os gestores municipais precisam garantir o acesso de sua população aos serviços oferecidos regionalmente. Entretanto, o processo de incorporação das novidades trazidas pela NOAS-SUS 01/01 ocorre de maneira lenta e gradual, e ainda está no início (MANSUR, 2001, p.95-96).

A NOAS 2001 foi cancelada, sem ter sido implantada. Depois de mudada e transformada em NOAS 2002 também pouco ou nada ocorreu em sua vigência em 2002. “O que ‘mata’ por inanição o sistema hoje é o desfinanciamento federal e estadual que não precisa de NOBS e NOAS para aumentar, basta se cumprir a emenda constitucional por inteiro”. (CARVALHO, 2003c)

A NOAS-2002 foi aprovada pela Portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002 e, além de estabelecer o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS, além da atualização dos critérios de habilitação (e desabilitação) de Estados e Municípios (CARREIRÃO NETO, 2004).

Entre os objetivos previstos pela regionalização destacam-se: a) Hierarquização dos serviços de saúde; b) Planejamento integrado; c) Garantia de acesso; d) Resolutividade ; e) Racionalização dos recursos.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) Estadual prevê o acesso dos cidadãos o mais próximo possível de suas residências a um conjunto essencial de ações e serviços de saúde, juntamente com o acesso aos serviços necessários à resolução dos problemas de saúde em qualquer nível de atenção, diretamente ou mediante compromisso intergestores.

Dentre as ações e serviços mínimos indicados pelo PDR salientam-se a assistência pré-natal, parto e puerpério; crescimento e desenvolvimento infantil; cobertura universal do esquema preconizado pelo Programa Nacional de Imunização (PNI), para todas as faixas etárias; ações de promoção da saúde e prevenção de doenças; tratamento das intercorrências mais comuns na infância; atendimento de afecções agudas de maior incidência; acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência; tratamento clínico e cirúrgico das pequenas urgências ambulatoriais; tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes; controle das doenças bucais mais comuns e suprimento/dispensa dos medicamentos da Farmácia Básica.

O gradual processo de descentralização das políticas de saúde denota um saldo positivo. Apesar das contingências financeiras e da indefinição de um marco regulatório mais adequado às novas condições de gestão, o processo de descentralização avançou notadamente no que se refere ao aumento progressivo de transferências financeiras automáticas, na ampliação da oferta e cobertura de serviços sob gestão municipal, no incremento e consolidação do processo permanente de negociação e pactuação intergestores com uma maior transparência e democratização na gestão pública dos sistemas de serviços de saúde.

Um dos entendimentos básicos foi de que a descentralização deveria se efetivar de forma negociada e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas. Essas poderiam escolher em qual condição de gestão se

enquadrariam, desde que atendidos os requisitos estabelecidos na norma operacional. Para instrumentalizar e dar continuidade ao processo de negociação, na esfera federal foi instalada a Comissão Intergestores Tripartite – CIT (PIOLA, 2002).

A Comissão Intergestores Tripartite - CIT - é responsável pela definição das linhas gerais para a política nacional de saúde, incluindo a aprovação das Normas Operacionais Básicas do SUS, sendo a mais importante instância de negociação Intergestores na área de saúde, representando um grande avanço na organização setorial e responsabilizando-se por uma descentralização pactuada entre os três níveis de governo, rompendo com a tradição de mando vertical nas políticas de descentralização na área social (OLIVEIRA JUNIOR, 2005).

A CIT é integrada por representantes dos gestores municipais (CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde), estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde) e federal (Ministério da Saúde).

Em cada Estado, passou a funcionar uma Comissão de Intergestores Bipartite – CIB, integrada por representantes dos gestores municipais (COSEMS - Colegiado de Secretários Municipais de Saúde) e estadual (Secretaria Estadual de Saúde). À CIB coube o papel de adequar as normas nacionais às condições específicas de cada Estado e propor medidas reguladoras da relação Estado/Município e Município/Município na implementação do SUS a fim de se alcançar a descentralização na esfera estadual (PIOLA apud LUCHESSI, 1996).

Tais comissões têm o papel de fóruns técnicos de negociação. As decisões nelas pactuadas devem ser referendadas pelos Conselhos de Saúde e pelos gestores do sistema (Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde).

Pelo sistema atual, as relações entre os Estados são mediadas pelo Ministério da Saúde (MS), nos fóruns de negociação, pactuação, articulação e integração representados pelas Comissões Intergestores, a Tripartite (CIT) e as Bipartites (CIB). A Programação Pactuada Integrada - PPI é o principal instrumento de pactuação entre os gestores, incorporando os objetivos, metas,

referências intermunicipais e interestaduais, os recursos financeiros correspondentes definidos nos tetos financeiros por meio dos critérios estabelecidos nas CIBs e CITs e aprovados nos respectivos Conselhos de Saúde (ALMEIDA, 1998, p.10).

O Conselho de Saúde, órgão colegiado com caráter permanente e deliberativo é composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários e atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, e suas decisões requerem a homologação do chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo, conforme previsto no art.1º da Lei 8.142/90 (SANTA CATARINA, 2001).

Aos Conselhos de Saúde de cada esfera de governo cabe deliberar sobre questões macro políticas tais como definição de prioridades, critérios de alocação de recursos, apreciação dos planos de saúde, dos relatórios de gestão entre outros. “Às Comissões Intergestores cabe proceder aos encaminhamentos das questões operacionais do Sistema de Saúde, prestando, necessariamente, contas de seus atos aos Conselhos” (CARVALHO, 2002 p.94).

Para efetivar os princípios constitucionais, foi atribuída ao Conselho Nacional de Saúde a elaboração da proposta de orçamento da saúde que integra o orçamento da Seguridade Social, nos limites da Lei de Diretrizes Orçamentárias, cuja alteração só pode ser feita pelo Congresso Nacional.

Legalmente, todas as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem fazer, trimestralmente, uma audiência pública de prestação de contas no respectivo Legislativo, independente da prestação de contas anual que faz ao Conselho de Saúde. Todo ano os orçamentos e a execução orçamentária na área de saúde devem ser aprovados pelos respectivos conselhos de saúde, nos três níveis de governo (OLIVEIRA JUNIOR, 2005).

4.2 O Financiamento do SUS

4.2.1 As Fontes de Financiamento da Saúde

São três as principais fontes de recursos que permitem o financiamento do SUS, a saber: aqueles oriundos dos tributos e das contribuições federais, os recursos advindos do recolhimento de tributos estaduais e, por fim, a arrecadação proveniente da tributação municipal.

Conforme Barros (2002, p.32), a contribuição de cada esfera de governo ao financiamento do SUS se alterou nos últimos anos, com uma diminuição da parte dos Estados (de 17%-18% do total no início da década de 80 para 13%-15% nos anos 90), aumento na participação dos Municípios (de 8%-9% para 11%-13%) e manutenção da contribuição da União (entre 70% e 75%). A mudança mais significativa ocorrida com a implantação do SUS se deu na composição dos recursos federais. Na década de 80, a contribuição de empresas e trabalhadores à Previdência Social proporcionava cerca de 80% desses recursos. Essa proporção se reduziu drasticamente entre 1991 e 1993 para, a partir de então, não mais representar uma contribuição significativa; ela foi substituída por um conjunto de contribuições compulsórias sobre o faturamento e o lucro das empresas.

No ano de 1993 começou a tramitar no Congresso Nacional uma proposta de Emenda Constitucional, estabelecendo níveis mínimos de gasto em saúde por parte de cada esfera de governo, na proporção de 30% do orçamento da Seguridade Social e 10% dos orçamentos estaduais e municipais. A necessidade de fixar índices decorria da própria previsão constitucional, além do que, no Ato das Disposições Transitórias da CF/88, estabeleceu-se um parâmetro, ao definir que “até que seja aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias, trinta por cento, no mínimo, do orçamento da seguridade social, excluído o seguro desemprego, serão destinados ao setor de saúde” (BRASIL, 1998, p.128).

A expectativa para o exato cumprimento do disposto constitucional era no sentido de que, a cada ano, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) viesse a

estabelecer regras claras sobre a repartição dos recursos entre as três esferas da Seguridade Social.

Ainda para que os recursos financeiros, indispensáveis à realização do comando constitucional não faltassem, principalmente no que se refere à universalidade da cobertura e do atendimento, a própria Constituição indicou as fontes, cuja arrecadação deveria ser suportada por todos contribuintes, para fazer valer o princípio da equidade.

Da mesma forma, nos termos dos artigos 195, *caput* e § 1º e 198, parágrafo único, obrigou a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com suas receitas próprias, a contribuir para o financiamento da seguridade social, mediante dotações orçamentárias.

O financiamento do Sistema Único de Saúde, além dos recursos da seguridade social, seria contemplado também pelo orçamento fiscal da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. A Constituição de 1988, no seu artigo 195, § 2º inovou em proveito do efetivo exercício do dever do Estado para com a saúde, quando estabeleceu que a proposta de orçamento da seguridade social será feita de modo integrado pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência e assistência social, em conformidade com as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias, sendo assegurada a cada área a gestão de seus respectivos recursos.

Em confronto com outros dispositivos constitucionais que estabelecem o modo de elaboração da proposta orçamentária anual, verifica-se que à Seguridade Social, ao Poder Judiciário e ao Ministério Público foi deferida tal prerrogativa, de elaborar a própria proposta orçamentária anual (CF, art. 99, § 1º e art. 127, § 3º). A Constituição garantiu a autonomia administrativa e financeira a estas três entidades para definir “a cada ano, de acordo com os parâmetros constitucionais, o valor necessário para a consecução dos deveres e funções que lhes são atribuídas e que estão no cerne dos deveres do Estado” (DODGE, 1997).

No caso da Seguridade Social a prerrogativa é ainda mais singular quando se percebe que a Lei Orçamentária Anual compreende três orçamentos distintos:

o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo poder público; o orçamento de investimentos das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; e o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público (Constituição Federal, art.165, § 5º).

A única maneira de se fazer cumprir o disposto constitucional, assegurando a realização das ações e serviços, sem interrupção e com eficiência, por meio da regularidade no fluxo das verbas públicas destinadas ao financiamento do SUS. Este fluxo é norteado por alguns princípios, entre os quais se destacam: deve ser suficiente; oportuno, regular e automático; deve ser acompanhado de correção monetária, em caso de atraso; ser proporcional à despesa prevista em cada área constante no orçamento da Seguridade Social (DODGE, 1997).

Para a correta aplicação dos recursos da saúde, a Lei 8.080/90 determina que os recursos financeiros do SUS sejam depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação. Eles devem ser movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde. No plano federal, tanto os originários do orçamento da Seguridade Social, quanto de outros orçamentos da União, ou ainda de outras fontes, devem ser administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde.

Dessa forma, o orçamento da Seguridade Social deve ser o resultante de uma definição preliminar do que for estipulado pelo Conselho Nacional de Saúde, em sintonia com a Lei de Diretrizes Orçamentárias, a ser votada pelo Congresso Nacional. O repasse das verbas deve ser feito de modo regular e automático em dois momentos distintos: o primeiro, entre o órgão arrecadador e o Fundo Nacional de Saúde; e o segundo, entre o Fundo Nacional de Saúde e os entes federativos.

Os fundos estaduais concentram os recursos próprios e os repasses federais que vão custear as ações e serviços de saúde sob gestão estadual. Para custeio das ações de saúde sob sua gestão, os fundos municipais concentram os recursos próprios dos Municípios, acrescidos dos repasses estaduais e federais.

4.2.1.1 Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira - CPMF

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) também perdeu efetividade quando o acordo informal entre os gestores das áreas econômica e previdenciária determinou a suspensão do repasse, para o Ministério da Saúde, de recursos da fonte incidente sobre a folha de salários, arrecadada pelo Ministério da Previdência Social, como estratégia para enfrentamento do déficit previdenciário.

Em função da crise desencadeada a partir dessa decisão política, ganhou corpo novamente o movimento pela vinculação de recursos para a saúde, o que veio a se consubstanciar na Proposta de Emenda Constitucional - PEC 169, restabelecendo a necessidade de definição dos índices anteriormente propostos (30% da arrecadação das Contribuições Sociais da Seguridade Social e 10% dos recursos fiscais da União, Estados e Municípios).

Uma ampliação da PEC 169 ocorreu a partir de 1994, quando o Congresso Nacional passou a apreciar a PEC 32-A, pela qual as receitas provenientes de contribuições incidentes sobre faturamento (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas – CSLL) fossem de forma similar, especializada para a área da saúde.

Diante da oposição das áreas econômicas do Governo, o próprio Ministério da Saúde passou a trabalhar com a hipótese da criação de uma nova contribuição, que incidisse basicamente sobre movimentação financeira. Embora de caráter provisório, tal contribuição poderia assegurar os recursos necessários para a implementação do SUS.

Em 1996 foi aprovada a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF), pela Lei 9.311 de 24 de outubro de 1996, como solução emergencial para suprir as necessidades do financiamento em saúde, sendo até 1998 tal contribuição destinada exclusivamente para arrecadar recursos para ações e serviços de saúde.

Já em 1999, pela sua prorrogação, a alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,10% para a previdência social e 0,08% para o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde

4.2.1.2 A Emenda Constitucional 29 (EC-29)

Outro mecanismo de financiamento ao setor saúde se deu com a aprovação pelo Congresso da EC-29, de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

A EC-29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios são obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Com as alterações propostas pela EC-29, no que tange aos gastos com saúde, destaca-se a nova redação dada ao artigo 198 da Constituição Federal tratando da base de cálculo, além de o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabelecer os percentuais mínimos naquela ocasião.

Os percentuais mínimos, de acordo com os cálculos apresentados na resolução 322 de 08 de maio de 2003 do Conselho Nacional de Saúde (Anexo IV), ficaram definidos como apresentado na tabela abaixo:

Tabela 1 - Percentuais Mínimos de Vinculação Orçamentária para o SUS, conforme o ano e nível de governo, nos termos da EC-29.

PERCENTUAIS MÍNIMOS DE VINCULAÇÃO		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

Para Marques e Mendes⁷ a principal diferença da EC-29, em relação a PEC-169, diz respeito à solução adotada para a esfera federal: como resultado das negociações no Congresso, envolvendo também a área econômica do governo federal. A União foi excluída do dever de alocar percentual das receitas arrecadas, cabendo-lhe assegurar a alocação dos recursos correspondentes ao valor empenhado no ano anterior, corrigido pela variação do Produto Interno Bruto – PIB.

Os Estados ficaram obrigados a alocar 12% das receitas, e os Municípios, 15%, a partir de 2004. Uma regra de transição foi estabelecida para o período de 2000 a 2004, para os ajustes graduais nos orçamentos. Aos Estados e Municípios fixaram-se percentuais crescentes à razão de 20% ao ano, a partir de um patamar de 7% da receita vinculável a ser destinado em 2000. Tais percentuais poderão ser revistos a cada 5 anos por meio de Lei Complementar, instrumento que exige maioria absoluta para a sua aprovação no Congresso conforme determinado na EC-29.

ARTIGO I

O CUMPRIMENTO DA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 NO BRASIL

Resumo : A aprovação pelo Congresso da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29) em 2000, determinou a vinculação, estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde. No período de 2000 a 2004, foi adotada uma regra de transição para que os valores mínimos a serem aplicados passassem por ajustes graduais nos respectivos orçamentos desses entes. O objetivo deste artigo é verificar o cumprimento da EC-29 no Brasil no período de 2000 a 2003 pelos entes federativos. Trata-se de um estudo descritivo exploratório em que são utilizados dados públicos disponíveis no SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. São analisados os valores percentuais aplicados em cada ente federativo e comparados aos valores mínimos previstos para o período de transição da EC-29. Os dados de 2004 ainda não foram divulgados. O estudo apresenta como resultado, no período, uma dívida acumulada com o Sistema Único de Saúde, até 2003, na União de R\$ 1,8 bilhão e nos Estados de R\$ 5,29 bilhões. Em 2000, 59% dos estados cumpriram a EC-29. Em 2001 somente 33% dos estados atingiram as metas. Em 2002, 41% dos estados alcançaram as metas e em 2003 o percentual aumentou para 52% dos estados. Os dados do SIOPS mostraram que a média percentual de aplicação em ações e serviços de saúde nos municípios era muito superior ao mínimo exigido de 7% previsto na Constituição. A média percentual de recursos próprios aplicados pelos municípios ficou em 13,67%, 14,82%, 16,54% e 17,40% para 2000, 2001, 2002 e 2003.

Palavras-chave: Emenda Constitucional nº29, Financiamento, Sistema Único de Saúde.

ARTICLE I

COMPLIANCE WITH CONSTITUTIONAL AMENDMENT Nº 29 IN BRAZIL

Abstract: The approval by the Congress of the Constitutional Amendment nº 29 (EC-29), published in 2000 established the formula and minimal percentages of resources that the Union, Federal District (DF), States, and Municipal districts have to invest in public health. From 2000 to 2004, a transition rule was adopted to gradually adjust their health budgets. The objective of this article is to verify the compliance of the Constitutional Amendment nº 29 by the Brazilian Union, as well as the Federal, States and Municipal districts in the period between 2000 to 2003. This is an exploratory descriptive study. The information used was taken from the public health system budget database (SIOPS). The SIOPS data for the year of 2004 has not been published yet. This study shows that in the period from 2000 to 2003, there was a cumulative deficit with the Brazilian Unified Health System (SUS), of R\$1.8 billion by the Union and of R\$5.29 billion by the States. In 2000, 59% of the States complied the EC-29. In 2001, only 33% complied. In 2002, 41% reached the target and in 2003 the percentage increased to 52%. The SIOPS database showed that the average contribution of municipal districts invested in health reached 13,67%, 14,82%, 16,54% and 17,40% in 2000, 2001, 2002 and 2003 respectively.

Key-words: Constitutional Amendment nº 29, Brazilian Unified Health System (SUS), Health Financing.

Introdução

Uma nova forma de financiar o setor saúde se deu com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 (EC-29), de 13 de setembro de 2000, que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos às ações e serviços públicos de saúde. Antes, a única vinculação constitucional existente era para a área da Educação, com o percentual de 18% de receitas da União e 25% dos Estados e Municípios.

A EC-29 determinou a vinculação e estabeleceu a base de cálculo e os percentuais mínimos de recursos orçamentários que a União, os Estados, Distrito Federal e Municípios seriam obrigados a aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

Com as alterações propostas pela EC-29, no que tange aos gastos com saúde, destaca-se a nova redação dada ao artigo 198 da Constituição Federal tratando da base de cálculo. O parágrafo 3º passou a prever a possibilidade de os percentuais mínimos serem reavaliados, em Lei Complementar, pelo menos a cada cinco anos, a contar da data da promulgação da Emenda. Da mesma forma, o artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabeleceu os percentuais mínimos naquela ocasião.

A EC-29, ou Emenda Constitucional da Saúde, foi criada com o objetivo de evitar a repetição dos problemas que comprometeram o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos 90.

Nesta década não havia um parâmetro legal que obrigasse os Estados, Distrito Federal e Municípios a destinarem recursos próprios para a área de saúde; a economia e as políticas públicas das fontes de financiamento no âmbito da União para financiar o SUS eram instáveis e sempre se adotavam medidas emergenciais e provisórias para fazer frente à falta de recursos para o setor.¹

A EC-29, aprovada, alterou os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescentou um artigo ao Ato das Disposições

Constitucionais Transitórias (ADCT), para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.²

Rezende³ destaca as alterações aprovadas:

1) No art. 34 da Constituição, além da Educação, incluiu-se também a Saúde com a vinculação de percentuais mínimos para a aplicação dessas ações.

2) No art. 35, inciso III, o Estado e a União são autorizados a intervir nos Municípios nos casos de não aplicação do mínimo.

3) O art. 156, § 1º, estabelece a progressividade do IPTU, além da “progressividade no tempo”, também estabelece progressividade em razão do “valor do imóvel”. Desse modo, cada município poderá elaborar a sua Lei Municipal que trata do IPTU, incluindo a progressividade em relação ao valor, a localização e uso do imóvel.

4) O art. 160, parágrafo único, incisos I e II, veda à União reter ou promover restrição à entrega dos recursos atribuídos ao Sistema de Saúde.

5) O art. 167, inciso IV, ressalva a vinculação de receitas de impostos para a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde.

6) O art. 198, §§ 2º e 3º, estabelece a aplicação, anual, de recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

As diretrizes sobre a aplicação da EC-29 foram aprovadas pela Portaria nº 2.047/2002/GM e pela Resolução nº 322, de 08 de maio de 2003 do Conselho Nacional de Saúde.

Os percentuais mínimos para os Estados e Municípios, de acordo com os cálculos apresentados nesta Resolução, representam os valores que devem ser aplicados pelos entes estaduais e municipais durante a regra de transição que foi estabelecida para o período de 2000 a 2004, para permitir os ajustes graduais nos respectivos orçamentos. A partir do ano de 2005, caso não seja aprovada a Lei Complementar, prevalecerão os percentuais de 2004 para Estados, Distrito Federal e Municípios e a variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) para a União.

Tabela 1: Percentuais Mínimos de Vinculação Orçamentária para o SUS, conforme o ano e nível de governo, nos termos da EC-29.

PERCENTUAIS MÍNIMOS DE VINCULAÇÃO		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

À União foi determinado um acréscimo em 2000 de 5% em relação ao valor empenhado no ano anterior (ADCT, art. 77, I, “a”) e para os anos de 2001 a 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB (ADCT, art. 77, I, “b”).

Quanto ao período definitivo, após 2005, a União é o único ente federativo para o qual a EC-29 não definiu uma base vinculável, deixando expressamente a tarefa para a Lei Complementar (CF, art. 198, § 2º, c/c § 3º, IV).

O Distrito Federal tem como base vinculável os percentuais equivalentes aos dos Estados sobre as receitas referidas no art. 198, § 2º, II e III, da CF e no art. 77, II; e percentuais equivalentes aos dos Municípios sobre as fontes de recursos mencionadas no art. 77, III, ambos dos ADCT. Para o período definitivo, corresponderia a mesma lógica, com a revisão dos percentuais que devem ser determinados pela Lei Complementar.

Para os Estados foi fixado o limite mínimo de 12% (doze por cento) ao final de 2004, do produto da arrecadação dos impostos sobre transmissão causa mortis e doação, operações relativas à circulação de mercadorias e sobre propriedade de veículos automotores (art. 155 da CF/88) e dos recursos provenientes de transferências da União de que tratam os artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e

inciso II da CF/88, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Para os Municípios, a Constituição Federal de 1988 fixou o percentual de 15% (quinze por cento) ao final de 2004, do produto da arrecadação dos impostos de propriedade predial e territorial urbana, transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis e impostos sobre serviços de qualquer natureza (art. 156) e dos recursos provenientes das transferências da União e dos Estados de que tratam os arts. 158 e 159, inciso I, alínea *b* e § 3º. Para Estados e Municípios, no ano de 2000, os percentuais foram fixados a partir de um patamar de 7% da receita vinculável.

De acordo com a Constituição, no ano de 2000, nenhum Estado e Município poderia estar aplicando menos do que 7% da receita vinculada. Para os anos de 2001 a 2004, a diferença entre o efetivamente aplicado e os 12% e os 15% para os Estados e Municípios respectivamente estipulados deverá ser reduzida na razão mínima de um quinto ao ano.

As definições legais dadas pela EC-29 constituem importante mecanismo de garantia dos recursos para a saúde. Assim, o cumprimento das exigências deve ser monitorado e avaliado para garantir tais recursos.

Esse estudo tem o objetivo de verificar o cumprimento da EC-29 no Brasil no período de 2000 a 2003, analisando seu cumprimento pelos entes Federativos.

Metodologia

Esse estudo é descritivo exploratório, sendo utilizados dados públicos disponíveis no SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. Esse sistema é uma referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde. São analisados os valores percentuais aplicados pelas diferentes esferas de governo e comparados aos valores mínimos previstos para o período de

transição da EC-29. Os dados do ano de 2004 ainda não foram publicados pelo SIOPS até a elaboração do artigo.

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, “é um sistema de coleta e processamento de dados sobre receitas totais e gastos com ações e serviços públicos de saúde das três esferas de governo”.⁴

As informações contidas no sistema são fornecidas e transmitidas pelas Secretarias Estaduais e Municipais de saúde. Os indicadores são gerados automaticamente pelo sistema e fornecem elementos para a análise do perfil do gasto público com saúde e da capacidade de arrecadação dos Estados e Municípios do Brasil. Deste modo, é possível fazer comparações entre os entes federados.

O SIOPS dispõe de dados desde 1998. A partir de 2002, o seu preenchimento passou a ser semestral, facilitando o acompanhamento da programação e execução orçamentária na área de saúde.

É por este motivo que o sistema também vem sendo utilizado “por pesquisadores da área de planejamento e economia da saúde, tanto como base para a produção acadêmica, quanto para o fortalecimento da capacidade de gestão no campo da saúde”.⁴

O SIOPS é um instrumento para o exercício do controle social para os profissionais de saúde, usuários e demais interessados acompanharem a estrutura de receitas e gastos públicos com saúde. Para aumentar a cobertura do SIOPS nos Estados e Municípios, o Ministério da Saúde vem fortalecendo os Núcleos Estaduais, constituídos normalmente por representantes do governo estadual e municipal, do Ministério Público, do Tribunal de Contas, do DATASUS e dos Conselhos de Saúde Estaduais, que atuam como multiplicadores das informações oferecidas pelo SIOPS, na análise de seus indicadores, no desenvolvimento de estudos, dando suporte aos Municípios para o acompanhamento das contas regionais e locais.

Para tanto, o Ministério da Saúde, promove treinamentos com o objetivo de discutir estratégias de fortalecimento destes Núcleos, a fim de atualizar as

regulamentações da EC-29 e fornecer orientações para utilização do sistema como instrumento de gestão e de preenchimento do SIOPS.

Resultados

Na opinião de Mendes⁵ o problema do financiamento da saúde continua “crônico”. Prova disso é que nas últimas reuniões do ano de 2004 da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Nacional de Saúde (COFIN/CNS) e da Câmara Técnica do SIOPS, foram discutidos e analisados diversos aspectos que integram o campo do financiamento do SUS. Entre estes, destacam-se: o descumprimento da EC-29 pelo governo federal nos anos de 2001, 2002 e 2003; o descumprimento da EC-29 pelos governos estaduais em 2003; o estágio do projeto de Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 1/2003 e o cálculo do PIB de 2003.

Descumprimento da EC-29 pela União

A União não vem cumprindo a EC-29 conforme CF/88, ADCT 77, I, alínea “a”, indicando um montante acumulado que deixou de ser aplicado nos anos de 2001, 2002 e 2003 .

A Tabela 2 mostra que a União deixou de aplicar em saúde, nos anos de 2001 a 2003, um valor acumulado de R\$ 1,8 bilhão diante do previsto pela EC-29. Deve, portanto, o Ministério da Saúde, ao final do ano de 2005, recompor esse passivo para recuperar a aplicação dos gastos não efetuados nas ações de saúde. O valor mínimo a ser aplicado está em conformidade com a segunda diretriz da Resolução 322/2003 do Conselho Nacional de Saúde, estabelecendo que a variação nominal do PIB deve ser aplicada sobre o montante empenhado no ano anterior, se igual ou superior ao mínimo estabelecido pela EC 29; caso contrário, aplica-se o percentual sobre o valor mínimo.

Tabela 2 - Valores mínimos definidos pela EC 29 – Em milhões nominais.

Ano	Valor Mínimo a ser aplicado	Valor Empenhado*	Variação do PIB em %	Diferença
2000	19.271**	20.351		
2001	23.013	22.474	13,083	539
2002	25.050	24.736	8,852	314
2003	28.128	27.181	12,287	947
2001/2002/2003		Déficit Acumulado		1.800

Fonte: MS/SIAFI/SIOPS/IBGE

* Despesas empenhadas com Ações e Serviços Públicos de Saúde pelo MS com a exclusão das despesas com inativos e pensionistas, dívidas e as do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza

** Em 2000, acresceu-se 5%, sobre o valor de R\$ 18.353 milhões, empenhado pelo Ministério da Saúde em 1999.

Descumprimento da EC-29 pelos Estados

Os dados do SIOPS/MS também revelam que os Estados não vêm cumprindo a EC-29 desde a sua edição em 2000, cujo percentual mínimo de aplicação deveria ser de 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências, crescendo gradativamente ano a ano até atingir o percentual de 12% em 2004.

A tabela 3, apresentada a seguir, indica que, no ano de 2000, 11 Estados não cumpriram a Emenda, o que representou um passivo de R\$ 0,88 bilhão.

No ano de 2001, o número de Estados que não cumpriram a Emenda aumentou para 18. Deixaram de ser aplicados em saúde R\$ 1,08 bilhão. Isto representa a diferença entre o mínimo a aplicar, conforme a Emenda, e o efetivamente aplicado.

Em 2002, 16 Estados deixaram de aplicar o percentual mínimo, representando um passivo de R\$ 1,66 bilhão que não foi aplicado na saúde conforme o que estava previsto pela Emenda.

Tabela 3 - Percentual aplicado conforme EC-29, por Região e Estado.

		ANO											
		2000			2001			2002			2003		
Região	UF	Aplicado	Mínimo	Diferença	aplicado	mínimo	diferença	aplicado	mínimo	diferença	aplicado	mínimo	diferença
N	AC	19,11	7,00	12,11	14,80	12,00	2,80	13,89	12,00	1,89	12,96	12,00	0,96
	AM	17,96	7,00	10,96	21,30	12,00	9,30	27,80	12,00	15,80	25,63	12,00	13,63
	PA	7,77	7,00	0,77	8,88	8,62	0,26	9,88	9,45	0,43	14,87	12,00	2,87
	AP	12,36	7,00	5,36	10,35	12,00	-1,65	12,53	12,00	0,53	10,56	10,29	0,27
	RO	7,84	7,00	0,84	10,64	8,67	1,97	9,67	9,50	0,17	10,43	10,33	0,10
	RR	11,39	7,00	4,39	14,20	11,51	2,69	10,14	11,63	-1,49	12,30	11,75	0,55
	TO	8,12	7,00	1,12	12,30	8,90	3,40	11,48	9,66	1,82	11,32	10,43	0,89
	Média		12,08	7,00	-	13,21	10,53	-	13,63	10,89	-	14,01	11,26
NE	AL	6,88	7,00	-0,12	7,96	8,00	-0,04	9,46	9,00	0,46	8,96	10,00	-1,04
	BA	8,32	7,00	1,32	8,83	9,06	-0,23	9,41	9,78	-0,37	10,61	10,51	0,10
	CE	9,69	7,00	2,69	7,51	10,15	-2,64	9,30	10,61	-1,31	9,38	11,07	-1,69
	MA	1,52	7,00	-5,48	1,76	8,00	-6,24	5,51	9,00	-3,49	5,96	10,00	-4,04
	PB	4,41	7,00	-2,59	12,82	8,00	4,82	11,29	9,00	2,29	7,83	10,00	-2,17
	PE	8,13	7,00	1,13	10,94	8,90	2,04	9,20	9,67	-0,47	9,80	10,44	-0,64
	PI	5,03	7,00	-1,97	7,11	8,00	-0,89	6,07	9,00	-2,93	7,35	10,00	-2,65
	RN	12,94	7,00	5,94	11,64	12,00	-0,36	13,30	12,00	1,30	14,15	12,00	2,15
SE	3,34	7,00	-3,66	5,80	8,00	-2,20	8,06	9,00	-0,94	10,07	10,00	0,07	
Média		6,70	7,00	-	8,26	8,90	-	9,07	9,67	-	9,35	10,45	-
CO	DF	9,74	7,00	2,74	8,91	10,41	-1,50	9,82	11,08	-1,26	11,17	11,74	-0,57
	GO	9,72	7,00	2,72	8,78	10,17	-1,39	7,71	10,62	-2,91	9,28	11,07	-1,79
	MT	4,15	7,00	-2,85	6,81	8,00	-1,19	10,53	9,00	1,53	7,65	10,00	-2,35
	Média		6,49	7,00	-	7,71	9,15	-	8,95	9,93	-	9,40	10,70
SE	ES	10,37	7,00	3,37	9,38	10,70	-1,32	9,38	11,01	-1,63	12,43	11,33	1,10
	MG	3,74	7,00	-3,26	6,91	8,00	-1,09	6,35	9,00	-2,65	10,20	10,00	0,20
	RJ	5,41	7,00	-1,59	5,05	8,00	-2,95	5,57	9,00	-3,43	8,04	10,00	-1,96
	SP	7,80	7,00	0,80	8,94	8,64	0,30	10,74	9,48	1,26	12,26	10,32	1,94
Média		6,83	7,00	-	7,57	8,84	-	8,01	9,62	-	10,73	10,41	-
S	PR	2,40	7,00	-4,60	3,70	8,00	-4,30	4,52	9,00	-4,48	6,35	10,00	-3,65
	RS	6,60	7,00	-0,40	7,19	8,00	-0,81	5,14	9,00	-3,86	5,87	10,00	-4,13
	SC	8,77	7,00	1,77	8,43	9,41	-0,98	7,48	10,05	-2,57	10,79	10,69	0,10
Média		5,92	7,00	-	6,44	8,47	-	5,71	9,35	-3,64	7,67	10,23	-
MÉDIA BRASIL		7,99	7,00	-	9,16	9,30	-	9,70	9,98		10,58	10,67	-

Fonte: SIOPS / Nota Técnica 009/2005

Em 2003, 13 Estados deixaram de cumprir o mínimo exigido pela EC-29 o que representa a não aplicação de recursos financeiros na ordem de R\$ 1,67 bilhão. O déficit acumulado até 2003 representa uma dívida de R\$ 5,29 bilhões com o Sistema Único de Saúde.⁶

Comparando-se a média das regiões indicadas na tabela 3, verifica-se que somente a região Norte vem cumprindo regularmente os percentuais mínimos da EC-29. Contudo é crescente o percentual médio de aplicação em ações e serviços de saúde no decorrer do período acima analisado.

A Tabela 4 indica que os Estados deixaram de aplicar neste período R\$ 5,29 bilhões de reais, enquanto que a União deixou de aplicar R\$ 1,8 bilhão de reais. Isto representa um montante de R\$ 7,09 bilhões de reais que o setor saúde deixou de receber nestes anos.

Tabela 4 - Recursos da União e Estados não aplicados em saúde, conforme previsto no texto da EC-29 - em R\$ bilhões

Entes	Valores que deixaram de ser aplicados	Anos
Estados	5,29	2000/2001/2002/2003
União	1,80	2001/2002/2003
Total	7,09	

Fonte: SIOPS/MS/ 2004.

Cumprimento da EC-29 nos municípios

Pela regra de transição os municípios deveriam alocar, em 2000, pelo menos 7% das receitas de impostos, compreendidas as transferências, devendo este percentual gradativamente atingir 15%, em 2004. O cumprimento da EC-29 nos municípios vem sendo uma realidade desde 2000, conforme tabela abaixo.

As informações existentes no SIOPS comprovam que a média percentual de recursos próprios, aplicados por todos os municípios em saúde no ano de 2000, foi de 13,67%. Em 2001 foi de 14,82%; aumentando para 16,54% em 2002, e para 17,40% em 2003. Ou seja, os percentuais são superiores aos mínimos recomendados na CF/88 com a introdução da EC-29, bem como a média por região também ficou acima do mínimo estipulado no período de transição, conforme demonstrado na tabela 5.

Tabela 5 - Média dos percentuais de aplicação dos Municípios segundo Estados. Período: 2000 a 2003.

REGIÃO	UF	2000	2001	2002	2003	Média do período
N	Rondônia	12,31	15,26	17,14	17,21	15,78
	Acre	1,95	5,79	9,86	13,39	8,48
	Amazonas	15,64	16,59	15,25	17,02	16,12
	Roraima	7,70	13,30	13,99	4,38	9,69
	Pará	9,63	12,76	14,11	15,95	13,53
	Amapá	6,08	9,22	12,09	14,84	11,16
	Tocantins	11,01	13,52	15,77	16,52	14,57
	MÉDIA	11,09	13,67	14,64	15,76	14,07
NO	Maranhão	13,44	14,55	15,47	17,37	15,36
	Piauí	5,96	11,22	15,12	15,92	12,61
	Ceará	11,20	14,84	17,40	17,67	15,67
	Rio Grande do Norte	14,09	17,87	17,20	18,75	17,19
	Paraíba	9,19	12,69	12,57	15,27	12,61
	Pernambuco	9,31	11,99	13,16	15,11	12,63
	Alagoas	9,19	12,69	14,97	15,82	13,53
	Sergipe	7,47	10,96	13,07	13,79	11,72
	Bahia	9,79	11,60	14,18	15,16	13,02
MÉDIA	10,10	12,93	14,74	15,97	13,75	
CO	Mato Grosso do Sul	15,75	15,02	16,86	17,33	16,36
	Mato Grosso	14,94	16,67	17,74	17,35	16,83
	Goiás	9,02	11,08	12,87	13,19	11,80
	MÉDIA	12,24	13,53	15,14	15,36	14,27
SE	Minas Gerais	16,39	17,28	17,47	18,97	17,64
	Espírito Santo	10,99	13,07	15,17	15,23	13,82
	Rio de Janeiro	13,02	13,20	16,91	20,00	16,03
	São Paulo	16,02	16,56	18,35	18,29	17,43
	MÉDIA	15,39	15,98	17,82	18,58	17,10
S	Paraná	13,71	14,96	15,94	17,21	15,65
	Santa Catarina	11,46	13,04	15,24	16,21	14,31
	Rio Grande do Sul	12,73	13,31	15,24	15,64	14,43
	MÉDIA	12,81	13,85	15,50	16,32	14,84
MÉDIA DOS MUNICÍPIOS		13,67	14,82	16,54	17,40	15,81

Fonte: SIOPS

Tabela 6 - Percentual de Municípios que cumpriram a EC-29 agrupados por Estados. Período: 2000 a 2003.

Região	UF	2000	2001	2002	2003
Norte	RO	88	79	85	97
	AC	62	55	82	81
	AM	84	62	58	72
	RR	50	46	23	18
	PA	77	65	80	78
	AP	57	38	69	88
	TO	74	56	68	80
Nordeste	MA	82	67	76	84
	PI	76	52	63	72
	CE	80	78	81	88
	RN	93	79	82	90
	PB	79	65	69	83
	PE	78	73	76	93
	AL	82	66	81	85
	SE	72	67	76	81
Centro Oeste	BA	78	62	79	86
	MS	79	61	77	88
	MT	91	67	81	88
Sudeste	GO	75	54	69	76
	MG	92	69	80	88
	ES	79	69	91	82
	RJ	93	82	90	95
Sul	SP	99	79	92	97
	PR	92	53	74	90
	SC	84	59	73	87
	RS	87	55	68	75

A tabela 6 indica o percentual dos municípios que cumpriram a EC-29 em cada estado. Verificou-se que somente os estados de Roraima e do Amapá ficaram com as metas abaixo de 50%. Consta-se que a região sudeste foi a que obteve a maior média de aplicação de recursos próprios em ações e serviços de saúde totalizando 86,06% no período.

De acordo com os dados do SIOPS, em levantamento realizado pelo Ministério da Saúde em 1.500 municípios, no ano de 1998, o percentual destinado à saúde foi de 15% das receitas de impostos e transferências constitucionais. Isso demonstra que, para os municípios, a vinculação de recursos não alterará o quadro do financiamento da saúde.⁶

Tabela 7 - Número de Municípios que não cumpriram a EC-29 em relação ao total informado no SIOPS por ano e em percentual.

Ano	2000	2001	2002	2003	TOTAL
Não cumpriram a EC-29	731	1.825	1.172	691	4.419
Informaram os dados ao SIOPS	5.192	5.269	5.213	4.910	20.584
Percentual	14,08	34,64	22,48	14,07	21,47

Fonte: SIOPS

A tabela 7 indica o número de municípios não cumpriram a EC-29 em relação ao número total informado no SIOPS. Os dados apontam que praticamente mais de 70% (setenta por cento) já vinham cumprindo a EC-29.

A Lei Complementar prevista para regulamentar a EC-29

O Projeto de Lei Complementar (PLC) nº 01/2003, previsto para a regulamentação da EC-29 no Congresso, foi aprovado em dezembro de 2004, por unanimidade pela Comissão da Seguridade Social e Família e pela Comissão de Finanças e Tributação da Câmara dos Deputados.⁸

O projeto define o conceito de ações e serviços de saúde, orienta a alocação, distribuição e controle dos recursos do SUS, de acordo com as necessidades de saúde da população e com os princípios e diretrizes da Universalidade, Equidade, Integralidade, Descentralização, Regionalização e Participação Social. Em abril de 2005, o projeto encontrava-se na Comissão de Constituição e Justiça e de Cidadania para ser votado. É importante destacar que este projeto garante o aumento da contribuição da União, matéria de deliberação na 12ª Conferência Nacional de Saúde que aprovou a vinculação de 10% das receitas correntes brutas da União para a saúde. Isto representa uma aplicação um pouco maior, que o governo federal já atingiu em 1995, e muito menor, que o previsto no ADCT da CF/88, “o mínimo de 30% do Orçamento da Seguridade Social, além dos recursos de impostos das três esferas de governo, caso fosse

cumprido esse dispositivo Constitucional não teriam ocorrido as graves crises na saúde nos anos 90”, conforme preocupação manifestada pela Conferência.⁹

Para Mendes, a aprovação do PLC 01/2003 torna-se imperativa para assegurar o direito social da saúde, sobretudo em uma sociedade com tantas desigualdades como a brasileira. Tal regulamentação, diz ele, “visa propiciar segurança jurídica contra quaisquer arranjos que tornem o direito à saúde vítima dos ajustes orçamentários, como daqueles praticados em governos sem compromisso com o direito à cidadania”.¹⁰

Por sua vez, Rezende considera que a EC-29, juntamente com a Constituição Federal e com as Leis Orgânicas da Saúde – 8.080/90 e 8.142/90 - que regulamentam o Setor Saúde e a Lei 4.320/64 são claras no que tange às responsabilidades e às atribuições dos entes federativos quanto ao financiamento do SUS e a forma de viabilizá-lo. Caso a Lei Complementar não seja aprovada na época oportuna, a própria Emenda prevê que as atuais formas de financiamento não sofrerão mudanças.

O último valor do PIB

O último valor do PIB do ano de 2003, na cifra de R\$ 1.556.182 milhões, foi divulgado pelo IBGE, em 30 de novembro de 2004. A variação nominal do PIB somente é divulgada em meados do ano subsequente, enquanto que a Lei Orçamentária é encaminhada ao Congresso Nacional para aprovação no segundo semestre do ano anterior. Sendo assim, os dados relativos ao PIB de 2005, somente estarão disponíveis no ano de 2006. Isto torna inviável qualquer reajuste orçamentário ao longo de 2004. Portanto, o volume de recursos a ser aplicado na saúde deve sofrer constantes revisões e ajustes em função deste fato nos orçamentos anuais assim que os valores estejam previstos.

Para 2005, em virtude do novo PIB, o valor do Orçamento deve ser revisto pelo Ministério da Saúde, tendo em vista o percentual estimado pela variação do

PIB ser de 10,61% sobre a aplicação mínima exigida pela EC-29. Também devem ser considerados os valores pendentes de aplicação relativos aos anos anteriores.

Tabela 6 : Composição do Produto Interno Bruto a Preço de Mercado Corrente – Brasil: 1999 - 2002 . Valores em milhões de reais.

Ano	Produto Interno Bruto a Preço de Mercado Corrente	Varição Anual** em percentual (%)
1999	973.845	
2000	1.101.255	13,083
2001	1.198.736	8,852
2002	1.346.028	12,287
2003*	1.556.182	15,612

Fonte: IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Contas Nacionais, Contas Regionais do Brasil 1985-2002. ¹¹

* Dado divulgado pelo IBGE em 30 11 2004.

** Dados calculados.

Investimentos na saúde do Brasil a partir do ano de 2000

A Tabela 7 mostra que após a EC-29, os dados dos gastos públicos indicam uma tendência crescente nas aplicações dos recursos em saúde. A despesa por habitante, em 2000, que era de R\$ 201,2 aumentou para R\$ 304,18 em 2003. Isto representou um incremento do Produto Interno Bruto (PIB) em termos percentuais, de 3,09% em 2000 para 3,45% em 2003.

Tabela 7 - Gastos com saúde financiados com recursos próprios e em relação ao percentual do PIB. Em milhões de reais correntes

Ano	União	% PIB	Estados	% PIB	Municípios	% PIB	Total	Total
2000	20.351	1,85%	6.313	0,57%	7.404	0,67%	34.069	3,09%
2001	22.474	1,87%	8.270	0,69%	9.269	0,77%	40.013	3,33%
2002	24.737	1,87%	10.309	0,76%	11.759	0,89%	46.805	3,52%
2003	27.181	1,75%	12.224	0,79%	14.219	0,91%	56.624	3,45%

Fonte: Ministério da Saúde / SIOPS/ Nota Técnica 10/2004 e 09/2005

Reverendo os dados do SIOPS, o Brasil investiu em 2003, R\$ 56,6 bilhões em ações de saúde, sendo R\$ 27,2 bilhões com recursos da União, representando 48% do total de recursos aplicados conforme tabela acima.

A participação da União no financiamento da Saúde após a EC-29 vem reduzindo seu tamanho relativo. Em termos percentuais, em 2000, a participação era de 59,8%; em 2001 de 56,2%, em 2002 de 53,1% e em 2003 de 48%. Constata-se que, se de um lado há uma diminuição da participação da União, por outro, há o conseqüente aumento relativo dos gastos em saúde para os Estados e Municípios.

Discussões

Para Mendes e Marques⁷, a aprovação da EC-29 levou a que muitos festejassem o início de um período próspero de recursos para o SUS. Entretanto, segundo os autores, a EC-29 “não chega a resolver o problema da insuficiência de recursos da área e tampouco sua relação com as diversas fontes da Seguridade”. A EC-29 introduziu uma inovação ao vincular recursos para o financiamento da saúde, pois define o quanto das receitas resultantes de impostos e transferências constitucionais dos estados e municípios deve ser destinado para a área. Quanto à União, não ficou explícita, contudo, a origem dos recursos. Ficou fixado que do total do montante empenhado em ações e serviços de saúde do ano anterior acrescentar-se-ia a variação nominal do PIB. Desse modo, a Emenda ao garantir vinculação somente para os recursos provenientes de impostos dos Estados e Municípios, suscita muita dúvida e incerteza em relação aos rumos do financiamento da saúde.

Reconhecem, contudo, estes mesmos autores que, considerando que a maioria dos Estados vinha destinando apenas 6% de suas receitas de impostos e transferências constitucionais para saúde, de fato a EC-29 ampliou a participação destes entes.

Já no que se refere às contribuições da Seguridade Social (Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social - COFINS e Contribuição Sobre o Lucro Líquido – CSLL), a EC-29 é omissa, destacam Mendes e Marques. Desde que a Previdência deixou de partilhar as contribuições sobre a folha de pagamento com as áreas da Assistência Social e da Saúde, o SUS passou a depender, cada vez mais, do Tesouro Nacional e de negociações junto à esfera federal. A Previdência, nos anos seguintes, além de absorver a totalidade das contribuições sobre folha, avançou sobre as demais fontes da Seguridade. Entre 1996 e 1999, a participação no uso dos recursos da COFINS e da CSLL para a Previdência aumentou de 29,09% para 33,61%. Isso aguçou a disputa entre as áreas e determinou a criação da CPMF, que foi utilizada para reduzir a participação dessas contribuições no financiamento da saúde, o que significou uma queda de 40,5% para 26,8% e de 21,1% para 12,9%, respectivamente. Isso foi possível porque “o governo federal obteve poder de alocação de 20% da receita da Seguridade mediante o Fundo de Estabilização Fiscal (hoje Desvinculação dos Recursos da União, e antes chamado de Fundo Social de Emergência)”. As reduções gradativas da participação da COFINS e a CSLL no financiamento da saúde e o fato de a EC-29 não fazer menção sobre tais contribuições levam a crer que o governo federal pretende financiar a saúde somente com impostos.⁷

Apesar desta crítica, destaque-se que a EC-29 apresenta, para o setor saúde, aspectos importantes que não foram, até então, devidamente valorizados, segundo Rezende:³

1) Eleva a vinculação de receita orçamentária com gastos na Saúde à categoria de “princípio constitucional”.

2) A constitucionalização da progressividade do IPTU, considerado a principal fonte de arrecadação municipal, pelo valor e a localização do imóvel.

3) A constitucionalização do Fundo de Saúde, assegurando que todos os recursos destinados à saúde devem ser geridos por meio dele.

4) A constitucionalização do controle social do SUS, por meio do Conselho de Saúde, que também estava previsto apenas em Lei.

Nos Estados, o descumprimento vem sendo uma constante a cada ano. Merece enfatizar o fato de algumas unidades federadas não terem cumprido a Emenda em todos esses anos.

O que ocorre, segundo entendimento do Conasems, é um embate entre a União, os Estados e os Municípios, em busca de uma definição que estabeleça o montante que cada ente federado deve contribuir no financiamento do SUS. Paralelo a esta situação, os Estados procuram redefinir o conceito de saúde para, assim procedendo, diminuir os recursos comprometidos com o setor.

Por se tratar de matéria constitucional, garantida pela Carta Magna como um direito fundamental, a questão da saúde não pode ficar sujeita às disputas e divergências entre esferas da administração pública, cabendo ao Ministério Público zelar pela sua proteção, conforme atribuição que lhe é concedida pelos artigos 127 e 129 da CF/88. Não há dúvida que tal fato representa ofensa à Constituição Federal de 1988 (especialmente aos artigos 198, § 2º e ADCT, 77, I, alínea a - Emenda Constitucional nº 29), prejudicando a saúde financeira do SUS. Apesar de já existirem parâmetros claros e acordados entre o Ministério da Saúde, os Estados e seus Tribunais de Contas sobre o que seria incluído como despesas de ações e serviços de saúde, nos termos da Portaria nº 2.047/2002/GM e Resolução nº 322/03 do CNS, cabe salientar que dentre os Estados que indicaram o cumprimento da EC-29 nos anos mencionados, alguns incluíram gastos considerados alheios à saúde, tais como as despesas com inativos, empresas de saneamento, habitação urbana, recursos hídricos, merenda escolar, programas de alimentação, hospitais de clientela fechada, para atingirem as metas de aplicação. É importante, que o conteúdo das despesas com ações e serviços de saúde incluída em cada Estado seja verificado e avaliado a partir de um padrão comum, que sirva para o conjunto dos entes federados.¹²

Com a edição da EC-29, os gastos com inativos, por serem de natureza previdenciária com os servidores públicos, passaram a ser excluídos do cálculo que compõe a base de gastos com ações e serviços públicos de saúde de caráter universal. Igual raciocínio se aplica nos casos de despesas com a dívida pública e

precatórios. É interessante ressaltar que as “ações e serviços públicos de saúde não podem ser confundidos de forma oportunista com todas as outras ações e serviços públicos, próprios de outros setores, que promovam a qualidade de vida e saúde da população”.³

Para finalizar a abordagem sobre os aspectos que envolvem a efetiva aplicação da EC-29, torna-se necessário fazer uma referência do papel a ser desempenhado pelo controle social na efetivação deste disposto constitucional, que é, apesar de todas as dificuldades, o melhor caminho para a consolidação do Sistema Único de Saúde.

As considerações de Rezende também apontam para esta direção, ao destacar que é necessário “apostar na capacidade de organização dos Conselheiros de Saúde das três esferas de gestão do SUS”, investindo na capacitação de seus agentes, criando redes de informações e de troca de experiências. Tais iniciativas são determinantes para que “os recursos mínimos para a saúde previstos na EC-29 sejam realmente assegurados nas leis orçamentárias, para que sejam empenhados em tempo hábil, sem contingenciamentos e sejam executados. Os Conselhos de Saúde têm agora referência de valores financeiros para aprovarem ou não as prestações de contas do SUS”.³

Conclusão

A obrigatoriedade das contrapartidas de recursos próprios de cada esfera na aplicação em ações e serviços de saúde aconteceu com a aprovação da Emenda Constitucional nº 29 . O texto passou a assegurar a co-participação da União, Estados e Municípios no financiamento da saúde.

Foram avaliadas as unidades federativas do Brasil no período de 2000 a 2003. O estudo teve como resultado a evolução do alcance das metas percentuais propostas pela EC-29. Observou-se que em 2000, 59% dos estados atingiram as metas: 7 no Norte, 4 no Nordeste, 2 no Sudeste, 1 no Sul, e 2 no Centro-Oeste. Em 2001 houve redução para 33% dos estados no cumprimento

das metas: 6 do Norte, 2 no Nordeste, e 1 no Sudeste. Em 2002, 41% dos estados alcançaram as metas: 6 no Norte, 3 no Nordeste, 1 no Sudeste, e 1 no Centro-Oeste. Em 2003, 52% dos estados atingiram as metas: 7 no Norte, 3 no Nordeste, 3 no Sudeste e 1 no Sul.

Essa análise permitiu constatar que a maioria dos estados brasileiros ainda não cumpre os percentuais mínimos previstos na EC-29.

Os Estados deixaram de aplicar neste período, R\$ 5,29 bilhões, enquanto que, a União deixou de aplicar R\$ 1,8 bilhão, o que representa um montante de R\$ 7,09 bilhões que o setor saúde perdeu nestes anos.

A situação dos Municípios pelos dados apontados pelo SIOPS não interfere no cumprimento da EC-29, o que quer dizer que com a implantação da Emenda em 2000, a média percentual de aplicação em ações de saúde era muito superior ao mínimo constitucional de 7% ao ano.

Deve, portanto, o Ministério Público fazer valer a referendada Emenda e exigir que os entes recuperem os valores não investidos em saúde daqui por diante. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos fixados na CF/88 estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que vão desde retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União, além da cassação de mandatos.

Notou-se também, que a participação relativa da União, na composição dos gastos próprios em saúde, vem reduzindo gradativamente. Em 2003, este percentual ficou abaixo de 50%, invertendo toda a composição do financiamento. Mais responsabilidades e aportes financeiros ficaram sob a égide dos Estados e Municípios.

Diante dos dados coletados, percebe-se com clareza a necessidade de que a vinculação constitucional de receita orçamentária dos entes federativos brasileiros para gastos obrigatórios em ações e serviços de saúde seja não só mantida, mas urgentemente regulamentada, pois ela significa a garantia material do direito à saúde, como definiu o Conasems.¹²

Destaque-se que a EC-29 assegura apenas os recursos mínimos, cabendo, portanto aos gestores públicos aperfeiçoarem as leis orçamentárias. Em resumo, há de se ter vontade política para efetivamente priorizar a saúde. A necessidade de mais recursos financeiros para o Setor Saúde no Brasil já está comprovada atualmente. O que falta é governo federal sensível a esta questão. A regulamentação do Governo pode significar ganho de tempo para se criar mecanismos de redução dos valores a serem gastos com Saúde.

Na União, os orçamentos devem ser reavaliados periodicamente, em função de que o PIB somente é divulgado no ano seguinte ao da lei orçamentária aprovada. Não obstante, Estados e Municípios devem acompanhar a evolução das receitas provenientes dos impostos vinculados à base de cálculo para apuração do valor a ser aplicado em saúde em conformidade com os artigos da CF/88.

Tais acompanhamentos permitem realizar revisões para os ajustes orçamentários, promovendo assim viabilidade de cumprimento da EC-29.

Carvalho, por sua vez, salienta que a saúde pública expandiu-se claramente no período pós constitucional, crescendo em quantidade e qualidade e incluiu milhões de brasileiros na atenção básica e especializada. No entanto, a saúde tem uma capacidade limitada para suprir as demandas e prestar um serviço com qualidade. Daí a preocupação com o fim da vinculação orçamentária de recursos, o que representaria uma considerável diminuição de aportes financeiros para a saúde. Da mesma forma, o autor levanta um aspecto importante para o fortalecimento do setor de saúde, quando frisa que o PLC que regulamenta a EC-29 amplia o conceito de ações e serviços de saúde, desconsiderando-se aquilo que está na lei 8.080/90, ao colocar como ações de saúde uma série de outras atividades não típicas de saúde.

O alerta de Carvalho merece ser analisado e debatido: se o conceito de ações de saúde for ampliado significa que a saúde não terá mais dinheiro, mas, mais obrigações a serem pagas com os mesmos recursos disponíveis. As despesas de políticas públicas relacionadas a condicionantes e determinantes da

saúde, que não são específicas de saúde, tais como, bolsa alimentação, fome zero, saneamento ou merenda escolar, passariam a ser pagas com os recursos destinados à saúde.¹³

Em defesa do PLC, quatro entidades ligadas à reforma sanitária brasileira (CEBES, ABRASCO, REDE UNIDA e ABRES) divulgaram em 31 de agosto de 2004 manifesto sobre a necessidade da votação urgente do PLC 01/03, que regulamenta a EC-29.⁹

Um argumento central destas organizações comprometidas com a saúde como direito fundamental é que a vinculação orçamentária visa ao comprometimento de financiamento estável, e possibilita o planejamento dos gastos e a prevenção de crises e insolvências, em nome da preservação da saúde e da vida de muitos milhões de pessoas.

O desfinanciamento do SUS, por outro lado, é apontado como causa direta que impede a efetivação do novo modelo de atenção e gestão à saúde, com base nos princípios e diretrizes da Universalidade, Eqüidade e Integralidade.

Em relação à votação do PLC, argumenta que ele incorpora todas as postulações aprovadas na 12ª Conferência Nacional de Saúde, na Plenária Nacional de Conselheiros de Saúde e no Conselho Nacional de Saúde, em especial, a resolução nº 322/03.

Por fim, considera que o projeto não só garante o compromisso da União, expresso em 10% da Receita Corrente Bruta, o que representa pouco mais do que o montante que a União aportou em 1995, e muito menos que o previsto na Constituição Federal em 1988.

O debate, mais uma vez, está aberto. As divergências, entretanto, não devem servir para distanciar, mas para produzir o consenso entre todos aqueles que propugnam pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde.

Referências

1-BRASIL. **Para entender a gestão do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2003, 248 p.

2-BRASIL. Constituição da República Federativa: 1988 – texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas emendas Constitucionais de nº 1, de 1992 a 32, de 2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6 de 1994. 17. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2001.

3-REZENDE, Conceição. Nota Técnica: **A Implementação da Emenda Constitucional 29 (Emenda da Saúde)**. Disponível em:

<<http://www.pt.org.br/assessor/16-01-2001%20-%20Implementação%20da%20EC%2029.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2005.

4-SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde. **Afinal, o que é o SIOPS**. Fev. de 2004. Disponível em:

<<http://siops.datasus.gov.br/Documentacao/Boletim%20SIOPS3.pdf>>. Acesso em: 18 mar. 2005.

5-MENDES, Áquilas. **Um pouco de estória do financiamento na saúde**.

Disponível em:

<<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=294&codPagina=1272>>. Acesso em: 18 mar. 2005.

6 -NOTA TÉCNICA SIOPS 009/2005. Disponível em:

<<http://siops.datasus.gov.br>>. Acesso em: 15 set. 2005.

7 -MARQUES, Rosa Maria & MENDES, Áquilas. **Novas incertezas sobre o financiamento da saúde**. São Paulo: Gazeta Mercantil, 13 de setembro de 2000.

Disponível em: <http://www.idisa.org.br/lista_not.cfm?id_noticia=277 >. Acesso em: 17 mar. 2005.

8 – NOTA TÉCNICA 29/2004 do CONASS. Anexo 5. Projeto de Lei Complementar nº1, de 2003. Disponível em: <http://www.conass.com.br/admin/arquivos/29.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2005.

9 -COLETÂNIA RADIS 20 ANOS. **Reflexões Atualizadas sobre a Urgência da Tramitação do Projeto de Lei Complementar da EC-29**. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/27-web-01.html> >. Acesso em : 19 mar. 2005.

10-MENDES, Aquilas. **O financiamento da saúde que se mostra por dentro e se esconde por fora** . Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=11&codPagina=2062>> Acesso em : 28 mar. 2005.

11-IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Diretoria de Pesquisas.Coordenação de Contas Nacionais. Contas Nacionais. número 13.Contas Regionais do Brasil 2002, p. 24.

12-CONASEMS. Conselho Nacional de Secretários Municipais. **Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29**. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=37&codPagina=62> >. Acesso em: 17 mar. 2005.

13-CARVALHO, Gilson. **O Governo do PT e a Desvinculação dos Recursos da Saúde e Educação**. Disponível em: <<http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=11&codPagina=1185> >. Acesso em: 18 de mar. 2005.

ARTIGO II

A PARTICIPAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA NO FINANCIAMENTO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Resumo: Artigo sobre análise da destinação orçamentária em saúde no Estado de Santa Catarina. O referencial de estudo está fundamentado nos princípios do planejamento público, na elaboração e execução orçamentária na área da saúde. Este artigo tem como objetivo verificar o cumprimento da Emenda Constitucional nº29 no Estado de Santa Catarina no período de 2000 a 2003 e de que forma foram alocados os recursos provenientes do Tesouro nos programas de governo propostos no correspondente Plano Plurianual. Trata-se de um estudo descritivo exploratório, baseado em pesquisa documental de elaboração e controle dos orçamentos do Estado de Santa Catarina na área da Saúde. Os dados são analisados, a partir da execução dos orçamentos da Secretaria de Estado da Saúde. No período analisado, foi constatado que o Estado de Santa Catarina cumpriu a EC-29 nos anos de 2000 e 2003 e a alocação dos recursos por programas foi prioritariamente voltada para o programa 111– Gestão Administrativa, seguida do Programa 355 – Gestão das Ações de Saúde.

Palavras-chave: Emenda Constitucional nº29, Alocação Orçamentária, Programas de governo.

ARTICLE II

SANTA CATARINA STATE'S PARTICIPATION IN THE FINANCING OF THE BRAZILIAN UNIFIED HEALTH SYSTEM

Abstract: Article about analysis of budget allocation in health in the state of Santa Catarina. The study is based on public planning principles, in the elaboration and execution of the budget in the health area. This article aims to verify compliance with the Constitutional Amendment nº 29 in Santa Catarina from 2000 to 2003, and in which manner the State's resources were invested in public health programs proposed in its multiannual plan. It is an exploratory descriptive study, based on research of specific documents on public financing used in the preparation and control of State Health System budgets. The execution of the State's annual budgets were analyzed and showed that the State complied with the EC-29 in 2000 and 2003 with resources first funding Program 111- Administrative Management, followed by Program 355 – Health Action Management.

Key-words: Constitutional Amendment nº 29, Budget Allocation, Public Health Programs.

Introdução

O financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos níveis Federal, Estadual e Municipal definido pela Constituição Federal de 1988 (CF/88) em seus artigos 195 e 198. A Lei 8.142/90, que trata da alocação dos recursos, estipula a contrapartida de recursos para a saúde nos orçamentos dos Municípios e dos Estados como requisito para receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde.

Essa contrapartida foi regulamentada, em valores percentuais mínimos, na Emenda Constitucional 29 (EC-29), de setembro de 2000 que alterou os art. 34, 35, 156, 160, 167, e 198 da Constituição Federal e acrescentou o art. 77 ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT.

A EC-29 estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos para as ações e serviços públicos de saúde nos três níveis de governo. O artigo 77 do ADCT estabeleceu os percentuais mínimos na ocasião. Uma regra de transição foi estabelecida para o período de 2000 a 2004, para os ajustes graduais nos orçamentos. Para Estados e Municípios fixou-se percentuais crescentes à razão de 20% ao ano, a partir de um patamar de 7% da receita vinculável a ser destinado em 2000.

Os Estados ficaram obrigados a alocar no mínimo 12% das receitas em ações e serviços de saúde a partir de 2004. As diretrizes sobre a aplicação dessa Emenda foram aprovadas pela Portaria nº 2.047/2002/GM e pela resolução nº 322, de 08 de maio de 2003 do Conselho Nacional de Saúde.

O presente estudo analisa a participação do Estado de Santa Catarina no financiamento do setor saúde e os programas implementados pelas políticas de governo nessa área, formalizadas no Plano Plurianual.

Ao Estado de Santa Catarina compete, como gestor do SUS, por meio da Secretaria de Estado da Saúde, coordenar, planejar e avaliar as ações de saúde no âmbito estadual e executar apenas as ações que os municípios não forem capazes de desenvolver e ou que não lhes couber. Cabe ainda ao Estado

promover o desenvolvimento das ações e corrigir as distorções existentes entre os municípios.¹

O estudo está delimitado no período de 2000 a 2003 e terá como base o Plano Plurianual do respectivo período onde são estabelecidas as prioridades para os quatro anos de mandato de governo.

Esta pesquisa tem como objetivo responder as seguintes questões:

O Governo do Estado de Santa Catarina cumpriu a Emenda Constitucional 29 no período de 2000 a 2003?

De que modo os recursos estaduais foram aplicados nos principais programas de saúde?

A Lei Estadual nº 11.357, de 27 de janeiro de 2000, aprovou o Plano Plurianual - PPA para o quadriênio 2000/2003. Deste Plano, foram extraídos os programas pertencentes à área da saúde conforme especificados no quadro 1.

Quando o Plano Plurianual de 2000 a 2003 foi elaborado, a Secretaria de Estado de Saúde – SES - administrava 17 unidades próprias de saúde, além da Policlínica de Referência Regional de Florianópolis, mais as unidades que prestavam serviços de ações básicas de saúde por meio da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Laboratório Central de Saúde Pública, Laboratório Industrial Farmacêutico de Santa Catarina e Diretoria de Medicamentos Básicos. Subordinadas à SES, estavam as dezoito regionais de saúde, organizadas em oito macrorregiões.

No Estado de Santa Catarina, a norma que estabelece limites mínimos de aplicação de recursos nas ações e serviços públicos de saúde é a Emenda Constitucional Estadual nº 20, editada em 21/12/1999, que traz dispositivos semelhantes aos previstos na Emenda Constitucional Federal nº 29, ajustados às peculiaridades do Estado.

Tanto a Emenda Constitucional Federal como a Estadual prevêm que os recursos dos Estados e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade sejam aplicados por meio de Fundo de Saúde.

Quadro 1 - Programas da Área da Saúde.

PROGRAMA	OBJETIVOS
Programa 111 Gestão Administrativa	Manter e gerir a estrutura administrativa do Estado, visando a ampliação e o aprimoramento dos serviços prestados a sociedade.
Programa 138 A primeira Chance	Este programa de governo teve seus valores orçados a partir de 2001. Objetiva assegurar ao estudante a primeira oportunidade de trabalho, por meio da aplicação prática dos conhecimentos teóricos inerentes a sua área de formação. ²
Programa 351 Regionalização da Saúde	Estruturar e organizar as macrorregiões, visando a assegurar suficiências tecnológicas para o atendimento da população dessas regiões.
Programa 352 Agenda Catarinense de Saúde	Informar à população catarinense, tendo como base de agregação o município, os principais problemas por faixa etária, formas de prevenção e os serviços disponíveis.
Programa 353 Adequação Física e Técnica de Unidades de Saúde Próprias	Construir, ampliar, reformar e equipar as unidades de saúde da SES, visando a atender a demanda de serviços do Sistema Único de Saúde.
Programa 354 Regionalização dos Investimentos da Saúde	Alocar os recursos orçamentários e financeiros de acordo com as necessidades de cada município, elevando a qualidade do atendimento da saúde à população.
Programa 355 Gestão das Ações de Saúde	Dotar o Setor Saúde com uma estrutura técnica capaz de possibilitar um bom desempenho das suas atividades finalísticas.
Programa 356: Assistência Ambulatorial e Ações Básicas de Saúde.	Prevenir, controlar e tratar agravos da população através de campanhas de vacinação, medicamentos básicos, exames laboratoriais e assistência social.
Programa 357: Assistência Hospitalar	Prestar assistência médico hospitalar à população
Programa 358: Gestão Compartilhada na Saúde	Implantação do PAB Estadual, através da gestão compartilhada com incentivo aos municípios a investirem em ações de promoção à saúde.

A SES também mantinha hospitais conveniados com as entidades abaixo relacionadas:

Quadro 2 - Unidades hospitalares do Governo do Estado que se encontravam conveniadas com associações civis sem fins lucrativos

Hospital *	Município	Entidade Mantenedora
Hospital São Paulo	Xanxerê	Associação Educacional e Caritativa
Hospital Regional Hélio Anjos Ortiz	Curitibanos	Fundação Hospitalar de Curitibanos
Hospital Regional de Araranguá Deputado Afonso Ghizzo	Araranguá	Fundação Educacional de Criciúma
Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen	Itajaí	Instituto das Pequenas das Missionárias Maria Imaculada
Consórcio Regional de Saúde do Hospital Lenoir Vargas Ferreira	Chapecó	Consórcio Regional de Saúde de Chapecó
Hospital Regional Senhor Bom Jesus	Araquari	Associação Menino Deus

2 Metodologia

Esse é um estudo descritivo exploratório, baseado em pesquisa documental de elaboração e controle dos orçamentos do Estado de Santa Catarina na área da Saúde. São utilizados para estudo os dados dos orçamentos aprovados e executados pelo setor saúde em consonância com a edição da Emenda constitucional nº 29 em 2000.

Os dispositivos constitucionais que cuidam do planejamento público foram ampliados e aprimorados com a Constituição Federal de 1988 – CF/88. De acordo com o artigo 165 da CF/88, compõem o planejamento público as Leis que dispõem sobre o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

As fontes de dados para o estudo constituem-se, em grande parte, por diplomas legais, como as Constituições Federal e Estadual, Leis, decretos, portarias, normas, instruções normativas e outros, de origem federal e estadual, de âmbito nacional, correlatos ao financiamento do setor saúde. Incluem também documentos formais, tais como balanços e orçamentos publicados, bem como pareceres emitidos pela Secretaria de Estado da Fazenda e Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina.

A pesquisa documental fundamenta-se na averiguação de “documentos, escritos ou não, de primeira mão, isto é, que não se prestaram, ainda, para o embasamento de uma pesquisa; portanto não foram trabalhados. Podem ser retrospectivos ou contemporâneos”.³

Na coleta de dados, foram pesquisados os seguintes documentos divulgados no Diário Oficial do Estado de Santa Catarina no período de 2000 a 2003:

- a) Plano Plurianual de 2000 a 2003.
- b) Leis de Diretrizes Orçamentárias de 2000 a 2003.
- c) Leis Orçamentárias Anuais de 2000 a 2003.
- d) Decretos que aprovaram os Quadros de Detalhamento da Despesa.
- e) Pareceres de auditoria.

Paralelamente, foram obtidos do Tribunal de Contas do Estado os pareceres prévios de aprovação de contas do Governo do Estado de Santa Catarina, específicos da área da saúde.

Foram obtidos da Secretaria de Estado da Saúde os relatórios de execução orçamentária da Saúde no correspondente período emitidos pelo Sistema CIASC – Centro de Informática e Automação do Estado de Santa Catarina

Os relatórios foram fornecidos por ano e por unidade orçamentária do Fundo Estadual de Saúde e Secretaria de Estado da Saúde, ambos por executarem ações e serviços de saúde.

Os documentos foram analisados e os dados (valores orçados e executados) foram organizados e classificados inicialmente pelas fontes de recursos do Tesouro do Estado.

Os recursos do tesouro são “aqueles geridos de forma centralizada pelo Poder Executivo do ente, que detêm a responsabilidade e controle sobre as disponibilidades financeiras”.⁴ A centralização dos recursos, nesta forma, normalmente é gerenciada pelo Órgão Central de Programação Financeira, que administra o fluxo de caixa para efetuar as respectivas liberações aos órgãos e entidades conforme a programação financeira baseada nas disponibilidades e os objetivos estratégicos do governo. O Órgão Central de Programação Financeira é a Secretaria de Estado da Fazenda de Santa Catarina.

Os recursos de outras fontes são aqueles arrecadados e controlados de forma descentralizada, cuja disponibilidade está sob responsabilidade desses órgãos e entidades, mesmo nos casos em que dependam de autorização do Órgão Central de Programação Financeira para dispor desses valores. De forma geral esses recursos têm origem no esforço próprio das entidades, seja pelo fornecimento de bens, prestação de serviços ou exploração econômica do patrimônio próprio.⁴

São considerados neste contexto apenas os recursos de origem do Tesouro do Estado justamente pela pesquisa se tratar da participação dos recursos do Estado de Santa Catarina nos orçamentos anuais para cumprimento da Emenda constitucional nº 29.

Posteriormente, os valores foram classificados por função e programas conforme portaria nº 42, de 14 de abril de , do Ministério de Estado do Orçamento e Gestão de 1999. Esta portaria começou a vigorar em 2000 e atualizou a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do parágrafo 1º do art. 2º e parágrafo 2º do art. 8º, ambos da Lei nº 4.320, de 17 de março de 1964 que estabeleceu os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais e deu outras providências.

Para interpretação desses dados faz-se necessário definir os conceitos de Função, Subfunção, Programa e Ações.

Para os efeitos da citada Portaria entende-se por:

Função: “maior nível de agregação das diversas áreas de despesa que competem ao setor público.” (art. 1º, § 1º)

Subfunção: “representa uma partição da função, visando a agregar determinado subconjunto de despesa do setor público.” (art. 1º, § 3º)

Programa: “o instrumento de organização da ação governamental visando à concretização dos objetivos pretendidos sendo mensurado por indicadores estabelecidos no plano plurianual”. (art. 2º, letra a)

Ações: nas leis orçamentárias e nos balanços, elas “serão identificadas em termos de funções, subfunções, programas, projetos, atividades e operações especiais”. (art. 4º)

A Lei Federal nº 4.320 de 17 de março de 1964, que estatuiu normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, define como **Empenho da Despesa**, “o ato emanado de autoridade competente que cria para o Estado obrigação de pagamento pendente ou não de implemento de condição.” (art. 58)

Para obtenção dos resultados, tornou-se necessário agrupar os dados em tabelas para facilitar a interpretação do comportamento da execução orçamentária em relação às dotações aprovadas do período de 2000 a 2003.

As tabelas são classificadas por programas para verificar a sua correspondente execução ao longo do quadriênio e o montante de recursos alocados.

Com base nestes dados e os pareceres do Tribunal de Contas do Estado, buscou verificar se o Estado de Santa Catarina vem cumprindo a EC-29, e em quais programas os recursos para saúde estão sendo aplicados.

3 Resultados

As unidades orçamentárias da Secretaria de Estado da Saúde são duas: Secretaria de Estado da Saúde – SES e Fundo Estadual de Saúde - FES.

Tabela 1 - Valores orçados e valores executados por programas. Período: 2000 a 2003. Em milhões de reais.

U. O .	2000		2001		2002		2003	
	V.O.	V.E.	V.O.	V.E.	V.O.	V.E.	V.O.	V.E.
SES 00	168,97	167,78	188,63	186,41	232,73	231,15	286,50	257,17
111	168,97	167,78	186,53	185,54	232,73	231,15	286,50	257,17
354	-	-	2,11	0,88	-	-	-	-
FES 00	23,45	22,46	56,43	52,53	83,26	74,79	239,98	233,96
351	0,00	-	18,85	17,42	11,64	10,25	21,08	18,72
352	-	-	-	-	-	-	-	-
353	0,32	0,31	-	-	15,57	15,04	5,96	5,96
354	3,29	2,60	0,63	-	-	-	-	-
355	19,83	19,55	27,81	26,33	31,28	28,90	52,70	51,87
356	-	-	9,14	8,79	21,64	19,09	76,47	75,89
357	-	-	-	-	3,14	1,50	83,77	81,53
358	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	192,42	190,24	245,06	238,94	315,99	305,94	526,48	491,13

Fonte: SES/SC

U.O. – Unidade Orçamentária

V.O. – Valor Orçado

V.E. – Valor Executado

A tabela 1 apresenta os valores orçados, ou seja, aqueles previamente autorizados em lei, e os valores executados. Nas análises seguintes entende-se por valor executado como o estágio da despesa empenhada.

No período em análise estão demonstrados os programas que receberam dotação orçamentária e a sua conseqüente execução.

A unidade da SES nos anos de 2000 a 2002 concentrou a maioria dos recursos. Somente em 2003 é que ficou evidenciado um equilíbrio de aportes orçamentários entre as duas unidades, indicando uma tendência crescente ano a ano de recursos movimentados pelo Fundo.

O cumprimento da EC-29 pelo Estado de Santa Catarina

A base de cálculo do mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde é composta pela soma do produto da arrecadação dos impostos estabelecidos no art. 155 e incisos da Constituição Federal, bem como os recursos provenientes da União de que tratam os artigos 157 e 159, I “a”, II, deduzidas as parcelas transferidas aos Municípios. Estes cálculos foram efetuados pelo Tribunal de Contas do Estado conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - Valores mínimos a serem aplicados e valores aplicados. Período: 2000 a 2003. Em milhões de reais.

Ano	Base de Cálculo	% Mínimo	Valor mínimo	% Aplicado	Valor aplicado
2000	2.657,08	7,00%	185,83	7,16%	190,24
2001	3.152,85	8,13%	256,32	7,58%	238,94
2002	3.681,29	9,10%	334,99	8,31%	305,94
2003	4.407,53	10,07%	443,83	11,14%	491,13

Fonte: Tribunal de Contas do Estado/SES

O valor mínimo a ser aplicado corresponde ao percentual mínimo multiplicado pela base de cálculo. O valor total corresponde ao percentual aplicado sobre a base de cálculo.

Tabela 3 - Valores orçados e valores empenhados da SES e do FES. Período: 2000 a 2003. Em milhões de reais.

Ano	Orçado			Empenhado		
	SES	FES	Total	SES	FES	Total
2000	168,97	23,45	192,41	167,78	22,46	190,24
2001	188,63	56,43	245,06	186,41	52,53	238,94
2002	232,73	83,26	315,99	231,15	74,79	305,94
2003	286,50	239,98	526,48	257,17	233,96	491,13

Fonte: Gerência de Administração Financeira/SES

Em 2000, o limite mínimo conforme previsto na Constituição partia de um patamar de 7%. O Estado, em consonância com a EC-29, deveria aplicar o equivalente a R\$ 185,83 milhões, ou seja, 7% da receita calculada como base de cálculo, valor este na cifra de R\$ 2,65 bilhões.⁵

Na análise do Tribunal de Contas do Estado foram incluídos os valores despendidos em ações e serviços de saúde os órgãos que executaram despesa na Função Saúde – 10, ou seja, Secretaria de Estado da Saúde e Fundo Estadual de Saúde.⁶

O valor empenhado pelo Fundo Estadual de Saúde foi de R\$ 22,46 milhões, enquanto que os valores empenhados pela Secretaria de Estado da Saúde foram de R\$ 167,78 milhões.

O valor total aplicado (empenhado) pela Secretaria de Estado da Saúde e pelo Fundo Estadual de Saúde perfizeram o montante de R\$ 190,24 milhões, o que correspondia a um total de 7,16 % em relação a base de cálculo de R\$ 2,65 bilhões. Ou seja, o Estado aplicou a mais em saúde o valor de R\$ 4,25 milhões.

Em 2001, o Estado deveria aplicar o percentual mínimo de 8,13%, ou seja, a diferença entre o valor aplicado de 7,16% em 2000 e os 12% a serem aplicados em 2004, o que corresponde ao total de 4,84%, ou 0,97% para cada ano. A base de cálculo dos valores mínimos a serem aplicados no exercício de 2001 em ações e serviços públicos de saúde correspondeu ao montante de R\$ 3,15 bilhões.

Constata-se que o Estado aplicou em ações e serviços de saúde o valor de R\$ 238,94 milhões, correspondendo a 7,58% da base de cálculo. Isto ficou evidenciado pelo Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina, cujo percentual mínimo deveria ser de 8,13%, traduzidos no montante de R\$ 256,32 milhões, o que demonstrou que o Governo do Estado deixou de aplicar R\$ 17,38 milhões.

Em 2002, o Estado deveria aplicar em ações e serviços públicos de saúde o valor mínimo correspondente de 9,10% considerando o aumento gradativo de 0,97 pontos percentuais por ano conforme já explicitado.⁸

A base de cálculo dos valores mínimos a serem aplicados no exercício de 2002 em ações e serviços públicos de saúde foi de R\$ 3,68 bilhões.

O Poder Executivo aplicou R\$ 305,94 milhões, o que equivale à aplicação de 8,31% (despesa empenhada). O valor mínimo deveria ser de R\$ 334,99 milhões (9,10%), o que evidenciou uma aplicação, a menor, de R\$ 29,05 milhões, em ações e serviços públicos de saúde. Na apuração o Tribunal de Contas considerou os valores empenhados, incluindo-se nestes as despesas com inativos e pensionistas.

Em 2003, o Estado de Santa Catarina, deveria aplicar em ações e serviços públicos de saúde o valor mínimo de 10,07% do produto da arrecadação dos impostos estabelecidos na Constituição Federal.⁹

Verificou-se que houve um equilíbrio, com relação ao volume de recursos alocados, entre as unidades orçamentárias - Secretaria de Estado da Saúde e Fundo Estadual da Saúde, se comparados aos anos anteriores.

A base de cálculo dos valores mínimos a serem aplicados no exercício de 2003 em ações e serviços públicos de saúde foi de R\$ 4,41 bilhões.

O Estado de Santa Catarina aplicou R\$ 491,14 milhões, correspondendo a 11,14% da despesa empenhada, caracterizando o cumprimento do valor mínimo para aplicação em Saúde previsto na Emenda Constitucional nº 29/00, com uma aplicação, a maior, em Saúde de R\$ 47,30 milhões.

Aplicação de recursos por programas em ações e serviços de saúde no período de 2000 a 2003

Sobre a execução orçamentária por programas, tem-se na tabela 4 uma visualização detalhada de como os recursos foram aplicados ao longo desses quatro anos e de que forma foram priorizados. Os dados apresentados referem-se aos valores empenhados individualizados por ano e unidade orçamentária e por programas. Os valores empenhados também estão representados em pontos percentuais.

Tabela 4 - Alocação de Recursos do Tesouro do Estado por Programas nas Unidades Orçamentárias da Saúde, em milhões de reais e em %. Período 2000 a 2003.

U.O.	2000		2001		2002		2003		2000 a 2003	
	V.E.	%	V.E.	%	V.E.	%	V.E.	%	TOTAL	%
SES	167,78	88,19	186,41	78,01	231,15	75,55	257,17	52,36	842,51	68,70
111	167,78	88,19	185,54	77,65	231,15	75,55	257,17	52,36	841,64	68,63
354	-	-	0,88	0,37	-	-	-	-	0,88	0,07
FES	22,50	11,83	52,54	21,99	74,79	24,45	233,97	47,64	383,80	31,30
351	-	-	17,42	7,29	10,25	3,35	18,72	3,81	46,39	3,78
352	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
353	0,31	0,16	-	-	15,04	4,92	5,96	1,21	21,31	1,74
354	2,60	1,37	-	-	-	-	-	-	2,60	0,21
355	19,55	10,28	26,33	11,02	28,90	9,45	51,87	10,56	126,65	10,33
356	-	-	8,79	3,68	19,09	6,24	75,89	15,45	103,77	8,46
357	-	-	-	-	1,50	0,49	81,53	16,60	83,03	6,77
358	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	190,24	100	238,95	100	305,94	100	491,13	100	1.226,28	100

Fonte: SES/SC

U.O. – Unidade Orçamentária

V.E. – Valor Executado (Empenhado)

Em 2000, pela análise dos Programas vinculados à Função Saúde, verifica-se que foram alocados 88,2% do total de recursos no programa 111 – Gestão Administrativa da SES. Dos programas executados pelo FES, destaca-se o Programa 355 – Gestão das Ações de Saúde correspondendo a 10,3% do total aplicado, seguido do Programa 354 – Regionalização da Saúde, que alocou 1,37% do total.

Em 2001, verificou-se que foram alocados 77,65% do total de recursos no programa 111 – Gestão Administrativa da SES. No FES teve destaque o Programa 355 – Gestão das Ações de Saúde - que correspondeu a 11,02% do total aplicado e o Programa 351 – Regionalização da Saúde que correspondeu a 7,29% do total.

A execução orçamentária da Função Saúde foi realizada pelas duas unidades orçamentárias: SES e FES. A SES teve 78,01% do total dos recursos

alocados na Função, enquanto que, o Fundo Estadual de Saúde alocou 21,99% do total.

Em 2002, 75,5% dos recursos foram alocados no programa 111 – Gestão Administrativa da SES. Dos programas executados pelo FES, destaca-se o Programa 355 – Gestão das Ações de Saúde, correspondendo a 9,45% do total.

Em 2003, observou-se que a maior alocação se deu no programa 111 - Gestão Administrativa da SES em que foram executados 52,36% do total dos recursos orçados. Dos programas executados pelo FES destacam-se os Programas 357 - Assistência Hospitalar, com 16,60% e 356 - Assistência Ambulatorial e Ações Básicas de Saúde, com 15,45% dos recursos alocados.

Discussões

Em 2000, o Tribunal de Contas do Estado destacou que se fossem excluídos os valores referentes ao pagamento de inativos, o Estado de Santa Catarina não atingiria o percentual mínimo de aplicação, o que corresponderia a 6,4%.

No entanto, a decisão nº 2533/2001 relativa ao processo AOR – 01/01478968, em sessão do dia 03 de dezembro de 2001 considerou “regular referida aplicação no período de janeiro a dezembro de 2000.”

Em dezembro de 2001, o Ministério da Saúde promoveu em Brasília, na sede da Organização Pan-americana de Saúde – **OPAS**, o *2º Seminário sobre a Operacionalização da Emenda Constitucional 29* com representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Conasems, no sentido de estimular a efetiva implementação dos dispositivos constitucionais alterados em 2000 pela Emenda Constitucional nº 29. Neste encontro, chegou-se ao consenso sobre os seguintes quesitos:¹⁰

1) As receitas que devem compor a base vinculável dos Estados, para efeito do cumprimento do texto constitucional modificado pela EC 29.

2) As despesas que serão consideradas como ações e serviços de saúde as relativas à promoção, proteção e recuperação da saúde;

3) As despesas que não serão consideradas como despesas com ações e serviços de saúde.

Em 2001, pela análise do Tribunal de Contas, foram incluídas as despesas realizadas pela Secretaria de Estado da Saúde e Fundo Estadual de Saúde, através de projetos vinculados a função Trabalho e Saúde.⁷

O Tribunal de Contas do Estado em 2001, para efeito de cumprimento do percentual mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, considerou as despesas com inativos e pensionistas, alegando que “os conceitos para apuração dos percentuais mínimos vinham sendo discutidos e consolidados no decorrer do exercício em análise, contudo, para o exercício de 2002, as despesas com inativos e pensionistas deveriam ser excluídas dos cálculos com a saúde.”⁸

Em 2002, contraditório ao parecer prévio do ano de 2001, o Tribunal de Contas também considerou as despesas com inativos para o cálculo de apuração para efeitos de cumprimento do percentual mínimo exigido.⁸

No exercício de 2003, o referido Tribunal considerou as despesas com inativos e pensionistas, para efeito de cumprimento do percentual mínimo de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, tendo em vista que os conceitos para apuração dos percentuais mínimos vinham sendo discutidos nacionalmente no decorrer do exercício em análise. Contudo, para os exercícios seguintes deverão tais despesas “serem excluídas dos cálculos, ante o consenso consolidado através da Portaria n.º 2.047/2002 do Ministério da Saúde e Resolução n.º 316/2002 do Conselho Nacional de Saúde, reeditada através da Resolução n.º 322/2003”.¹⁰

Cabe destacar que no ano de 2003, se fossem excluídas as despesas com inativos no valor de R\$ 45,9 milhões, o Governo do Estado de Santa Catarina ainda teria cumprido a EC-29, com 10,10%.

O Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina incluiu o FUNDEF (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério) em todos os anos, na base de cálculo que serviu para estabelecer os montantes a serem aplicados em ações e serviços de saúde, o que vai ao encontro da Nota Técnica SIS/DPI nº 002/2001, de 31 de janeiro de 2001, elaborada pelo Departamento de Projetos de Investimentos em Saúde da Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde, efetuada em resposta às questões formuladas pelo CONASS.

Cita a Nota:

“Em relação à vinculação constitucional para a educação, cumpre apontar que a base de cálculo das receitas vinculáveis é rigorosamente igual à aplicada à saúde. Neste sentido, não é cabível sustentar que primeiro extrai-se os recursos para a educação para, só então, verificar a parte a ser destinada à saúde. Se tal interpretação fosse possível, poderíamos inverter a lógica e afirmar que a base de cálculo para a Educação deveria ser contabilizada após o repasse dos recursos destinados à saúde. Ambos os bens jurídicos tutelados (saúde e educação) são igualmente tratados pela Constituição, sendo errônea qualquer interpretação que tente dar tratamento preferencial a um ou a outro. Assim é que não há razão alguma para se excluir da base de cálculo as receitas relativas ao FUNDEF.”

O Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina considerando em todos os anos, como despesa em aplicação com ações e serviços de saúde, os gastos com inativos, contrariou a Portaria nº 2.047/2002/GM. Não obstante até que seja regulamentado o projeto de Lei Complementar 01/2003 serão sempre procuradas brechas que facilitem o cumprimento da emenda constitucional nos estados brasileiros.

No que se refere a alocação de recursos orçamentários próprios estaduais no período de 2000 a 2003, o programa que teve maior aporte de recursos foi o programa 111 - Gestão Administrativa gerenciado pela unidade orçamentária da SES absorvendo 68,63% do total de recursos nestes quatro anos. O valor total executado foi de R\$ 842,51 milhões. As ações que tiveram maior peso neste programa foram as de Administração de Recursos Humanos – salários e os encargos com inativos.

Neste programa, o Governo tinha como objetivo possuir em seus quadros pessoas altamente comprometidas, qualificadas e devidamente motivadas para cumprir os desafios impostos no atendimento eficiente das demandas da população catarinense. Igualmente faziam parte dos desafios do Estado manter, gerir e modernizar de forma adequada e permanente a estrutura física e operacional para oferecer serviços de qualidade aos cidadãos.

O aperfeiçoamento da estrutura administrativa baseou-se na permanência, na busca e no aperfeiçoamento contínuo dos servidores públicos para melhorar os serviços prestados pelo Estado. Foram visados a capacidade individual, o desempenho e o trabalho em equipe.

Outro desafio foi enfrentado para gerenciar prioritariamente o pagamento dos salários, os encargos com inativos e programas de qualificação. Além disto, foram desenvolvidos mecanismos e parcerias para buscar o equilíbrio fiscal com o aumento da arrecadação.

O segundo maior programa foi o 355 – Gestão das Ações de Saúde com aplicação de 10,3%. O maior volume de recursos alocados se deu na ação 4368 - Hospitais Conveniados - detalhados no **quadro 2**, seguido da ação 4366 - Manutenção dos Serviços Técnicos Administrativos da Saúde. Os recursos da ação 4366 foram investidos na manutenção da gestão administrativa central da Secretaria de Estado de Saúde composta pelas áreas atividade-meio e para as dezoito regionais de saúde, as quais objetivavam a descentralização técnica e administrativa do nível central para o nível regional.¹⁰

A alocação de recursos nos programas 356, 357, 351, 353 e 354 ficou respectivamente distribuída em 8,46%, 6,77%, 3,78%, 1,74% e 0,28%. Todos estes programas, além do 355, também tiveram aporte de recursos financeiros de outras fontes que não a do Recurso do Tesouro do Estado de Santa Catarina (fontes de origem federal e de receitas próprias). O programa 352² não recebeu aportes orçamentários provenientes do Tesouro do Estado de Santa Catarina. Já o programa 358 não foi executado.

A Constituição Federal no artigo 198 passou a definir, entre outros princípios, a municipalização e a descentralização dos serviços de saúde. O conceito de descentralização foi incorporado às propostas setoriais da saúde, constituindo-se em um instrumento fundamental para o planejamento das ações de saúde. Deste modo, foi transferida para os municípios grande parte do gerenciamento das ações de saúde.

O programa de Governo “351 – Regionalização da Saúde” propôs a descentralização não somente como instrumento de racionalização administrativa, mas também como uma forma de democratização do Estado e construção da cidadania. Reforçou o Modelo de Gestão descentralizado, com ênfase na regionalização, implantado em Santa Catarina. O modelo assistencial de Santa Catarina foi redesenhado em 8 macrorregiões, conservando-se as 18 Regionais de Saúde, responsáveis pela articulação entre os municípios e o organismo estadual de gestão.

Às macrorregiões coube o papel de articular e implementar entre o nível central e as regionais de saúde os mecanismos e instrumentos que possibilitaram a integração dos serviços de saúde dos diferentes níveis hierárquicos e municipais. Nas macrorregiões foram estabelecidas as primeiras bases para o sistema de referência e contra referência, respeitando os níveis de complexidade da assistência, tornando-as auto-suficientes em procedimentos de média e alta complexidade.

As Regionais de Saúde mantiveram-se inalteradas no período de 2000 a 2002. Em 2003, com a aprovação da Lei Complementar 243, de 30 de janeiro, foram criadas 29 estruturas regionais de gerenciamento da Saúde, subordinadas tecnicamente à SES, mas administrativamente vinculadas às Secretarias de Desenvolvimento Regional. Com a Lei foram extintas as antigas Regionais de Saúde, vinculadas à estrutura administrativa da SES/SC. Isto modificou o desenho da regionalização no Estado. Esta Lei foi revogada pela Lei Complementar nº 284 de 28 de fevereiro de 2005, contudo, no que tange às estruturas estas não sofreram modificações.

No levantamento do diagnóstico para elaboração do Plano Plurianual de 2000 a 2003, as 17 unidades de saúde administradas pela Secretaria de Estado da Saúde contavam com 2.250 leitos, envolvendo 6.801 servidores para prestação de serviços nessas unidades.

A situação apresentada era de precariedade de algumas instalações, bem como, de insuficiência de capacidade instalada em função da demanda. Algumas unidades necessitavam de reformas e ampliações. Da mesma forma, os equipamentos utilizados, dado o uso contínuo, sofreram desgastes e, em determinadas áreas, ficaram obsoletos diante das novas tecnologias.

Dessa forma, foram investidos R\$ 21,31 milhões de reais no programa “353 - Adequação Física e Técnica de Unidades de Saúde Próprias”, para modernizar e melhorar a infra-estrutura das unidades hospitalares para atender a demanda crescente de serviços de saúde.

Quanto à municipalização, o Estado de Santa Catarina iniciou o processo de municipalização em 1988, quando 25 municípios assinaram convênio com a SES e o INAMPS, pelo qual recebiam administração das unidades ambulatoriais e dos postos de assistência médica federal. Em 1991, a maioria das unidades ambulatoriais e os postos de assistência médica já estavam sob responsabilidade dos municípios.

A partir de 1993, o processo de municipalização passa a ser especificado por níveis de descentralização da gestão dos municípios e estados. A escassez financeira aliada à demanda crescente dos serviços dificulta o gerenciamento das ações de saúde voltadas à população.

O Programa “354 - Regionalização dos Investimentos da Saúde” tinha como diretrizes o fortalecimento do processo de municipalização e a readequação física e tecnológica para as unidades de saúde descentralizadas. Para tanto, foram alocados neste programa o valor de R\$ 2,6 milhões, correspondente ao percentual de 0,2%.

No Programa “356 - Assistência Ambulatorial e Ações Básicas de Saúde” foram alocados 8,5% de recursos próprios para a Secretaria de Estado da Saúde

administrar a Policlínica de Referência Regional de Florianópolis e as unidades da Vigilância Sanitária, Vigilância Epidemiológica, Laboratório Central de Saúde Pública, Laboratório Industrial Farmacêutico de Santa Catarina e antiga Diretoria de Medicamentos Básicos (atual Diretoria de Assistência Farmacêutica).

Este programa teve como principais diretrizes a implementação de ações voltadas à promoção e prevenção de saúde, a ampliação dos serviços de vigilância sanitária sistematizando processos de fiscalização, a produção, aquisição e distribuição de medicamentos básicos aos hospitais e unidades de serviços, a ampliação das atividades do Laboratório Central com implantação de sistemas de controle de qualidade.

No programa “357 - Assistência Hospitalar” foram alocados 6,77% do total de recursos oriundos do Tesouro do Estado.

A rede hospitalar do SUS no Estado de Santa Catarina estava distribuída em macrorregiões de Saúde. A capacidade instalada de leitos em Santa Catarina era de 15.315 leitos, sendo 13.387 disponíveis ao SUS, mas não eram uniformemente distribuídos nas macrorregiões.

Como diretrizes desse programa estavam a definição de prioridades e políticas para a assistência hospitalar, o fortalecimento do modelo do Sistema Único de Saúde de hierarquização e regionalização dos serviços, a promoção à autogestão nos hospitais do Estado e a coordenação da descentralização das unidades hospitalares no Estado.

Conclusão

Esta análise permitiu averiguar a continuidade dos programas de governo da área da saúde no período de 2000 a 2003 e como foram alocados os recursos para atingir o cumprimento da EC-29 no Estado de Santa Catarina.

Concluiu-se que a maior parte dos recursos estaduais foram alocados prioritariamente no programa 111 - Gestão Administrativa - gerenciado pela SES, o que absorveu mais de 68% do total de recursos nestes quatro anos. A Segunda

prioridade se deu no programa “355 – Gestão das Ações de Saúde” gerenciado pelo FES, com aplicação superior a 10% do total investido. Estes programas foram os únicos a serem executados ininterruptamente no período.

Também no Fundo Estadual de Saúde o governo de Santa Catarina, por meio do programa 351 – Regionalização da Saúde propôs a descentralização, não somente como instrumento de racionalização administrativa, mas também como uma forma de democratização do Estado e construção da cidadania. Reforçou o Modelo de Gestão descentralizado com ênfase na regionalização, implantado no Estado constituindo, assim, um instrumento fundamental para o planejamento das ações de saúde.

Na execução orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde constatou-se que neste período, a aplicação de recursos provenientes do Tesouro do Estado, por meio de Fundos de Saúde, passou a ser crescente, havendo uma situação de equilíbrio ao final de 2003 se comparado com a unidade orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde.¹⁰

Enquanto que a aplicação do FES, em valores nominais, mais que quadriplicou nestes quatro anos, passando de 11,81% para 47,64%, a alocação de recursos na unidade orçamentária da SES reduziu de 88,19% para 52,36%, representando um decréscimo de 40,63%, o que significa dizer que no início de 2000 mais de 80% dos recursos em saúde estavam sendo aplicados em folha de pagamento.

Sob o ponto de vista orçamentário, nos referidos exercícios, notou-se também crescimento expressivo nos orçamentos aprovados para a SES e o FES. Se somadas as duas unidades orçamentárias, o orçamento total aumentou em 2,73 vezes no período, o que representa afirmar que a participação do Estado vem aumentando com a implementação da EC-29. Em termos monetários, isto significou um salto de R\$ 192,41 milhões para R\$ 526,49 milhões. A unidade orçamentária do FES teve seu orçamento de 2000 para 2003 aumentado em 10,39 vezes e a SES 1,7 vezes.

O maior aumento ocorreu em 2003, quando em virtude do cumprimento da EC-29, o orçamento teve um incremento de 66% a mais em relação ao ano de 2002.

Em 2000, o Estado cumpriu a EC-29, atingindo o percentual de 7,16%, aplicando o valor de R\$ 4,25 milhões acima do mínimo estabelecido.

Ficou constatado que se a Secretaria de Estado da Saúde executasse os orçamentos de 2001 e 2002 na sua íntegra, o Estado ainda não conseguiria atingir a emenda por insuficiência de orçamento. Os percentuais aplicados ficaram em 7,58% e 8,31%, quando o mínimo esperado deveria ser 8,13% e 9,10%. Se fosse considerada a execução plena (100% do orçamento), estes percentuais seriam elevados para 7,77% e 8,58% respectivamente.

Nesses dois anos o Estado deixou de aplicar respectivamente R\$ 17,38 milhões e R\$ 29,05 milhões, perfazendo o montante total de R\$ 46,43 milhões. Contudo, em 2000 e 2003, o Estado cumpriu a EC-29, aplicando 7,16%, e 11,14%. Isto representou uma aplicação além do mínimo, no valor de R\$ 51,45 milhões.

O parágrafo terceiro, do artigo 77 do ADCT, menciona que os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos municípios adicionados aos da União que serão destinados às ações e serviços de saúde devem ser aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado pelo Conselho de Saúde. Deve então, a Secretaria de Estado da Saúde, para cumprir o disposto constitucional, regularizar esta situação de modo que os recursos a serem computados no cálculo para o cumprimento da EC-29 sejam integralmente gerenciados pelo Fundo Estadual de Saúde.

A Regulação do processo orçamentário deve ser acompanhada por Comissões de Gestão Orçamentária, que têm como objetivo supervisionar a preparação de propostas orçamentárias para a priorização anual da despesa, melhorando dessa forma a transparência e assegurando a participação adequada dos gestores de saúde.

Há de se ressaltar que o controle do desempenho em certas unidades foi dificultado pela falta de sistemas para a coleta rotineira de dados. Na ausência de informação adequada, a relação entre despesa e indicadores de desempenho fica mal compreendida, tornando-se assim muito difícil o estabelecimento de alvos realistas.

Esse processo de descentralização de decisões e a busca pela eficácia na prestação dos serviços fazem com que os gestores nos três níveis de decisão – federal, estadual e municipal – busquem maximizar a quantidade de serviços com os poucos recursos obtidos. A descentralização da responsabilidade da gestão financeira para as unidades de prestação de serviços regionalizadas torna-se uma medida apropriada.

Para que a continuidade dos serviços de saúde seja garantida, sistemas eficientes e eficazes de gestão da despesa são necessários para almejar a maximização da aplicação dos recursos escassos. Estes sistemas requerem um enquadramento legislativo e regulatório sólido, gerido por pessoas competentes, motivadas e bem supervisionadas dentro de um quadro de governabilidade que apóie os indivíduos e as instituições a serem responsáveis pelo seu desempenho.

Referências

- 1 -SANTA CATARINA. **Lei Estadual nº 11.357**. Aprova o Plano Plurianual – PPA para o quadriênio 2000/2003. Diário Oficial do Estado 2000; 28 jan, p.106.
- 2 - SANTA CATARINA . **Decreto Estadual nº 387**. Regulamenta o programa de estágio para estudante de estabelecimento de ensino superior, médio e de educação profissional, previsto na Lei nº 10.864, de 29 de julho de 1998, alterada pela Lei nº 11.120 de 28 de junho de 1999, e dá outras providências. Diário Oficial do Estado 1999; 23 jul.
- 3 - ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação**: noções práticas. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.
- 4 - SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Fazenda. **Manual técnico de orçamento**: instruções para a elaboração da proposta orçamentária do Estado de Santa Catarina: SEF, 2004, p. 176. Disponível em < [http: www.spg.sc.gov.br](http://www.spg.sc.gov.br) > Acesso em: 13 de set de 2004.
- 5 - SANTA CATARINA. Tribunal de contas do Estado de Santa Catarina. Processo AOR 01/014778968. **Relatório de Auditoria nº TCE/DCE/INSP.3/DIV7 – 114/2001**, anexo 3.
- 6 - SANTA CATARINA. Tribunal de contas do Estado de Santa Catarina. **Relatório de Auditoria TCE/DCE/INSP. 3 DIV 7 – 114 / 2001**, p. 03.
- 7 - SANTA CATARINA. Tribunal de contas do Estado de Santa Catarina. **Contas do Governo do Estado Relativas ao exercício de 2001**, p. 71-72
- 8 - SANTA CATARINA. Tribunal de contas do Estado de Santa Catarina. **Parecer prévio sobre as contas do governo do estado, prestadas pelo governador, relativas ao exercício de 2002**, p. 23

9 - SANTA CATARINA. Tribunal de contas do Estado de Santa Catarina. **Contas do Governo do Estado , Prestadas pelo Governador, Relativas ao exercício de 2003**, p. 92.

10 - **SANTA CATARINA**. Tribunal de contas do Estado de Santa Catarina. Contas do Governo do Estado Relativas ao exercício de 2001, p. 71 e p.106.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser direito de todos e dever do Estado, garantindo por meio de políticas sociais e econômicas a redução do risco de doença e de outros agravos. Dentre os princípios do SUS destaca-se o da descentralização. Este princípio teve como objetivo transferir aos municípios a responsabilidade pelo gerenciamento das ações e serviços de saúde.

As novas formas de financiamento e de responsabilidade foram incorporadas às instâncias federal, estadual e municipal. A estrutura da saúde ganhou corpo criando mecanismos de fortalecimento da capacidade de gestão do SUS com as fases de habilitação de gestão, tanto para os municípios, como para os Estados. Novas formas de transferências de recursos foram sendo implantadas de modo sistemático e automático. Para os municípios, houve o aumento da responsabilidade de atendimento na atenção básica definindo o processo de regionalização da assistência. Os estados passaram a ter o papel de mediadores e a União passou a normalizar e financiar as ações de saúde, cabendo o papel de exercer a gestão Nacional do SUS.

Uma das formas de custeio das ações e serviços de saúde transferidos diretamente do Ministério da Saúde para os municípios se dá por meio do Piso de Atenção Básica – PAB. O repasse antecipado dos recursos em proporção ao número de habitantes evita uma falsa produção de serviços com finalidade exclusiva de receber verbas. Este processo desfaz o elo entre a prestação e produção de serviços e quebra a lógica de faturamento como mecanismo de assistência da saúde. Esta modalidade de repasse de recursos trata de modo justo todos os cidadãos na atenção básica da saúde.

Com a Emenda Constitucional nº29 que passou a fixar os percentuais mínimos para os entes federativos aplicarem em ações e serviços de saúde, isto, constituiu-se em importante instrumento demarcador de uma política de saúde no processo econômico e social. As contrapartidas de recursos próprios de cada

esfera na aplicação em ações e serviços de saúde passaram a ser uma obrigatoriedade. O texto passou a assegurar a co-participação da União, Estados e Municípios no financiamento da saúde, visando a atingir percentuais mínimos de 12% e 15% das receitas para a saúde nos Estados e Municípios. A União foi o único ente federativo para o qual a EC-29 não definiu uma base vinculável, deixando expressamente a tarefa para a Lei Complementar.

As políticas públicas devem ser priorizadas para a saúde no Brasil, em função da crescente demanda e da escassez dos recursos. No atual momento em que os recursos são insuficientes e os problemas graves e assimétricos, a solução só existirá se o gerenciamento e a execução forem descentralizados para os sistemas locais, articulando e integrando um sistema de controle, avaliação e normatização com os níveis centrais. A descentralização deve ser entendida e praticada como parceria e não como simples delegação. Por outro lado, a maior parte dos recursos materiais, financeiros e humanos deve estar nas mãos dos gerentes locais. Desta maneira o sistema tende a ser mais eficiente, porque está mais próximo do responsável.

Pela avaliação das unidades federativas do Brasil, no período de 2000 a 2003, constatou-se que em 2000, 59% dos estados atingiram as metas: 7 no Norte, 4 no Nordeste, 2 no Sudeste, 1 no Sul, e 2 no Centro-Oeste. Em 2001, houve redução para 33% dos estados no cumprimento das metas: 6 do Norte, 2 no Nordeste, e 1 no Sudeste. Em 2002, 41% dos estados alcançaram as metas: 6 no Norte, 3 no Nordeste, 1 no Sudeste, e 1 no Centro-Oeste. Em 2003, 52% dos estados atingiram as metas: 7 no Norte, 3 no Nordeste, 3 no Sudeste e 1 no Sul.

Essa análise permitiu constatar que a maioria dos estados brasileiros ainda não vem cumprindo os percentuais mínimos previstos na EC-29.

Os Estados deixaram de aplicar neste período, 5,29 bilhões de reais, enquanto que, a União deixou de aplicar 1,8 bilhão de reais, perfazendo um total de 7,09 bilhões de reais que o setor saúde perdeu nestes anos.

A situação dos Municípios pelos dados apontados pelo SIOPS não interfere no cumprimento da EC-29. Com a edição da Emenda em 2000, o percentual

médio de aplicação em ações de saúde era superior ao mínimo constitucional de 7% ao ano.

Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios que não cumprirem os limites mínimos fixados na CF/88 estarão sujeitos às mesmas sanções da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) que vão desde retenção das transferências do Fundo de Participação dos Estados (FPE) e dos Municípios (FPM), até a intervenção da União, além da cassação de mandatos.

A participação da União, na composição dos gastos próprios em saúde, vem reduzindo gradativamente. Em 2003, este percentual ficou abaixo de 50%, invertendo toda a composição do financiamento. Mais responsabilidades e aportes financeiros ficaram sob a égide dos Estados e Municípios.

Percebe-se, pela pesquisa, a necessidade de que a vinculação constitucional de receita orçamentária dos entes federativos brasileiros para gastos obrigatórios em ações e serviços de saúde deve ser mantida e urgentemente regulamentada.

Cabe salientar que a EC-29 assegura apenas os recursos mínimos, cabendo aos gestores públicos aperfeiçoarem as leis orçamentárias. O mínimo não pode ser considerado como teto. Há de se ter vontade política para efetivamente priorizar a saúde.

A vinculação orçamentária visa ao comprometimento de financiamento estável, e possibilita o planejamento dos gastos e a prevenção de crises e insolvências, em nome da preservação da saúde e da vida de muitas pessoas.

O desfinanciamento do SUS, por outro lado, é apontado como causa direta que impede a efetivação do novo modelo de atenção e gestão à saúde, com base nos princípios e diretrizes da Universalidade, Eqüidade e Integralidade.

Entre os desafios impostos para os gestores públicos, no sentido da efetiva implementação de um sistema de saúde pautado nos princípios e diretrizes acima apontados estão:

- o desenvolvimento de um plano de médio prazo onde os recursos possam ser direcionados de acordo com as prioridades das unidades

orçamentárias e para que a gestão dos gastos esteja suportada ante às oscilações da economia;

- os sistemas de gestão devem estar voltados sobretudo para o bom desempenho na prestação de serviços;
- ao gestor cabe assegurar se os recursos estão sendo aplicados de acordo com as diretrizes políticas em detrimento do cumprimento dos limites de despesa;
- criação de estruturas governamentais que garantam a transparência e que responsabilizem o executivo pelo seu desempenho;
- formulação de planos realistas e limitados aos recursos para orientar o processo de tomadas de decisão em todo o governo em busca das prioridades de desenvolvimento.

Do ponto de vista da elaboração de um processo orçamentário eficiente devem ser observados os seguintes aspectos:

- a programação orçamentária das despesas deve estar apoiada em constantes processos de revisão conciliando as necessidades das várias unidades orçamentárias com os respectivos limites de recursos financeiros numa perspectiva de médio prazo;
- os programas devem ser acompanhados e avaliados pelo seu desempenho tendo como referências os alvos quantitativos e qualitativos de prestação de serviços;

Constatou-se por meio da análise da execução orçamentária da Secretaria de Estado da Saúde, que no período de 2000 a 2003, a aplicação de recursos provenientes do Tesouro do Estado de Santa Catarina por meio de Fundos de Saúde passou a ser crescente o que representa afirmar que a participação do Estado vem aumentando com a implementação da EC-29.

O Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina incluiu o FUNDEF em todos os anos, na base de cálculo que serviu para estabelecer os montantes a serem aplicados em ações e serviços de saúde.

O Estado cumpriu a EC-29 somente nos anos de 2000 e 2003, aplicando 7,16%, e 11,14% respectivamente. Isto representou uma aplicação além do mínimo, no valor de R\$ 51,45 milhões. Porém, em 2001 e em 2002, o Estado deixou de aplicar R\$ 46,43 milhões.

Sob a ótica da EC-29, conforme se pode observar no artigo II, o maior volume de recursos do Tesouro do Estado nos orçamentos da Secretaria de Estado da Saúde se deu no programa 111 - Gestão Administrativa. Salários e encargos com inativos foram as ações que absorveram mais de 68% do total de recursos no período de 2000 a 2003.

As ações - Hospitais Conveniados e - Manutenção dos Serviços Técnicos Administrativos da Saúde do programa 355 – Gestão das Ações de Saúde absorveram mais de 10% dos recursos estaduais.

Os demais programas tiveram aportes inferiores a 10%.

O Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina ainda considerou em todos os anos, como despesa em aplicação com ações e serviços de saúde, os gastos com inativos, o que contraria a Portaria nº 2.047/2002/GM. Não obstante até que seja regulamentado o projeto de Lei complementar 01/2003 serão sempre procuradas brechas que facilitem o cumprimento da emenda constitucional nos estados brasileiros

De acordo com Carvalho, o fim da vinculação orçamentária de recursos representaria uma considerável redução de recursos financeiros para a saúde. O Projeto de Lei Complementar que regulamenta a EC-29 deve definir claramente o conceito de ações e serviços de saúde de modo a evitar que sejam inseridos uma série de outras atividades não típicas de saúde.

As discussões ainda continuam e as divergências não devem fomentar obstáculos mas produzir o consenso entre todos aqueles que lutam pela garantia do direito à saúde e pelo fortalecimento do Sistema Único de Saúde .

Referências bibliográficas

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de; VIEIRA, Carlos Alberto Lisboa. **Distritos sanitários: concepção e organização**. Vol. 1 . São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania). p.6.

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

BARROS, Elizabeth. **Financiamento do Sistema de Saúde no Brasil: marco legal e comportamento do gasto**. Série Técnica. Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde. Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2002, p. 32.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS** . Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília : CONASS, 2003, p. 20.

BRASIL. Constituição da República Federativa: promulgada em 5 de outubro de 1988. Obra coletiva de autoria da Editora Saraiva com a colaboração de Antônio Luiz Toledo Pinto e Márcia Cristina Vaz dos Santos Windt. 24. ed. Atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2000, p. 128.

CARREIRÃO NETO, João Pedro. **NOAS 2002 SUS e a Regionalização**. Disponível em: <<http://www.simesc.org.br/index1>>. Acesso em: 10 fev. 2004.

CARVALHO, Gilson de Cássia Marques de. **O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde: 1988-2001**. São Paulo, 2002a. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, p.175

CARVALHO , Gilson. **O Governo do PT e a Desvinculação dos Recursos da Saúde e Educação** . (2004b). Disponível em: <http://www.conasems.org.br/mostraPagina.asp?codServico=11&codPagina=1185> >. Acesso em: 18 de mar. 2005.

CARVALHO , Gilson. **Desafios da Saúde – 2003**. (2003c) . Disponível em: <http://www.grupogices.hpg.ig.com.br/DESAFIOS2003.doc>>. Acesso em: 10 de mai. 2004.

COUTTOLENC, Bernard François, ZUCCHI, Paola. **Gestão de recursos financeiros**. Vol. 10. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania), p. 7.

DODGE, Raquel Elias Ferreira. **A Equidade, a universalidade e a cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça**.(1997) Disponível em: < <http://www.cfm.org.br/revista/bio1v5/eguidade.html>>. Acesso em: 20 set.2005

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas da Pesquisa Social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1991, p.48.

IVO CARVALHO, Antonio. **Política de saúde e organização setorial no país**. Curso de Especialização à Distância em Autogestão em Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública – FIOCRUZ, 1998.

LUCCHESI, P. T. R – **Descentralização do financiamento e da gestão da assistência à saúde no Brasil**: a implementação do Sistema Único de Saúde – Retrospectiva 1990 – 1995, 42 p., mimeo, 1996.

MANSUR, Marília Coser. **O financiamento federal da saúde no Brasil: tendências da década de 1990**. Rio de Janeiro, 2001 – Dissertação (Mestrado) – Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, p.12.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **Novas incertezas sobre o financiamento da saúde**. São Paulo: Gazeta Mercantil, edição de 13 set. 2000.

NOAS. Disponível em: <<http://www.saudemental.med.br/NOAS.htm>>. Acesso em: 10 de maio de 2004.

OLIVEIRA JÚNIOR, Mozart de . **O financiamento da área social e do Sistema Único de Saúde no Brasil**. Disponível em:< <http://www.datasus.gov.br/cns/cns>>. Acesso em 18 de fev de 2005.

PINOTTI, José Aristodemo. Prioridade x Escassez em Saúde - Visão Política. Revista Bioética. Vol. V. Nº 1, 1997, p. 53-66. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio1v5/visaopol.html>> Acesso em: 18 fev. 2004.

PIOLA, Sérgio Francisco. **Perspectivas da descentralização na saúde pública**. Disponível em:<http://www.socwatch.org.uy/en/informelmpreso/pdfs/panorbrasileiroc2002_bra.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2004.

SANTA CATARINA, Secretaria de Estado da Saúde. **SUS - Sistema Único de Saúde** – Legislação Básica, 2001.

ANEXO I

PROJETO DE LEI COMPLEMENTAR Nº 1, DE 2003, DO DEPUTADO ROBERTO GOUVEIA (PT-SP)

Aprovado na Comissão de Seguridade Social de Família na forma do substitutivo do relator deputado Guilherme Menezes (PT-BA)

Regulamenta o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal.

O Congresso Nacional Decreta:

CAPÍTULO I DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 1º. Esta Lei Complementar estabelece, nos termos do § 3º do art. 198 da Constituição:

I - as normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado anualmente pela União em ações e serviços públicos de saúde;

II - os percentuais incidentes sobre impostos e transferências constitucionais para aferição dos recursos mínimos a serem aplicados anualmente pelos Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde;

III - os critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados a seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;

IV - as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.

Parágrafo único. Para os efeitos desta Lei Complementar, entende-se como ente da Federação a União, cada Estado, o Distrito Federal e cada Município.

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

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

I - sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II - estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e

III - sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde.

Art. 3º. Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 2º desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

I - vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

II - atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais;

III - capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

IV - desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituição do SUS;

V - produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

VI - ações de saneamento básico próprio do nível domiciliar ou de pequenas comunidades, desde que aprovadas pelo Conselho de Saúde do ente da Federação, as efetivadas nos Distritos Sanitários Especiais Indígenas e outras a critério do Conselho Nacional de Saúde;

VII - ações de manejo ambiental vinculadas diretamente ao controle de vetores de doenças;

VIII - gestão do sistema público de saúde e operação das unidades prestadoras de serviços públicos de saúde;

IX - investimentos na rede física do SUS, que inclui a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos de saúde;

X - ações de apoio administrativo realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde; e

XI - remuneração de pessoal ativo em exercício na área de saúde, incluindo os encargos sociais.

Parágrafo único. Serão consideradas na apuração dos recursos mínimos de que trata esta Lei Complementar as despesas dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios com amortização e encargos financeiros referentes a operações de crédito destinadas ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde, cujos recursos tenham sido efetivamente aplicados entre 1º de janeiro de 2000 e a data da publicação desta Lei.

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

I - pagamento de inativos e pensionistas, inclusive os da saúde;

II - pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à respectiva área;

III - serviços mantidos preferencialmente para o atendimento de servidores ativos e inativos, civis e militares, bem como dos respectivos dependentes e pensionistas;

IV - merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do SUS, ressalvado o disposto no inciso II do art. 3º desta Lei Complementar;

V - ações de saneamento básico em cidades em que os serviços sejam implantados ou mantidos com recursos provenientes de fundo específico, taxas, tarifas ou preços públicos;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

VII - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação e por entidades não-governamentais;

VIII - ações de assistência social;

IX - obras de infra-estrutura urbana, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde; e

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos que não os especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos.

CAPÍTULO III

DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Seção I

Dos Recursos Mínimos

Art. 5º. A União aplicará anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, o montante equivalente a dez por cento de suas receitas

correntes brutas, constantes dos Orçamentos Fiscal e de Seguridade Social, tomadas como base de cálculo.

Parágrafo único. Para efeitos desta Lei Complementar, consideram-se receitas correntes brutas a integralidade das receitas tributárias, de contribuições, patrimoniais, industriais, agropecuárias, de serviços, de transferências correntes e outras receitas também correntes.

Art. 6º. Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, doze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que tratam os arts.

157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, da Constituição Federal, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.

Parágrafo único - Aplica-se o percentual de que trata o caput aos impostos arrecadados pelo Distrito Federal e às transferências previstas no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição, que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

Art. 7º. Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, quinze por cento da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 156 e dos recursos de que tratam os arts.

158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º, da Constituição Federal.

Art. 8º. Inclui-se na base de cálculo dos valores a que se referem os artigos 6º e 7º desta Lei Complementar o montante de recursos financeiros transferidos, em moeda, pela União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, a título de compensação financeira pela perda de receitas decorrentes da desoneração das exportações, nos termos da Lei Complementar nº 87, de 13 de setembro de 1996, bem como de outras compensações de mesma natureza que vierem a ser instituídas em face da perda de receitas de impostos e de transferências previstos no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição.

Art. 9º. Para efeito do cálculo da base da receita prevista nos artigos 6º e 7º desta Lei Complementar, devem ser considerados os recursos decorrentes da

dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 10. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas, sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 11. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 12. Os recursos dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão repassados aos Fundos de Saúde, para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, por meio de contas especiais mantidas em instituição financeira oficial.

Parágrafo único. Para fins do previsto no caput, serão mantidas, separadamente, contas bancárias para o gerenciamento dos seguintes recursos:

I - provenientes da aplicação dos percentuais mínimos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, na forma prevista nos arts. 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar;

II - provenientes das transferências regulares e automáticas do Fundo Nacional de Saúde;

III - provenientes de repasses de outros entes da Federação;

IV - provenientes de operações de crédito internas e externas vinculadas à saúde; e

V - outras receitas destinadas à saúde.

Art. 13. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento junto a órgão vinculado ao SUS da administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde,

ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 14. Os recursos provenientes de taxas, tarifas ou multas arrecadados por entidades próprias da área da saúde que integram a administração direta ou indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deverão ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde pelas respectivas entidades, não sendo considerados, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 15. Os recursos de que trata esta Lei Complementar, enquanto não empregados na sua finalidade e ressalvados os casos previstos em lei, deverão ser aplicados em conta vinculada mantida junto à instituição financeira oficial, sob a responsabilidade do gestor de saúde e de acordo com a legislação específica em vigor.

Parágrafo único. As receitas financeiras decorrentes das aplicações referidas no caput deverão ser utilizadas em ações e serviços públicos de saúde, não sendo consideradas, no entanto, para fins de apuração dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, observados os seguintes prazos:

I - recursos arrecadados do primeiro ao décimo dia de cada mês: até o vigésimo dia;

II - recursos arrecadados do décimo primeiro ao vigésimo dia de cada mês: até o trigésimo dia;

III - recursos arrecadados do vigésimo primeiro dia ao final de cada mês: até o décimo dia do mês subsequente.

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

Art. 17. O rateio dos recursos da União aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério das necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, respeitado o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais.

§ 1º O Ministério da Saúde definirá e publicará, anualmente, utilizando metodologia pactuada na Comissão Intergestores Tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde, os montantes a serem transferidos a cada Estado, Distrito Federal e Município para custeio das ações e serviços públicos de saúde.

§ 2º O Fundo Nacional de Saúde manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios, com base na habilitação da gestão e na prestação de serviços pela rede conveniada e contratada do Sistema Único de Saúde, bem como o efetivamente realizado.

§ 3º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

Art. 18. As transferências da União para Estados, Distrito Federal e Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, de forma regular e automática, de acordo com a programação elaborada pelo Ministério da Saúde e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas e excepcionais, por proposta da Comissão Intergestores Tripartite e com a aprovação do Conselho Nacional de Saúde, os recursos de que trata o caput poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde de cada ente da Federação mediante a celebração de convênio ou

instrumentos congêneres ou diretamente aos prestadores de serviços da rede conveniada ou contratada do SUS.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, respeitado o princípio de igualdade de recursos para necessidades iguais.

§ 1º Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais aos Municípios e a previsão anual de recursos para cada Município, pactuadas na Comissão Intergestores Bipartite e aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde.

§ 2º O Fundo Estadual de Saúde manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios, com base na habilitação da gestão e na prestação de serviços pela rede conveniada e contratada do Sistema Único de Saúde, bem como o efetivamente realizado.

Art. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos de Saúde, de forma regular e automática, de acordo com a programação elaborada pelo Fundo de Saúde Estadual e aprovada pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas e excepcionais, por proposta da Comissão Intergestores Bipartite e com a aprovação do Conselho Estadual de Saúde, os recursos de que trata o caput poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde dos Municípios mediante a celebração de convênio ou instrumentos congêneres ou diretamente aos prestadores de serviços da rede conveniada ou contratada do SUS.

Art. 21. Os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo intermunicipal, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.

Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e na Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e com as normas operacionais do SUS pactuadas na Comissão Intergestores Tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção V

Das Disposições Gerais

Art. 22. Para a fixação inicial dos recursos mínimos instituídos a que se referem os arts. 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar, serão consideradas as estimativas constantes das respectivas leis orçamentárias.

Parágrafo único. Os valores fixados na forma do caput serão apurados e ajustados a cada quadrimestre, em função do comportamento da arrecadação.

Art. 23. Para fins de aferição da aplicação dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:

I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e

II - as despesas inscritas em Restos a Pagar, até o limite de disponibilidade de caixa no Fundo de Saúde e, no caso da União, nas demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde, provenientes dos recursos previstos nos arts. 5º, 6º, 7º e 8º.

Art. 24. Eventual diferença que implique o não-atendimento dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente à apuração da diferença, sem prejuízo das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Aplica-se ainda o disposto no caput sempre que o cancelamento ou a prescrição de Restos a Pagar comprometer a aplicação do montante mínimo em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 25. Ficam vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar.

Art. 26. É vedado à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo da receita de que tratam os artigos 5º, 6º, 7º e 8º desta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências previstas no art. 198, § 2º, incisos II e III da Constituição Federal, inclusive aquelas vinculadas a fundos ou despesas, quando da apuração dos recursos mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 27. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias anuais e os planos de aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.

§ 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população, em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade inter-regional.

§ 3º Os planos e metas estaduais constituirão a base para o plano e metas nacionais, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades perante os limites de recursos.

CAPÍTULO IV

DA TRANSPARÊNCIA, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

Seção I

Da Transparência da Gestão da Saúde

Art. 28. O Poder Executivo da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios dará ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e instituições da sociedade, com ênfase no que se refere:

I - à explicitação, na prestação de contas anual, do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - ao relatório de gestão do Sistema Único de Saúde;

III - à avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do Sistema Único de Saúde, no âmbito do respectivo ente da Federação.

Parágrafo único. A transparência e visibilidade serão asseguradas, também, mediante incentivo à participação popular e à realização de audiências públicas durante o processo de elaboração e discussão do plano plurianual, do plano de saúde e do orçamento anual.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 29. Os órgãos e entidades da administração direta e indireta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios adotarão instrumentos de registro contábeis que garantam a segregação das despesas quanto à execução das ações e serviços públicos de saúde.

Art. 30. O Fundo de Saúde promoverá a consolidação das contas referentes à execução das ações e serviços públicos de saúde por parte dos órgãos e entidades da administração direta e indireta do ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 31. A prestação de contas de recursos públicos prevista no artigo 56 da Lei Complementar nº 101, de 04 de maio de 2000, evidenciará o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição, nesta Lei Complementar e nas demais normas legais concernentes.

Art. 32. As receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Público, assim como em demonstrativo específico no Relatório Resumido da Execução Orçamentária de que trata o art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 33. O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, ao Conselho de Saúde correspondente, em audiência pública nas Casas Legislativas respectivas e junto ao Conselho de Orçamento Participativo, onde houver, relatório detalhado, referente ao quadrimestre anterior, que contenha, no mínimo, as seguintes informações:

I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;

II - auditorias realizadas, ou em fase de execução no período e suas recomendações; e

III - oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação.

Parágrafo único. O relatório de que trata o caput seguirá modelo a ser elaborado pelo Conselho Nacional de Saúde.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 34. O Poder Legislativo, com o auxílio dos Tribunais de Contas, o sistema de auditoria do Sistema Único de Saúde e o Conselho de Saúde de cada ente da Federação fiscalizarão o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase nos seguintes aspectos:

I - execução do plano de saúde anual;

II - alcance das metas para a saúde estabelecidas na respectiva lei de diretrizes orçamentárias;

III - aplicação dos recursos mínimos vinculados à saúde, de acordo com as normas previstas nesta Lei Complementar;

IV - transferências de recursos aos Fundos de Saúde;

V - aplicação dos recursos do SUS, especialmente no que se refere aos montantes mínimos vinculados às ações e serviços públicos de saúde, observada a competência dos órgãos de fiscalização; e

VI - destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

Art. 35. O Ministério da Saúde manterá, de forma centralizada, sistema de registro eletrônico das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.

§ 1º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios alimentarão, obrigatoriamente e em caráter declaratório, o sistema especificado no caput.

§ 2º O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde, ou outro que venha a lhe substituir, apresentará as seguintes características:

I - processos informatizados de declaração, armazenamento e extração dos dados;

II - disponibilidade do programa de declaração;

III - publicidade dos dados declarados e dos indicadores calculados;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar; e

V - presença de mecanismos que promovam a correspondência dos dados declarados no sistema e os demonstrativos contábeis publicados pelos entes da Federação.

§ 3º Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pela:

I - inserção de dados no programa de declaração;

II - fidedignidade dos dados declarados em relação aos demonstrativos contábeis; e

III - veracidade dos dados inseridos no sistema.

§ 4º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para a inserção ou remessa dos dados previstos neste artigo.

§ 5º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o relatório de gestão de que trata o art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 6º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do Sistema Único de Saúde e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público, à Controladoria-Geral da União e ao Tribunal de Contas do respectivo ente da Federação, para a adoção das medidas cabíveis.

Art. 36. O Ministério da Saúde disponibilizará, aos respectivos Tribunais de Contas, informações prestadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, para utilização nas atividades de fiscalização e controle externo daqueles órgãos.

Parágrafo único. Constatadas divergências entre os dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde e os obtidos pelos Tribunais de Contas em seus procedimentos de fiscalização, será dada ciência ao Ministério da Saúde e à direção local do SUS, para que sejam tomadas as medidas cabíveis, sem prejuízo das sanções previstas em lei.

Art. 37. Os Conselhos de Saúde avaliarão, no máximo, a cada quadrimestre, o relatório do gestor da saúde sobre a execução desta Lei complementar e a sua repercussão nas condições de saúde da população e na qualidade dos serviços de saúde do SUS.

Parágrafo único. Com base na avaliação dos relatórios referidos no caput, os Conselhos de Saúde encaminharão ao Chefe do Poder Executivo da respectiva esfera de governo as indicações quanto à adoção de medidas corretivas e contribuições para a formulação das políticas de saúde.

CAPÍTULO V

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 38. A União prestará cooperação técnica aos Estados e ao Distrito Federal para a implementação do disposto no art. 19 desta Lei Complementar.

Art. 39. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar.

§ 1º A cooperação técnica consiste no treinamento e no desenvolvimento de recursos humanos e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 35 desta Lei Complementar, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 2º A cooperação financeira consiste na doação de bens ou valores e no financiamento por intermédio das instituições financeiras federais.

Art. 40. Serão criadas, no âmbito da União e dos Estados, vinculadas ao Ministério da Saúde e às Secretarias Estaduais de Saúde, respectivamente, em caráter permanente, comissões de gestores de saúde com a participação paritária de representação das três esferas de governo - Comissão Intergestores Tripartite - nacionalmente, e das esferas estadual e municipal em cada Unidade Federada - Comissão Intergestores Bipartite, com a atribuição de discutir e pactuar sobre a execução da política de saúde, do planejamento, do plano de saúde e seu orçamento, da descentralização, da regionalização e hierarquização das ações e serviços de saúde, e, em especial, sobre os critérios de rateio de recursos da União para os Estados e dos Estados para os Municípios, nos termos desta Lei Complementar.

Parágrafo único. As decisões das comissões referidas no caput só poderão ser tomadas por consenso e deverão ser observadas pelos dirigentes do SUS, em cada esfera de governo.

Art. 41. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar configuram crime ou ato de improbidade administrativa para os gestores e agentes públicos que lhe derem causa e serão punidas nos termos do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940; da Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950; do Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967; da Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente.

Art. 42. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Sala da Comissão,

ANEXO II

Quadro 1: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base De Cálculo. Exercício de 2000. Em reais.

BASE DE CÁLCULO	ARRECADADO
1. RECEITAS CORRENTES	2.657.074.636,81
1.1 Receita Tributária	1.813.109.815,60
1.1.1 Impostos	1.813.109.815,60
IPVA	82.624.072,00
ITCMD	6.967.798,72
ICMS	1.717.103.718,21
ICMS – REFIS	6.414.226,67
1.2 Transferências Correntes	461.022.957,00
1.2.1 Transferências da União	376.696.528,42
1.2.1.1 Participação na Receita da União	376.696.528,42
FPE	155.839.561,95
IRRF	109.718.686,27
IPI	111.138.280,20
1.2.2 Outras Transferências da União	84.326.428,58
Transferências Financeiras Lei nº 87/96	84.326.428,58
1.3 Outras Receitas Correntes	37.639.464,26
1.3.1 Multas e Juros de Mora	22.181.763,10
1.3.1.1 Multas e Juros de Mora dos Tributos	22.181.763,10
Multas e Juros de Mora ICMS	14.416.638,70
Multas e Juros de Mora IPVA	3.569.985,88
Multas e Juros de Mora ITCMD	199.942,72
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ICMS	3.478.213,31
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do IPVA	3.065,60
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ITCMD	0,00
Multas e Juros de Mora ICMS – REFIS	513.916,89
1.3.1.2 Receita da Dívida Ativa Tributária	15.457.701,16
Dívida Ativas do ICMS	15.455.903,98
Dívida Ativas do IPVA	7.941,09
Dívida Ativa do ITCMD	3.856,09
1.4 FUNDEF COTA ESTADO	345.302.399,95
VALOR MÍNIMO DE APLICAÇÃO 7%	185.995.224,58
LOR APLICADO-EMPENHADO = 7,16%	190.244.710,31

Fonte: Processo AOR 01/01478968 – Relatório de Auditoria nº TCE/DCE/INSP.3/DIV.7 – 114/2001

Quadro 2: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base de Cálculo. Exercício de 2001. Em reais.

BASE DE CÁLCULO	ARRECADADO
1. RECEITAS CORRENTES	3.152.854.896,42
1.1 Receita Tributária	2.165.616.485,68
1.1.1 Impostos	2.165.616.485,68
IPVA	95.133.164,95
ITCMD	8.218.512,57
ICMS	2.043.989.352,41
ICMS – REFIS	18.275.455,75
1.2 Transferências Correntes	509.822.450,43
1.2.1 Transferências da União	427.825.902,99
1.2.1.1 Participação na Receita da União	427.825.902,99
FPE	183.478.499,90
IRRF	126.723.729,25
IPI	117.623.673,84
1.2.2 Outras Transferências da União	81.996.547,44
Transferências Financeiras Lei nº 87/96	81.996.547,44
1.3 Outras Receitas Correntes	39.678.015,21
1.3.1 Multas e Juros de Mora	32.291.814,48
1.3.1.1 Multas e Juros de Mora dos Tributos	32.291.814,48
Multas e Juros de Mora ICMS	1.010.990,64
Multas e Juros de Mora IPVA	4.063.661,90
Multas e Juros de Mora ITCMD	206.929,05
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ICMS	2.632.599,41
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do IPVA	5.875,39
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ITCMD	1.803,59
Multas e Juros de Mora ICMS – REFIS	4.369.954,50
1.3.1.2 Receita da Dívida Ativa Tributária	7.386.200,73
Dívida Ativas do ICMS	7.368.612,12
Dívida Ativas do IPVA	15.235,86
Dívida Ativa do ITCMD	2.352,75
1.4 FUNDEF COTA ESTADO	437.737.945,10
VALOR MÍNIMO DE APLICAÇÃO 8,13%	256.327.103,08
VALOR APLICADO- EMPENHADO = 7,58	238.948.487,90

Fonte: Demonstrativo da Receita Orçamentária Arrecadada – mês a mês – Administração Direta já deduzidas as transferências Financeiras Constitucionais e Legais a Municípios

Cálculos: Equipe Técnica – TCE/SC

Quadro 3: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base De Cálculo. Exercício de 2002. Em reais.

BASE DE CÁLCULO	ARRECADADO
1. RECEITAS CORRENTES	3.681.297.103,44
1.1 Receita Tributária	3.124.569.259,71
Impostos	3.124.569.259,71
IRRF	148.323.482,52
IPVA	115.839.867,61
ITCMD	11.6219.536,56
ICMS	2.831.859.161,25
ICMS – REFIS	17.327.211,77
1.2 Transferências Correntes	506.542.760,54
1.2.1 Transferências da União	400.079.395,46
1.2.1.1 Participação na Receita da União	400.079.395,46
FPE	267.141.228,89
IPI	132.938.166,57
1.2.2 Outras Transferências da União	106.463.365,08
Transferências Financeiras Lei nº 87/96	106.463.365,08
1.3 Outras Receitas Correntes	50.185.083,19
1.3.1 Multas e Juros de Mora	40.421.811,78
1.3.1.1 Multas e Juros de Mora dos Tributos	40.421.811,78
Multas e Juros de Mora ICMS	24.042.681,58
Multas e Juros de Mora IPVA	5.179.203,18
Multas e Juros de Mora ITCMD	232.542,83
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ICMS	4.205.047,64
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do IPVA	44.375,13
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ITCMD	1.054,10
Multas e Juros de Mora ICMS - REFIS	6.716.907,32
1.3.1.2 Receita da Dívida Ativa Tributária	9.763.271,41
Dívida Ativa do ICMS	9.647.611,93
Dívida Ativa do IPVA	114.157,76
Dívida Ativa do ITCMD	1.501,72
VALOR MÍNIMO A APLICAR EM 2002 (9,10%)	334.998.036,41
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – FONTE 00	231.153.941,72
FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE	74.791.268,72
VALOR APLICADO (EMPENHADO)	305.945.210,44
PERCENTUAL APLICADO	8,31%

Fonte: Demonstrativo da Receita Orçamentária Arrecada – mês a mês – Administração Direta, deduzidas as transferências financeiras Constitucionais e Legais a Municípios

Cálculos: Equipe Técnica – TCE/SC

Quadro 4: Valores Mínimos Alocados em Ações e Serviços de Saúde. Base De Cálculo. Exercício de 2003. Em reais.

BASE DE CÁLCULO	ARRECADADO
1. RECEITAS CORRENTES	4.407.528.459,08
1.1 Receita Tributária	3.800.790.392,04
1.1.1 Impostos	3.800.790.392,04
IRRF	189.558.883,81
IPVA	129.131.081,79
ITCMD	12.512.656,61
ICMS	3.449.030.060,93
ICMS – REFIS	20.557.708,90
1.2 Transferências Correntes	531.982.182,26
1.2.1 Transferências da União	416.317.015,33
1.2.1.1 Participação na Receita da União	416.317.015,33
FPE	277.907.944,89
IPI	138.409.070,44
1.2.2 Outras Transferências da União	115.665.166,93
Transferências Financeiras Lei n.º 87/96	115.665.166,93
1.3 Outras Receitas Correntes	74.755.884,78
1.3.1 Multas e Juros de Mora	32.396.590,77
1.3.1.1 Multas e Juros de Mora dos Tributos	32.396.590,77
Multas e Juros de Mora ICMS	15.255.560,16
Multas e Juros de Mora IPVA	6.105.494,87
Multas e Juros de Mora ITCMD	257.762,52
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ICMS	4.054.271,36
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do IPVA	138.908,57
Multas e Juros de Mora Dívida Ativa do ITCMD	367,85
Multas e Juros de Mora ICMS - REFIS	6.584.225,44
1.3.1.2 Receita da Dívida Ativa Tributária	42.359.294,01
Dívida Ativas do ICMS	42.205.588,46
Dívida Ativas do IPVA	152.474,17
Dívida Ativa do ITCMD	1.231,38
VALOR MÍNIMO DE APLICAÇÃO 10,07%	443.838.115,83
VALOR APLICADO - EMPENHADO = 11,14%	491.139.977,96

Fonte: Demonstrativo da Receita Orçamentária Arrecada - mês a mês - Administração Direta já deduzidas as transferências financeiras Constitucionais e Legais a Municípios

Cálculos: Equipe Técnica - TCE/SC.

ANEXO III

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde.

As Mesas da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, nos termos do § 3º do art. 60 da Constituição Federal, promulgam a seguinte Emenda ao texto constitucional:

Art. 1º A alínea e do inciso VII do art. 34 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.34....."

"VII-....."

"e) aplicação do mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências, na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde." (NR)

Art. 2º O inciso III do art. 35 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.35....."

"III - não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita municipal na manutenção e desenvolvimento do ensino e nas ações e serviços públicos de saúde;" (NR)

Art. 3º O § 1º do art. 156 da Constituição Federal passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.156....."

"§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá:" (NR)

"I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e" (AC)

"II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel."

(AC)

"....."

Art. 4º O parágrafo único do art. 160 passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art.160....."

"Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos:" (NR)

"I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias;" (AC)

"II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III." (AC)

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

"Art.167....."

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

"....."

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

"Art.198....."

"§ 1º (parágrafo único original)....."

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

"I - no caso da União, na forma definida nos termos da Lei complementar prevista no § 3º;" (AC)

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

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

"§ 3º Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá;" (AC)

"I - os percentuais de que trata o § 2º;" (AC)

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

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

"IV - as normas de cálculo do montante a ser aplicado pela União." (AC)

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

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

"I - no caso da União:" (AC)

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

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

"II - no caso dos Estados e do Distrito Federal, doze por cento do produto da arrecadação dos impostos a que se refere o art. 155 e dos recursos de que

tratam os arts. 157 e 159, inciso I, alínea *a*, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios; e" (AC)

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

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

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

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

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

Art. 8º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de setembro de 2000

ANEXO IV

RESOLUÇÃO 322, DE 08 DE MAIO DE 2003

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE

O Plenário do Conselho Nacional de Saúde, em sua Centésima Trigésima Reunião Ordinária, realizada nos dias 07 e 08 de maio de 2003, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990 e conforme estabelecido no artigo 77, § 3º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT,

Considerando:

- que o mesmo referendou a aprovação da Resolução 316, aprovada pelo Plenário do CNS em sua 118ª Reunião Ordinária, realizada nos dias 03 e 04 de abril de 2002, passando a mesma constituir-se na Resolução 322, de 08 de maio de 2003;
- a promulgação da Emenda Constitucional 29, em 13 de setembro de 2000, vinculando os recursos orçamentários da União, Estados, Distrito Federal e Municípios a serem aplicados obrigatoriamente em ações e serviços públicos de saúde;
- serem os dispositivos da Emenda Constitucional 29 auto-aplicáveis;
- a necessidade de esclarecimento conceitual e operacional do texto constitucional, de modo a lhe garantir eficácia e viabilizar sua perfeita aplicação pelos agentes públicos até a aprovação da Lei Complementar a que se refere o § 3º do artigo 198 da Constituição Federal;
- a necessidade de haver ampla discussão pública para a elaboração da Lei Complementar prevista no § 3º do artigo 198 da Constituição Federal, de forma a disciplinar os dispositivos da Emenda Constitucional 29;

- os esforços envidados pelos gestores do SUS, com a realização de amplas discussões e debates sobre a implementação da Emenda Constitucional 29, com o intuito de promover a aplicação uniforme e harmônica dos ditames constitucionais;

- as discussões realizadas pelo grupo técnico formado por representantes do Ministério da Saúde, do Ministério Público Federal, do Conselho Nacional de Saúde - CNS, do Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde - CONASS, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS, da Comissão de Seguridade Social da Câmara dos Deputados, da Comissão de Assuntos Sociais do Senado e da Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON, resultando na elaboração do documento **“Parâmetros Consensuais Sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29”**; e

- os subsídios colhidos nos seminários sobre a **“Operacionalização da Emenda Constitucional 29”**, realizados em setembro e dezembro de 2001, com a participação de representantes dos Tribunais de Contas dos Estados, dos Municípios e da União, do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Saúde e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS.

RESOLVE:

I - Aprovar as seguintes diretrizes acerca da aplicação da Emenda Constitucional 29, de 13 de setembro de 2000:

DA BASE DE CÁLCULO PARA DEFINIÇÃO DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Primeira Diretriz: A apuração dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, de que tratam o art. 198, § 2º da Constituição Federal e o Art. 77 do ADCT, dar-se-á a partir das seguintes bases de cálculo:

I – Para a União, até o ano de 2004, o montante efetivamente empenhado em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior ao da apuração da nova base de cálculo.

II – Para os Estados:

• **Total das receitas de impostos de natureza estadual:**

ICMS, IPVA, ITCMD

• **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPE

Cota-Parte do IPI – Exportação

Transferências da Lei Complementar 87/96 (Lei Kandir)

• **(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF**

• **(+) Outras receitas correntes:**

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.

• **(-) Transferências financeiras constitucionais e legais a Municípios:**

ICMS (25%),

IPVA (50%),

IPI – Exportação (25%),

(=) Base de Cálculo Estadual

III – Para os Municípios:

• **Total das receitas de impostos municipais:**

ISS, IPTU, ITBI

• **(+) Receitas de transferências da União:**

Quota-Parte do FPM

Quota-Parte do ITR

Quota-Parte da Lei Complementar 87/96 (Lei Kandir)

• **(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF**

• **(+) Receitas de transferências do Estado:**

Quota-Parte do ICMS

Quota-Parte do IPVA

Quota-Parte do IPI – Exportação

• **(+) Outras Receitas Correntes:**

Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária

(=) Base de Cálculo Municipal

IV – Para o Distrito Federal:

Base de Cálculo Estadual	Base de Cálculo Municipal
ICMS (75%)	ICMS (25%)
IPVA (50%)	IPVA (50%)
ITCD	IPTU
Simplex	ISS
Imposto de Renda Retido na Fonte	ITBI
Quota-parte FPE	Quota-parte FPM
Quota-parte IPI - exportação (75%)	Quota-parte IPI - exportação (25%)
Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (75%)	Quota-parte ITR
Dívida Ativa Tributária de Impostos	Transferência LC 87/96 - Lei Kandir (25%)
Multas, juros de mora e correção monetária	Dívida Ativa Tributária de Impostos
	Multas, juros de mora e correção monetária

DOS RECURSOS MÍNIMOS A SEREM APLICADOS EM SAÚDE

Segunda Diretriz: Para a União, a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, no período do ano de 2001 até 2004, a que se refere o art. 77, II, *b*, do ADCT, deverá ser observado o seguinte:

I - a expressão “**o valor apurado no ano anterior**”, previsto no Art. 77, II, b, do ADCT, é o montante efetivamente empenhado pela União em ações e serviços públicos de saúde no ano imediatamente anterior, desde que garantido o mínimo assegurado pela Emenda Constitucional, para o ano anterior;

II - em cada ano, até 2004, o valor apurado deverá ser corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto – PIB do ano em que se elabora a proposta orçamentária (a ser identificada no ano em que se executa o orçamento).

Terceira Diretriz: Para os Estados e os Municípios, até o exercício financeiro de 2004, deverá ser observada a regra de evolução progressiva de aplicação dos percentuais mínimos de vinculação, prevista no Art. 77, do ADCT.

§ 1º Os entes federados cujo percentual aplicado em 2000 tiver sido não superior a sete por cento deverão aumentá-lo de modo a atingir o mínimo previsto para os anos subseqüentes, conforme o quadro abaixo.

PERCENTUAIS MÍNIMOS DE VINCULAÇÃO		
Ano	Estados	Municípios
2000	7%	7%
2001	8%	8,6%
2002	9%	10,2%
2003	10%	11,8%
2004	12%	15%

§ 2º Os entes federados que em 2000 já aplicavam percentuais superiores a sete por cento não poderão reduzi-lo, retornando aos sete por cento. A diferença entre o efetivamente aplicado e o percentual final estipulado no texto constitucional deverá ser abatida na razão mínima de um quinto ao ano, até 2003, sendo que em 2004 deverá ser, no mínimo, o previsto no art. 77 do ADCT.

Quarta Diretriz: O montante mínimo de recursos a serem aplicados em saúde pelo Distrito Federal deverá ser definido pelo somatório (i) do percentual de vinculação correspondente aos estados aplicado sobre a base estadual definida na primeira diretriz com (ii) o percentual de vinculação correspondente aos municípios aplicado sobre a base municipal definida na primeira diretriz, seguindo

a regra de progressão prevista no artigo 77 da ADCT, conforme abaixo demonstrado:

Ano	Montante Mínimo de Vinculação
2000	0,07 × Base Estadual + 0,070 × Base Municipal
2001	0,08 × Base Estadual + 0,086 × Base Municipal
2002	0,09 × Base Estadual + 0,102 × Base Municipal
2003	0,10 × Base Estadual + 0,118 × Base Municipal
2004	0,12 × Base Estadual + 0,150 × Base Municipal

Parágrafo Único: Aplica-se ao Distrito Federal o disposto no § 2º da Terceira Diretriz.

DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Quinta Diretriz: Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas com pessoal ativo e outras despesas de custeio e de capital, financiadas pelas três esferas de governo, conforme o disposto nos artigos 196 e 198, § 2º, da Constituição Federal e na Lei 8080/90, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativos, que atendam, simultaneamente, aos seguintes critérios:

I – sejam destinadas às ações e serviços de acesso universal, igualitário e gratuito;

II – estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente federativo;

III – sejam de responsabilidade específica do setor de saúde, não se confundindo com despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que com reflexos sobre as condições de saúde.

§ Único – Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços de saúde, realizadas pelos Estados, Distrito Federal e Municípios deverão ser financiadas com recursos alocados por meio dos respectivos Fundos de Saúde, nos termos do Art. 77, § 3º do ADCT.

Sexta Diretriz: Atendido ao disposto na Lei 8.080/90, aos critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC 29, consideram-se despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas à promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, incluindo:

- I** - vigilância epidemiológica e controle de doenças;
- II** - vigilância sanitária;
- III** - vigilância nutricional, controle de deficiências nutricionais, orientação alimentar, e a segurança alimentar promovida no âmbito do SUS;
- IV** - educação para a saúde;
- V** - saúde do trabalhador;
- VI** - assistência à saúde em todos os níveis de complexidade;
- VII** - assistência farmacêutica;
- VIII** - atenção à saúde dos povos indígenas;
- IX** - capacitação de recursos humanos do SUS;
- X** - pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde, promovidos por entidades do SUS;
- XI** - produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, tais como medicamentos, imunobiológicos, sangue e hemoderivados, e equipamentos;
- XII** - saneamento básico e do meio ambiente, desde que associado diretamente ao controle de vetores, a ações próprias de pequenas comunidades ou em nível domiciliar, ou aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (DSEI), e outras ações de saneamento a critério do Conselho Nacional de Saúde;
- XIII** - serviços de saúde penitenciários, desde que firmado Termo de Cooperação específico entre os órgãos de saúde e os órgãos responsáveis pela prestação dos referidos serviços.
- XIV** – atenção especial aos portadores de deficiência.

XV – ações administrativas realizadas pelos órgãos de saúde no âmbito do SUS e indispensáveis para a execução das ações indicadas nos itens anteriores;

§ 1º No caso da União, excepcionalmente, as despesas com ações e serviços públicos de saúde da União financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º.01.2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, **excepcionalmente**, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Sétima Diretriz: Em conformidade com o disposto na Lei 8.080/90, com os critérios da Quinta Diretriz e para efeito da aplicação da EC nº 29, não são consideradas como despesas com ações e serviços públicos de saúde as relativas a:

- I** – pagamento de aposentadorias e pensões;
- II** - assistência à saúde que não atenda ao princípio da universalidade (clientela fechada);
- III** - merenda escolar;
- IV** - saneamento básico, mesmo o previsto no inciso XII da Sexta Diretriz, realizado com recursos provenientes de taxas ou tarifas e do Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, ainda que excepcionalmente executado pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria de Saúde ou por entes a ela vinculados;
- V** - limpeza urbana e remoção de resíduos sólidos (lixo);
- VI** - preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes federativos e por entidades não governamentais;
- VII** – ações de assistência social não vinculadas diretamente a execução das ações e serviços referidos na Sexta Diretriz e não promovidas pelos órgãos de Saúde do SUS;

VIII – ações e serviços públicos de saúde custeadas com recursos que não os especificados na base de cálculo definida na primeira diretriz.

§ 1º No caso da União, os pagamentos de juros e amortizações decorrentes de operações de crédito, contratadas para custear ações e serviços públicos de saúde, **não** integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

§ 2º No caso dos Estados, Distrito Federal e Municípios, as despesas com ações e serviços públicos de saúde financiadas com receitas oriundas de operações de crédito contratadas para essa finalidade **não** integrarão o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido, no exercício em que ocorrerem.

DOS INSTRUMENTOS DE ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

Oitava diretriz: Os dados constantes no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde do Ministério da Saúde – SIOPS serão utilizados como referência para o acompanhamento, a fiscalização e o controle da aplicação dos recursos vinculados em ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo Único: Os Tribunais de Contas, no exercício de suas atribuições constitucionais, poderão, a qualquer tempo, solicitar, aos órgãos responsáveis pela alimentação do sistema, retificações nos dados registrados pelo SIOPS.

Nona Diretriz: O Sistema de Informação Sobre Orçamentos Públicos em Saúde – SIOPS, criado pela Portaria Interministerial 1.163, de outubro de 2000, do Ministério da Saúde e da Procuradoria Geral da República, divulgará as informações relativas ao cumprimento da Emenda Constitucional 29 aos demais órgãos de fiscalização e controle, tais como o Conselho Nacional de Saúde, os Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde, o Ministério Público Federal e Estadual, os Tribunais de Contas da União, dos Estados e Municípios, o Senado Federal, a Câmara dos Deputados, as Assembléias Legislativas, a Câmara Legislativa do Distrito Federal e as Câmaras Municipais.

Décima Diretriz: Na hipótese de descumprimento da EC nº 29, a definição dos valores do exercício seguinte não será afetada; ou seja, os valores mínimos serão definidos tomando-se como referência os valores que teriam assegurado o pleno cumprimento da EC nº 29 no exercício anterior. Além disso, deverá haver uma suplementação orçamentária no exercício seguinte, para compensar a perda identificada, sem prejuízo das sanções previstas na Constituição e na legislação.

HUMBERTO COSTA

Presidente do Conselho Nacional de Saúde

Ministro de Estado da Saúde

ANEXO V**LEGISLAÇÃO CITADA****CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

Artigos 1º e 18 - conferiu ao Município status de ente federado, dotado de autonomia;

Art. 23, II - trata da Saúde e da Assistência Pública;

Art. 30, VII - estabelece que à União e ao Estado cabe prover a cooperação técnica e financeira necessária ao exercício da saúde;

Art. 99, § 1º e art. 127, § 3º - ao Poder Judiciário e ao Ministério Público foi deferida prerrogativa de elaborar a própria proposta orçamentária anual;

Art. 155. Compete aos Estados e ao Distrito Federal instituir impostos sobre: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

I - transmissão causa mortis e doação, de quaisquer bens ou direitos; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

II - operações relativas à circulação de mercadorias e sobre prestações de serviços de transporte interestadual e intermunicipal e de comunicação, ainda que as operações e as prestações se iniciem no exterior; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

III - propriedade de veículos automotores. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

§ 1.º O imposto previsto no inciso I: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

I - relativamente a bens imóveis e respectivos direitos, compete ao Estado da situação do bem, ou ao Distrito Federal

II - relativamente a bens móveis, títulos e créditos, compete ao Estado onde se processar o inventário ou arrolamento, ou tiver domicílio o doador, ou ao Distrito Federal;

III - terá competência para sua instituição regulada por lei complementar:

a) se o doador tiver domicílio ou residência no exterior;

b) se o de cujus possuía bens, era residente ou domiciliado ou teve o seu inventário processado no exterior;

IV - terá suas alíquotas máximas fixadas pelo Senado Federal;

§ 2.º O imposto previsto no inciso II atenderá ao seguinte: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

I - será não-cumulativo, compensando-se o que for devido em cada operação relativa à circulação de mercadorias ou prestação de serviços com o montante cobrado nas anteriores pelo mesmo ou outro Estado ou pelo Distrito Federal;

II - a isenção ou não-incidência, salvo determinação em contrário da legislação:

a) não implicará crédito para compensação com o montante devido nas operações ou prestações seguintes;

b) acarretará a anulação do crédito relativo às operações anteriores;

III - poderá ser seletivo, em função da essencialidade das mercadorias e dos serviços;

IV - resolução do Senado Federal, de iniciativa do Presidente da República ou de um terço dos Senadores, aprovada pela maioria absoluta de seus membros, estabelecerá as alíquotas aplicáveis às operações e prestações, interestaduais e de exportação;

V - é facultado ao Senado Federal:

a) estabelecer alíquotas mínimas nas operações internas, mediante resolução de iniciativa de um terço e aprovada pela maioria absoluta de seus membros;

b) fixar alíquotas máximas nas mesmas operações para resolver conflito específico que envolva interesse de Estados, mediante resolução de iniciativa da maioria absoluta e aprovada por dois terços de seus membros;

VI - salvo deliberação em contrário dos Estados e do Distrito Federal, nos termos do disposto no inciso XII, "g", as alíquotas internas, nas operações relativas à circulação de mercadorias e nas prestações de serviços, não poderão ser inferiores às previstas para as operações interestaduais;

VII - em relação às operações e prestações que destinem bens e serviços a consumidor final localizado em outro Estado, adotar-se-á:

a) a alíquota interestadual, quando o destinatário for contribuinte do imposto;

b) a alíquota interna, quando o destinatário não for contribuinte dele;

VIII - na hipótese da alínea "a" do inciso anterior, caberá ao Estado da localização do destinatário o imposto correspondente à diferença entre a alíquota interna e a interestadual;

IX - incidirá também:

a) sobre a entrada de bem ou mercadoria importados do exterior por pessoa física ou jurídica, ainda que não seja contribuinte habitual do imposto, qualquer que seja a sua finalidade, assim como sobre o serviço prestado no exterior, cabendo o imposto ao Estado onde estiver situado o domicílio ou o estabelecimento do destinatário da mercadoria, bem ou serviço; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

b) sobre o valor total da operação, quando mercadorias forem fornecidas com serviços não compreendidos na competência tributária dos Municípios;

X - não incidirá:

a) sobre operações que destinem mercadorias para o exterior, nem sobre serviços prestados a destinatários no exterior, assegurada a manutenção e o aproveitamento do montante do imposto cobrado nas operações e prestações anteriores; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

b) sobre operações que destinem a outros Estados petróleo, inclusive lubrificantes, combustíveis líquidos e gasosos dele derivados, e energia elétrica;

c) sobre o ouro, nas hipóteses definidas no art. 153, § 5º;

d) nas prestações de serviço de comunicação nas modalidades de radiodifusão sonora e de sons e imagens de recepção livre e gratuita; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

XI - não compreenderá, em sua base de cálculo, o montante do imposto sobre produtos industrializados, quando a operação, realizada entre contribuintes e relativa a produto destinado à industrialização ou à comercialização, configure fato gerador dos dois impostos;

XII - cabe à lei complementar:

a) definir seus contribuintes;

b) dispor sobre substituição tributária;

c) disciplinar o regime de compensação do imposto;

d) fixar, para efeito de sua cobrança e definição do estabelecimento responsável, o local das operações relativas à circulação de mercadorias e das prestações de serviços;

e) excluir da incidência do imposto, nas exportações para o exterior, serviços e outros produtos além dos mencionados no inciso X, "a"

f) prever casos de manutenção de crédito, relativamente à remessa para outro Estado e exportação para o exterior, de serviços e de mercadorias;

g) regular a forma como, mediante deliberação dos Estados e do Distrito Federal, isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados.

h) definir os combustíveis e lubrificantes sobre os quais o imposto incidirá uma única vez, qualquer que seja a sua finalidade, hipótese em que não se aplicará o disposto no inciso X, b; (Incluída pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

i) fixar a base de cálculo, de modo que o montante do imposto a integre, também na importação do exterior de bem, mercadoria ou serviço. (Incluída pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 3º À exceção dos impostos de que tratam o inciso II do *caput* deste artigo e o art. 153, I e II, nenhum outro imposto poderá incidir sobre operações relativas a energia elétrica, serviços de telecomunicações, derivados de petróleo,

combustíveis e minerais do País. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 4º Na hipótese do inciso XII, *h*, observar-se-á o seguinte: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

I - nas operações com os lubrificantes e combustíveis derivados de petróleo, o imposto caberá ao Estado onde ocorrer o consumo; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

II - nas operações interestaduais, entre contribuintes, com gás natural e seus derivados, e lubrificantes e combustíveis não incluídos no inciso I deste parágrafo, o imposto será repartido entre os Estados de origem e de destino, mantendo-se a mesma proporcionalidade que ocorre nas operações com as demais mercadorias; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

III - nas operações interestaduais com gás natural e seus derivados, e lubrificantes e combustíveis não incluídos no inciso I deste parágrafo, destinadas a não contribuinte, o imposto caberá ao Estado de origem; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

IV - as alíquotas do imposto serão definidas mediante deliberação dos Estados e Distrito Federal, nos termos do § 2º, XII, *g*, observando-se o seguinte: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

a) serão uniformes em todo o território nacional, podendo ser diferenciadas por produto; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

b) poderão ser específicas, por unidade de medida adotada, ou *ad valorem*, incidindo sobre o valor da operação ou sobre o preço que o produto ou seu similar alcançaria em uma venda em condições de livre concorrência; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

c) poderão ser reduzidas e restabelecidas, não se lhes aplicando o disposto no art. 150, III, *b*. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 5º As regras necessárias à aplicação do disposto no § 4º, inclusive as relativas à apuração e à destinação do imposto, serão estabelecidas mediante

deliberação dos Estados e do Distrito Federal, nos termos do § 2º, XII, g. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 33, de 2001)

§ 6º O imposto previsto no inciso III: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

I - terá alíquotas mínimas fixadas pelo Senado Federal; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

II - poderá ter alíquotas diferenciadas em função do tipo e utilização. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

Art. 156. Compete aos Municípios instituir impostos sobre:

I - propriedade predial e territorial urbana;

II - transmissão "inter vivos", a qualquer título, por ato oneroso, de bens imóveis, por natureza ou acessão física, e de direitos reais sobre imóveis, exceto os de garantia, bem como cessão de direitos a sua aquisição;

III - serviços de qualquer natureza, não compreendidos no art. 155, II, definidos em lei complementar. (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

§ 1º Sem prejuízo da progressividade no tempo a que se refere o art. 182, § 4º, inciso II, o imposto previsto no inciso I poderá: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - ser progressivo em razão do valor do imóvel; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - ter alíquotas diferentes de acordo com a localização e o uso do imóvel. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

§ 2º - O imposto previsto no inciso II:

I - não incide sobre a transmissão de bens ou direitos incorporados ao patrimônio de pessoa jurídica em realização de capital, nem sobre a transmissão de bens ou direitos decorrente de fusão, incorporação, cisão ou extinção de pessoa jurídica, salvo se, nesses casos, a atividade preponderante do adquirente

for a compra e venda desses bens ou direitos, locação de bens imóveis ou arrendamento mercantil;

II - compete ao Município da situação do bem.

§ 3º Em relação ao imposto previsto no inciso III do *caput* deste artigo, cabe à lei complementar: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

I - fixar as suas alíquotas máximas e mínimas; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

II - excluir da sua incidência exportações de serviços para o exterior. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 3, de 1993)

III - regular a forma e as condições como isenções, incentivos e benefícios fiscais serão concedidos e revogados. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 37, de 2002)

Art. 157. Pertencem aos Estados e ao Distrito Federal:

I - o produto da arrecadação do imposto da União sobre renda e proventos de qualquer natureza, incidente na fonte, sobre rendimentos pagos, a qualquer título, por eles, suas autarquias e pelas fundações que instituírem e mantiverem;

II - vinte por cento do produto da arrecadação do imposto que a União instituir no exercício da competência que lhe é atribuída pelo art. 154, I.

Art. 159. A União entregará:

I - do produto da arrecadação dos impostos sobre renda e proventos de qualquer natureza e sobre produtos industrializados, quarenta e sete por cento na seguinte forma:

a) vinte e um inteiros e cinco décimos por cento ao Fundo de Participação dos Estados e do Distrito Federal;

.....

II - do produto da arrecadação do imposto sobre produtos industrializados, dez por cento aos Estados e ao Distrito Federal, proporcionalmente ao valor das respectivas exportações de produtos industrializados.

Art. 160. É vedada a retenção ou qualquer restrição à entrega e ao emprego dos recursos atribuídos, nesta seção, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, neles compreendidos adicionais e acréscimos relativos a impostos.

Parágrafo único. A vedação prevista neste artigo não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega de recursos: (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - ao pagamento de seus créditos, inclusive de suas autarquias; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

II - ao cumprimento do disposto no art. 198, § 2º, incisos II e III. (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

Art.165 - § 5º - abrangendo todas as entidades e órgãos vinculados à União, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo poder público, no que se refere ao orçamento da seguridade social;

Art. 167. São vedados:.....

I - o início de programas ou projetos não incluídos na lei orçamentária anual;

IV - a vinculação de receita de impostos a órgão, fundo ou despesa, ressalvadas a repartição do produto da arrecadação dos impostos a que se referem os arts. 158 e 159, a destinação de recursos para as ações e serviços públicos de saúde, para manutenção e desenvolvimento do ensino e para realização de atividades da administração tributária, como determinado, respectivamente, pelos arts. 198, § 2º, 212 e 37, XXII, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8º, bem como o disposto no § 4º deste artigo; (Redação dada pela Emenda Constitucional nº 42, de 19.12.2003)

Artigos 195, caput e § 1º e 198, parágrafo único CF - obrigam a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios, com suas receitas próprias a contribuir para o financiamento da seguridade social, mediante dotações orçamentárias;

Artigos 195 e 198 – estabelecem que o financiamento do SUS é uma responsabilidade comum dos níveis Federal, Estadual e Municipal;

Art. 196 – consagra o princípio segundo o qual "a saúde é direito de todos e dever do Estado";

Art. 198, III – trata da participação da comunidade no SUS;

ADCT - Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

I - no caso da União: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

a) no ano 2000, o montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB; (Incluído pela Emenda Constitucional nº 29, de 2000)

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 : Em 13 de setembro de 2000 foi aprovada a EC-29, que estabeleceu as regras para a progressiva provisão de recursos para as ações e serviços públicos de saúde. Deu nova redação dada ao artigo 198 da Constituição Federal tratando da base de cálculo, além do artigo 77 do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) estabelecer os percentuais mínimos naquela ocasião.

PEC 169/PEC 32: As receitas provenientes de contribuições incidentes sobre faturamento (Contribuição Social para o Financiamento da Seguridade Social – COFINS e Contribuição sobre o Lucro Líquido das empresas – CSLL) seriam de forma similar, especializada para a área da saúde.

LEI DO PLANO PLURIANUAL - Terá vigência de quatro anos e será encaminhado pelo Poder Executivo ao Poder Legislativo até 30 de agosto do

primeiro exercício financeiro do mandato governamental e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa que ocorre em 15 de dezembro de cada ano.

LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS: Deverá ser encaminhada pelo Executivo ao Legislativo até 15 de abril de cada ano devendo ser devolvido para sanção até o encerramento do primeiro período da sessão legislativa em 30 de junho do mesmo ano.

LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL - Será encaminhada até 30 de setembro de cada ano, antes do encerramento do exercício financeiro e devolvido para sanção até o encerramento da sessão legislativa em 15 de dezembro do mesmo ano.

LEI COMPLEMENTAR 101/2000 (LRF): A Lei de Responsabilidade Fiscal estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal, mediante ações em que se previnam riscos e corrijam os desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas, destacando-se o planejamento, o controle, a transparência e a responsabilização, como premissas básicas.

LEI 4.320/64: Estatuiu normas gerais de direito financeiro para a elaboração e controle dos orçamentos e balanços da União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

LEI 8.080/90 - Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Estabelece as normas gerais do SUS.

LEI 8.142/90: Trata da alocação dos recursos, estipula a contrapartida de recursos para a saúde nos orçamentos dos Municípios, dos Estados e do Distrito Federal como requisito para receber os recursos do Fundo Nacional de Saúde.

LEI 9.311/96 (CPMF): Institui a Contribuição Provisória sobre Movimentação ou Transmissão de Valores e de Créditos e Direitos de Natureza Financeira - CPMF, e dá outras providências. Em 1999, quando de sua prorrogação, a alíquota de contribuição passou de 0,20% para 0,38%, adicionando 0,18% para a previdência social e mantendo a alíquota de 0,20% para a saúde.

PORTARIA GM 1.481, DE 31/12/90: O Ministério da Saúde incumbiu o INAMPS de "implantar a nova política de financiamento do SUS para 1991...",

RESOLUÇÃO 322/2003: Do Conselho Nacional de Saúde, estabelece as diretrizes para a aplicação da Emenda Constitucional 29.

RESOLUÇÃO INAMPS 227, DE 27/07/90 : Regulamenta a Portaria GM 896, pela qual o Ministério da Saúde autorizou o INAMPS a implantar o Sistema de Informações Hospitalares e o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIH/SIA-SUS). Estabeleceu um sistema único de informações ambulatoriais e um sistema único de repasses financeiros, adotando-se métodos gerenciais modernos.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS 01 (NOB/SUS 01/91): Regulamentou o artigo 35 da Lei 8.080/90, definindo os aspectos de natureza operacional necessários ao gerenciamento dos serviços e ações de saúde nos três níveis de governo.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS 02 (NOB-SUS 01/92): Buscou avançar no processo de construção e maturação do SUS e normatizar a organização e operacionalização da assistência à saúde para 1992.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS 01/93 : Criou diferentes fases para habilitação dos Municípios, segundo o tipo de gestão que cada um optasse, cumprindo os pré-requisitos da Lei 8.142/90.

NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS 01/96 : Buscou avançar o processo de municipalização do setor saúde e, embora com as dificuldades encontradas foi implantada no início de 1998. Permitiu o estabelecimento do princípio constitucional do comando único em cada nível de governo, descentralizando os instrumentos gerenciais

NORMA OPERACIONAL BÁSICA/SUS 98 (NOB-96 MODIFICADA): O Governo federal editou, no início de 1998, um pacote de novas portarias que modificaram a essência da NOB-96, culminando com a chamada "NOB-98".

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOAS-SUS 01/2001: Regulamentada pela Portaria 95, de 26 de janeiro de 2001, expedida

pelo Gabinete do Ministro, ampliou as responsabilidades dos Municípios na Atenção Básica.

NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE NOAS-SUS/2002:

Aprovada pela Portaria MS/GM 373, de 27 de fevereiro de 2002, estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde, criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação (e desabilitação) de Estados e Municípios.