

Observatório dos Direitos do Cidadão

acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de
São Paulo

17

Fundo Municipal de Saúde

Julho, 2003

Instituto Pólis/PUC-SP

Publicações do Observatório dos Direitos do Cidadão

A primeira série dos Cadernos do *Observatório dos Direitos do Cidadão* apresenta um balanço da **evolução das políticas sociais** em São Paulo. As análises tiveram como referência as gestões de Luíza Erundina, Paulo Maluf e Celso Pitta - período entre 1989 e 2000.

- | | |
|------------------------|---------------------------|
| 1 - Assistência Social | 4 - Habitação |
| 2 - Educação | 5 - Criança e Adolescente |
| 3 - Saúde | 6 - Orçamento |

A segunda série dos Cadernos teve como foco os **conselhos municipais** das respectivas políticas monitoradas pelo *Observatório*. Os textos analisam a criação dos conselhos, seu funcionamento, sua composição e os desafios que se colocam para sua atuação.

- 7 - Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
- 8 - Conselho Municipal de Saúde
- 9 - Conselho de Escola
- 10 - Conselho Municipal de Habitação
- 11 - Conselho Municipal de Assistência Social
- 12 - Articulação entre os Conselhos Municipais

A terceira série de Cadernos analisa os **fundos municipais** das cinco políticas monitoradas na perspectiva da articulação entre o planejamento, o financiamento e a gestão da política.

- 13 - Financiamento da Política de Educação
- 14 - Fundo Municipal de Habitação
- 15 - Fundo Municipal da Criança e do Adolescente
- 16 - Fundo Municipal de Assistência Social

Para maiores informações:

Instituto Pólis
Rua Araújo, 124
Centro São Paulo/ SP
tel. 11 3258-6121
publicacoes@polis.org.br

**Instituto de Estudos
Especiais IEE/PUC-SP**
Rua Ministro Godoy, 1213
Perdizes São Paulo/SP
tel. 11 3871-4429
iee@pucsp.br

Apresentação

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** é um instrumento para o exercício da cidadania. Seu objetivo é acompanhar e analisar a evolução das políticas públicas na cidade de São Paulo e tornar público o resultado de seu trabalho.

A existência de instâncias de participação na gestão municipal é uma conquista da sociedade que se mobilizou para criá-los e um avanço de governantes empenhados na construção de uma nova forma democrática de governar. Entretanto, sua transformação em efetivos órgãos de decisão colegiada ainda não se deu, e uma das razões para isso é que as representações eleitas da sociedade civil não detêm as informações sobre a evolução do gasto público e sobre a execução das políticas em questão.

Com base nesse diagnóstico e reconhecendo a importância destes Conselhos e demais mecanismos de participação para orientar o gasto público e as políticas específicas, segundo as prioridades determinadas pelas comunidades, o Instituto Pólis e a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo decidiram unir esforços e criaram o **Observatório dos Direitos do Cidadão**.

A partir de agora o **Observatório dos Direitos do Cidadão** faz o acompanhamento da execução orçamentária do município e das políticas de educação, saúde, moradia, assistência social e defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes. Seus relatórios periódicos serão públicos e existirá um programa especial de capacitação para as lideranças comunitárias que atuam nos espaços públicos de participação.

O trabalho do **Observatório dos Direitos do Cidadão** é coordenado pelo Instituto Pólis e pelo Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP e conta com a indispensável parceria dos núcleos de

estudo e pesquisa do Programa de Pós-Graduação da PUC-SP das áreas de Serviço Social e Educação: Segurança e Assistência Social; Criança e o Adolescente; Movimentos Sociais; Saúde e Sociedade; Currículo, Estado, Sociedade.

Igualmente importante é a parceria estabelecida com a Central de Movimentos Populares (CMP), a União dos Movimentos de Moradia (UMM), a União dos Movimentos Populares de Saúde (UMPS) e os Fóruns municipais da Assistência Social (FMAS) e dos Direitos da Criança e do Adolescente (FMDCA). Essas organizações compõem, junto com o Pólis e o IEE, o **Colegiado de Gestão do Observatório dos Direitos do Cidadão**, instância que tem por objetivo articular o desenvolvimento do projeto com as demandas das lutas sociais, refletindo-se na pauta das publicações.

O **Observatório dos Direitos do Cidadão** conta com o apoio da Fundação Ford e se beneficia também do apoio da EED ao Instituto Pólis. A OXFAM contribui para este projeto no que diz respeito à análise e ao monitoramento do orçamento público.

Através do **Observatório dos Direitos do Cidadão** colocamos à disposição da sociedade paulistana, especialmente de suas representações coletivas e comunitárias, informações e análises que visam colaborar para uma atuação mais efetiva e propositiva de suas lideranças na construção de um governo democrático e de uma vida melhor.

Essa terceira série de Cadernos aborda os Fundos Especiais das políticas monitoradas. Ao tratar do seu histórico de criação na cidade, suas dificuldades e impasses, tomamos o cuidado de discutir o tema articulado ao planejamento e à gestão da política. Conhecer o financiamento e o fluxo dos recursos públicos amplia a possibilidade do controle social, um dos maiores desafios para conselheiros e sociedade civil organizada.



PÓLIS
INSTITUTO DE ESTUDOS,
FORMAÇÃO E ACESSORIA
EM POLÍTICAS SOCIAIS



Instituto de Estudos Especiais - PUC/SP

Gilson Carvalho

CATALOGAÇÃO NA FONTE - PÓLIS/CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÃO

CARVALHO, Gilson

Fundo Municipal de Saúde.

São Paulo, Instituto Pólis / PUC-SP, 2003. 104p.

(Observatório dos Direitos do Cidadão: acompanhamento e análise das políticas públicas da cidade de São Paulo, 17)

1. Fundos Públicos. 2. Fundo de Saúde. 3. Política de Saúde. 4. SUS. 5. Financiamento da Saúde na Cidade de São Paulo. 6. Controle Social da Saúde. 8. Conselho Municipal de Saúde na Cidade de São Paulo. I. Instituto Pólis. II. PUC-SP. III. Título. IV. Série.

Fonte: Vocabulário Pólis/CDI

Revisão: Izabel Moraes Baio

Editoração Eletrônica: Renato Fabriga

Capa: Bamboo Studio

Produção Gráfica: Bamboo Studio

Fotolitos: Digilaser

Impressão: Gráfica Peres

Sumário

1. Saúde: direito de todos	9
1.1. Financiamento da política de saúde	10
1.2. Importância da legislação	12
2. Os fundos especiais e o fundo de saúde	13
2.1. Conceito de fundo especial na administração pública	13
2.2. Diferença entre fundação, fundo autárquico e os fundos em geral	15
2.3. Propriedade do patrimônio dos fundos especiais, como o de saúde	15
2.4. História do fundo especial na área de saúde	16
3. A análise dos preceitos legais do fundo de saúde e de seu controle social	18
3.1. Obrigatoriedade de que cada esfera de governo – União, estados e municípios – tenha um fundo de saúde criado por lei.	18
3.2. Obrigatoriedade da origem de recursos	24
3.3. Obrigatoriedade da gestão-gerência	27
3.4. Obrigatoriedade do Conselho de Saúde	34
3.5. Obrigatoriedade da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho	37
3.6. Obrigatoriedade do gestor disponibilizar dados para o cidadão	41

3.7. Obrigatoriedade de o gestor disponibilizar todo tipo de informação para o Conselho	44
3.8. Obrigatoriedade para recebimento de recursos financeiros nacionais	46
3.9. Obrigatoriedade de se ter o Plano de Saúde ligado a planos e leis	49
3.10. Obrigatoriedade de cada esfera de governo garantir recursos para a saúde	54
3.11. Obrigatoriedade de só utilizar as receitas da saúde para pagar despesas com saúde, previstas na Lei Orgânica da Saúde	59
3.12. Cumprimento da legislação por parte das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde	63
3.13. Conclusões e recomendações sobre o caso municipal	65
4. Conclusões, recomendações gerais e legislação pertinente	68
4.1. Legislação pertinente (anexos)	77
Notas	104

Fundo municipal de saúde

1. Saúde: direito de todos

O direito à saúde é uma luta do homem durante vários séculos. Faz parte do direito à vida e ao estado de bem-estar, felicidade de todos os seres humanos.

No Brasil a luta vem de séculos, entretanto, foi nas últimas décadas do século XX que esse direito à saúde foi mais discutido. Um dos marcos é a III Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963, cujos objetivos foram frustrados pelo início da ditadura militar. Nela se definiu o direito de todos à saúde e a municipalização como caminho para se conseguir implantá-lo. Também merece destaque a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que aglutinou e consolidou todas as propostas da denominada Reforma Sanitária com respaldo da sociedade, de técnicos, prestadores de serviço e administradores públicos, bem como de representantes do Legislativo. Os resultados dessa CNS foram apresentados ao Congresso Nacional para discussão e incorporação à Constituição. Isso foi feito, e consagrou-se na Constituição Federal, de 1988, um corpo doutrinário, com base nos princípios da Reforma Sanitária, que desembocou na criação do Sistema Único de Saúde – SUS¹.

Entre os princípios técnicos desse novo modelo, destacam-se: saúde como direito, universalidade do acesso, equidade, integralidade, intersetorialidade, ênfase na promoção e proteção à saúde, sem prejuízo da recuperação. Já os princípios organizacionais e gerenciais consistem em: existência de gestor único em cada

esfera de governo, descentralização, hierarquização, regionalização, financiamento tripartite, controle institucional e social.

A Constituição de 1988 consagrou os direitos e deveres de todos os cidadãos brasileiros e representa, sem dúvida, grande conquista de cidadania. A saúde está entre os direitos constitucionais inscritos no capítulo II que trata dos Direitos Sociais, art. 6º:

“São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados”.

Como se vê, a saúde como direito específico está bem clara nos direitos sociais. Nos enunciados gerais do SUS, pressupõe-se que seja um dos condicionantes fundamentais para que se garanta cidadania, dignidade etc.

Sonho ou realidade? A meu ver, um sonho que deve se tornar realidade na medida em que, como cidadãos plenos, cumparamos nossas obrigações individuais e coletivas que possibilitarão usufruirmos nossos direitos, entre eles, o de ter e gozar saúde.

A saúde é um direito essencial que na Constituição está colocado também como dever do Estado; um direito cuja garantia requer que cada um de nós cumpra seus deveres; a participação e luta de cada um de nós para que todos sejamos cidadãos plenos, iguais em direitos e deveres. O direito à saúde deve, portanto, ser entendido como parte da transformação de nosso país.

1.1. Financiamento da política de saúde

A ação de saúde é cara, e medir seus resultados é extremamente complexo. Sucessos coletivos expressivos, assegurando vida e sobrevivência, como uma taxa de cobertura vacinal de 100%, não garantem ao indivíduo, ou até mesmo à coletividade, satisfação

em relação aos serviços de saúde. Ainda que se eleve o patamar de longevidade das pessoas, o inexorável da morte, mesmo que nos estágios de extrema velhice, representa, muitas vezes, para os indivíduos e a sociedade o fracasso da ação de saúde. Isso para não falarmos nos acidentes de trânsito, a violência urbana, os crimes financeiros afetando saúde e vida de inúmeros cidadãos.

Sem recursos financeiros não se garantem instalações adequadas, equipamentos necessários, materiais de consumo imprescindíveis e recursos humanos suficientes, atenciosos e preparados. Se, de um lado, defendemos a necessidade de recursos financeiros, deixamos claro que esses recursos, embora assegurados, não garantem em si mesmos a eficácia das ações de saúde.

A luta por mais recursos para a área da saúde é apenas uma parte da solução do problema. Podemos ter os maiores recursos alocados à área da saúde e não conseguirmos que esses sirvam para o atendimento universal de todos os cidadãos. Só a existência deles não garantirá seu uso correto, o compromisso dos profissionais de saúde com o ser humano, a ética do cidadão acima de qualquer ética de corporação, a busca de eficiência no uso correto dos poucos recursos, o consumo correto de medicamentos, de equipamentos e de conhecimentos. Muitas vezes encontramos pessoas da sociedade em geral (ou da área da saúde) que parecem cruzar os braços à espera de que existam mais recursos, condições ideais para, então, se comprometerem. Ledo engano. Dinheiro para a saúde é fundamental, mas não garante sozinho eficiência; não melhora o relacionamento entre médico e paciente, indicação correta de medicamentos, exames, pareceres etc.

Esse texto representa um esforço para que as pessoas entendam um pouco mais do financiamento da saúde, da responsabilidade das três esferas de governo em relação a ele, de como deve ser administrado o dinheiro da saúde (fundos de saúde) e

controlado pelos conselhos de saúde. Com isso, temos a intenção de que, estando mais informadas, as pessoas possam tomar posições com maior propriedade na solução dos problemas.

Em relação ao financiamento da saúde, algumas questões merecem ser pontuadas. Uma delas é a de que existem recursos destinados à saúde em nosso país abaixo do mínimo imprescindível e possível, e esses poucos são, muitas vezes, mal utilizados.

Ao controlarmos o dinheiro público destinado à garantia da saúde para todos os cidadãos, controlamos muito mais que apenas o recurso, exercemos controle sobre os resultados de seu uso correto ou errado em relação à sua finalidade, ou seja, gozarmos da vida com qualidade e bem-estar, com felicidade.

Para analisarmos o Fundo de Saúde, há quatro passos distintos que fazem parte do controle social: informação, análise, conclusão, ação. O acesso à informação correta, no momento correto, é o fundamento de todos os demais. Sem informação, não há condição de fazermos nossa análise e tirarmos nossas conclusões. O que vamos enfatizar aqui é, sobretudo, o mecanismo legal do acesso à informação do financiamento da saúde. O segundo passo são as possibilidades de análises. O terceiro é a conclusão, e o quarto é nossa ação de confirmação do certo e correção do errado. Vamos ver em que estágio nos encontramos para mudar a realidade daí para adiante.

1.2. Importância da legislação

O marco teórico de meus estudos tem sido o que a lei determina e, em seguida, a verificação de seu cumprimento. Parto do princípio democrático do Estado de Direito que tem como compromisso a defesa do cidadão. Esse texto trata da relação entre o que é legal e o que é real. A lei está sendo cumprida ou não? Assim, vamos analisar o financiamento da saúde sob o ponto de vista de sua administração em relação ao Fundo de Saúde e como

se dá esse controle social. Faremos isso recorrendo a um estudo de caso acerca do cumprimento da lei no município de São Paulo. Estudamos a legislação nacional, estadual e municipal de São Paulo analisando com o ocorrido no último ano do governo de Celso Pitta (2000) e nos dois primeiros anos do governo de Marta Suplicy (2001 e 2002).

A conclusão desse estudo sintetiza o que ocorreu em São Paulo, tecendo recomendações gerais que tanto servem aos conselheiros e militantes da área de saúde de São Paulo como de outras cidades.

A luta para se conseguir mais recursos para a área de saúde e maior controle, visando a seu melhor uso, só terá chance de ser vitoriosa quando fizer parte de uma luta de cidadania em que todos os brasileiros estiverem reunidos: governos, prestadores de serviço, trabalhadores de saúde e cidadãos usuários dos serviços de saúde, com o duplo objetivo de conseguir mais recursos e uma melhor utilização dos existentes.

2. Os fundos especiais e o fundo de saúde

2.1. Conceito de fundo especial na administração pública

Lei nº 4.320 título VIII - dos Fundos Especiais (1964)

Art. 71 - Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que, por lei, se vinculem à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.

Art. 72 - A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a turnos especiais far-se-á por meio de dotação consignada na lei de orçamento ou em créditos adicionais.

Art. 73 - Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.

Art. 74 - A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo elidir a competência específica do tribunal de contas ou órgão equivalente.

O governo brasileiro, a partir da Lei nº 4.320, art. 71-74, abre a possibilidade de a administração pública constituir fundo especial para que nele se depositem “receitas especificadas por lei que se vinculem à realização de determinados objetivos”. Esses recursos colocados, por exemplo, em um fundo de saúde têm que fazer parte do orçamento oficial do órgão ou esfera de governo, ficando, qualquer saldo de fim de ano, como crédito para o ano seguinte. A lei que criar o fundo de saúde pode determinar formas de controle e prestação de contas além das rotineiras. Mais adiante, no item “Obrigatoriedade do Conselho de Saúde”, detalharemos esses mecanismos.

Em 1988, a Constituição Federal, em seu art. 167, inciso IX, determina que só se pode criar um fundo com autorização do Legislativo, ou seja, só por meio de lei própria. Em 2000, foram mudados alguns artigos da Constituição Federal, pela Emenda Constitucional 29. Entre eles, mudou-se o art. 167 da Constituição Federal que, no inciso IV, permite vincular receitas de impostos ao fundo se os recursos estão destinados às ações e serviços de saúde.

Em poucas palavras, pode-se dizer que o fundo é uma conta especial que administra um recurso financeiro para determinada finalidade e só pode existir se for criado por lei, o que representa uma aprovação no Legislativo.

Segundo Meireles, jurista e especialista em direito administrativo:

“Poderá instituir-lhe fundos especiais de natureza contábil, a cujo crédito se levarão todos os recursos vinculados às suas atividades, orçamentárias e extra-orçamentárias, inclusive receita própria”.

2.2. Diferença entre fundação, fundo autárquico e os fundos em geral

Há Fundações Públicas e Privadas que são entidades jurídicas, sem fins lucrativos, que se dedicam à determinada atividade. Essas Fundações podem, algumas vezes, usar o nome de Fundo, acrescido ou não do termo autárquico, mas são exceções. E não são desses fundos autárquicos, independentes que estamos falando.

As Fundações são independentes, têm autonomia. Elas têm personalidade jurídica com Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) e toda a documentação independente. São Fundações, ou Fundos Autárquicos, com suas diretorias, independência administrativa e financeira.

Em contraponto, os fundos, como os da Saúde, não são autônomos ou independentes. Estão sempre atrelados a instituições ou esferas de governo e têm sua personalidade jurídica no órgão ao qual estão ligados. Os fundos especiais, como os de saúde, não podem, nem devem ter personalidade jurídica e, muito menos, ter CNPJ. Esses fundos aproximam-se mais do conceito de “uma conta especial”, cuja titularidade não é própria, senão a do órgão, instituição ou esfera administrativa de governo a que pertence.

2.3. Propriedade do patrimônio dos fundos especiais, como o de saúde

Como o Fundo de Saúde é apenas contábil e não tem personalidade jurídica, quem lhe garante a personalidade é a esfera de governo na qual se encontra: prefeitura, estado ou União.

Em consequência disso, todos os bens móveis e imóveis adquiridos pelo Fundo de Saúde passam a pertencer ao patrimônio da esfera de governo onde o fundo está.

Portanto, o patrimônio do Fundo é do órgão público a que pertence e nele estarão patrimoniados:

- A disponibilidade financeira em caixa
- Todos os direitos possíveis
- Os bens móveis e imóveis próprios e/ou doados

Todo o patrimônio existente e o que for adquirido deve ser incorporado no município ao patrimônio da prefeitura, secretaria municipal de saúde. Tem-se que vigiar para que não haja desvio de finalidade de bens móveis e imóveis adquiridos com recursos do fundo. É preciso controlar para que esse patrimônio seja todo utilizado aos objetivos do fundo de onde saíam os recursos para seu financiamento, ou seja, a aquisição de patrimônio com recursos do fundo deve estar sempre relacionada às ações que visem à saúde dos cidadãos.

2.4. História do fundo especial na área de saúde

Historicamente, desde o período de discussão da Reforma Sanitária nas décadas de 70 e 80, defendia-se o Fundo de Saúde considerando-se seu duplo objetivo: eficientizador e coibidor de desvio de recursos. Eficientizador: melhorar a eficiência da administração, descentralizando a administração financeira para a área específica da saúde. Coibidor da corrupção: ao se separarem os recursos da área da saúde dos demais recursos das administrações municipal, estadual ou federal, imagina-se que haverá uma maior facilidade de controle dos recursos para evitar que eles sejam usados em outras áreas da administração.

Esses argumentos foram utilizados por pessoas que defendiam a Reforma Sanitária, por técnicos e cidadãos usuários, para sensibilizar parlamentares. Os parlamentares, por sua vez, argumentavam que não se podiam descentralizar os recursos da saúde para os municípios, pois seria arriscado colocar esse dinheiro nas mãos do prefeito, que acabaria “tentado” a gastá-lo em outras áreas, segundo suas prioridades e necessidades. Se o dinheiro da saúde ficasse em um Fundo de Saúde Especial, seria mais fácil que os técnicos, os cidadãos e as demais esferas de governo, por meio do Tribunal de Contas, controlassem o uso desse dinheiro.

Assim, a proposta de criar o Fundo de Saúde constou dos textos da Reforma Sanitária, em suas discussões e escritos básicos. Tentou-se inseri-lo na Constituição de 1988, mas os constituintes acharam que isso deveria ser um detalhe para a lei que iria regulamentar e não deveria estar na Constituição. Diante disso, o fundo foi criado na Lei nº 8.080, mas, então, o presidente, Fernando Collor de Melo (1990/1992), vetou sua criação nos estados e municípios, mantendo apenas o Fundo Nacional de Saúde no Ministério da Saúde.

Naquele momento, no último trimestre de 1990, ocorreu um impasse: o presidente Collor vetava artigos da Lei nº 8.080, incluindo os do Fundo de Saúde, e o Congresso não aceitava os vetos. Depois de muita negociação, houve a saída honrosa em que nem o presidente voltava atrás e tampouco o Congresso cedia. Negociou-se uma outra lei para a saúde, completando a Lei nº 8.080, na qual foram colocadas as questões referentes ao Fundo de Saúde e ao controle social, exercido pelos Conselhos e Conferências de Saúde. Outros documentos legais, depois da Lei nº 8.142, complementaram e consolidaram o Fundo de Saúde, como o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994 (esse decreto passou a ser denominado “Decreto Fundo a Fundo”), as Normas

Operacionais Básicas (NOB 93 e 96) e a Norma Operacional de Assistência à Saúde (Noas 2002).

A conquista histórica, no entanto, foi uma mudança na Constituição Federal, denominada de Emenda Constitucional nº 29, de setembro de 2000. Ela colocou oficialmente na Constituição a necessidade de se aplicarem todos os recursos da saúde no Fundo de Saúde, que seria fiscalizado e acompanhado pelo Conselho de Saúde.

3. A análise dos preceitos legais do fundo de saúde e de seu controle social

Esse capítulo retoma e comenta os tópicos da legislação sobre o Fundo de Saúde e verifica sua aplicação no município de São Paulo.

3.1. Obrigatoriedade de que cada esfera de governo – União, estados e municípios – tenha um fundo de saúde criado por lei.

A Constituição Federal de 1988, em seu art. 167, inciso IX, determina que só se pode criar um Fundo com autorização do Legislativo, ou seja, só por meio de lei própria.

Nos estados, os Fundos de Saúde devem ser criados pela Constituição do Estado ou por uma lei específica. No estado de São Paulo foi criado o Fundo de Saúde por meio da Lei Complementar nº 204.

Nos municípios, o Fundo de Saúde deve ser criado pela Lei Orgânica dos municípios ou por uma lei específica. No município de São Paulo, o Fundo Municipal de Saúde (Fumdes) foi criado pela Lei Orgânica Municipal, de 1990, confirmando o que já havia sido criado pela Lei nº 10.830, de 1990, poucos meses antes. Em abril de 2003, foi aprovada uma nova Lei do Fumdes (Lei nº 13.563),

revogando a anterior e adequando à realidade local, 13 anos depois, o que já estava prescrito nas leis estadual e federal.

O texto da lei não precisa ser muito complexo. A ela pode se seguir a edição de um decreto explicativo e operativo. Este tem que seguir a lei, só pode explicitá-la, mas jamais contrariá-la. Para o Ministério da Saúde, o decreto do presidente é que especifica melhor o que deve se fazer para operacionalizar o fundo. O decreto pode se referir só ao Fundo Nacional de Saúde e não ter nenhuma influência, a não ser como exemplo, para os Fundos Estaduais e Municipais. O mesmo para os Decretos do Fundo Estadual de Saúde: servem apenas ao Estado, e para os municípios somente em caráter de exemplo no que se aplicar.

Além de lei e decreto, o Fundo de Saúde poderá ser orientado e regulado por outros documentos, como as portarias, instruções normativas, circulares, ordens de serviço etc. Todos esses documentos legais secundários deverão estar adequadas à lei e ao decreto. Podem inovar, acrescentar, esclarecer, mas jamais contrariar o que está na lei maior.

Segue abaixo o elenco das leis que se referem ao Fundo de Saúde nos âmbitos federal e municipal.

Constituição Federal

Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (Adct)

Art. 77, § 3º - Os recursos dos estados, do Distrito Federal e dos municípios destinados às ações e aos 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.

Lei nº 8.080 - 1990 (federal)

Art. 33 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

§ 1º - Na esfera federal, os recursos financeiros, originários do Orçamento da Seguridade Social, de outros Orçamentos da União, além de outras fontes, serão administrados pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde.

Lei nº 10.830, de 4 de janeiro de 1990 (municipal)

Art. 1º - Fica criado, junto ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, o Fumdes como instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações de saúde, de acordo com o modelo vigente, executadas ou coordenadas por aquela Secretaria.

Lei nº 13.563, de 24 de abril de 2003 (municipal)

Dispõe sobre o Fundo Municipal de Saúde (FMS), revoga a Lei nº 10.830 de 4 de janeiro de 1990 e dá outras providências.

Art. 2º - O Fundo Municipal de Saúde (FMS), vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), tem como objetivo criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executados e coordenados pela Secretaria Municipal de Saúde, para a implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde (SUS), de acordo com os princípios e as normas a ele aplicáveis.

Art. 3º - O Fundo Municipal de Saúde terá duração indeterminada, natureza contábil e gestão autônoma a ser efetuada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Art. 4º - A fiscalização e o acompanhamento da gestão do fundo caberá ao Conselho Municipal de Saúde.

Art. 5º - Constituirão receitas do Fundo Municipal de Saúde (FMS):

I – recursos provenientes da arrecadação dos impostos municipais;

II – recursos transferidos pela União, estado e outros municípios destinados às ações e aos serviços de saúde;

III – recursos provenientes de transferências e doações de instituições públicas e privadas nacionais, estrangeiras e internacionais;

IV – recursos de outras fontes para o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) em nível municipal, recebido a título de reembolso, de valores correspondentes ao sistema de assistência médica suplementar;

V – contribuições, donativos e legados de pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, nacionais, estrangeiras e internacionais;

VI – auxílios, subvenções, transferências e participações em convênios e ajustes;

VII – o produto de arrecadação de multas, correção monetária e juros por infrações ao Código Sanitário;

VIII – taxas de fiscalização sanitária e outras específicas que o município vier a criar no âmbito da saúde;

IX – receitas de eventos realizados com finalidade específica para auferir recursos para os serviços de saúde;

X – receitas auferidas de aplicações financeiras de seus recursos;

XI – recursos provenientes de operações de crédito contraídas com a finalidade de atender à área da saúde;

XII – outras receitas.

§ 1º - Todos os recursos destinados ao fundo deverão ser contabilizados como receita orçamentária municipal, em rubricas específicas do fundo, e a ele alocadas dotações na lei orçamentária, obedecendo sua aplicação às normas gerais de direito financeiro.

§ 2º - As receitas previstas nos incisos deste artigo serão repassadas pela Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico, após a sua arrecadação, mediante depósito em conta corrente específica da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, em percentuais definidos na Lei Orçamentária Anual, de acordo com as disposições constitucionais.

Art. 6 - Os recursos do Fundo Municipal de Saúde (FMS) serão aplicados, dentre outras despesas:

I - No financiamento total ou parcial de planos, programas e projetos de saúde desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, direta ou indiretamente;

II - No pagamento de vencimentos, salários, gratificações, remuneração de serviços e encargos de pessoal e de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde, bem como no pagamento de gratificações de servidores de outras secretarias, de outros municípios e de outras esferas de governo pertencentes à administração direta ou indireta que desempenhem suas funções na Secretaria Municipal de Saúde e atuem no Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de compatibilizar o quadro de recursos humanos de atenção à saúde;

III - No pagamento pela prestação de serviços complementares de saúde, firmados com entidades de direito público ou privado, para execução dos planos, programas e projetos de saúde;

IV - Na aquisição de material permanente e de consumo e de outros insumos necessários para o desenvolvimento dos planos, programas e projetos de saúde;

V - Na construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação das ações e serviços de saúde;

VI - No desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações e serviços de saúde;

VII – No desenvolvimento de recursos humanos em saúde;
VIII – Na concessão de auxílios e subvenções para o desenvolvimento da atenção à saúde;
IX - No atendimento de despesas diversas, de caráter urgente e inadiável, necessárias à execução das ações e serviços específicos de saúde;
X - Com amortizações e encargos de empréstimos contraídos no âmbito do setor da saúde;
Art. 7 - Os saldos das dotações da Secretaria Municipal de Saúde, na data de promulgação desta lei, passam a fazer parte integrante do orçamento do órgão da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

3.1.1 Município de São Paulo

Quanto à obrigatoriedade da criação do Fundo de Saúde em cada esfera de governo, cabe considerar que, no município de São Paulo, durante a administração Pitta (1997/2000) e nos dois primeiros anos da administração de Marta Suplicy (2001/2002), comprova-se a existência do fundo. No entanto, houve ilegalidades relativas ao Fumdes, que não seguiu as determinações da legislação – nem municipal, nem estadual e nem nacional – que surgiram após sua criação; o que, aliás, vem desde a criação do próprio fundo, em 1990.

Visando reverter esse quadro, a prefeita Marta Suplicy encaminhou em 2002 um Projeto de Lei remodelando e adequando o Fumdes à legislação maior, que só foi aprovado em abril de 2003.

Do ponto de vista do controle social, um primeiro esclarecimento a ser feito diz respeito às instâncias responsáveis pelo controle do fundo no município. Em São Paulo, até abril de 2003, ele estava vinculado, não ao Conselho Municipal, mas ao Conselho de Orientação do Fumdes, instância criada especificamente para controlar o fundo.

O Conselho Municipal de Saúde (CMS), sua Comissão de Orçamento e Finanças, o Conselho de Orientação do Fumdes, por meio de suas atas, resoluções, recomendações, nada comenta, nos documentos analisados, a respeito do descumprimento da legislação maior e nem da adequação da lei do Fumdes às determinações legais municipais, estaduais e federais. O CMS tem ciência do funcionamento do Fumdes e mantém representantes em seu Conselho de Orientação.

3.2. Obrigatoriedade da origem de recursos

Quanto à obrigatoriedade de que todos os recursos destinados à saúde – de origem federal, estadual e municipal – estejam aplicados no fundo de saúde, infelizmente, a concepção primeira que tiveram as administrações públicas estaduais e municipais foi a de que os fundos só administrariam recursos advindos de outra esfera de governo e não seus recursos próprios. Partia-se do princípio de que a referência aos recursos do SUS era somente para as receitas de transferência.

Já em dezembro de 1990, a Lei nº 8.080 determinava que os recursos financeiros do SUS deveriam ser depositados em conta especial (entenda-se: Fundo de Saúde) em cada esfera de atuação. Ora, isso é de uma clareza meridiana: recursos financeiros do SUS só podem significar os recursos federais, estaduais e municipais e não apenas os transferidos.

O *Código de Saúde do Estado de São Paulo*, editado em 1995, fez uma correta interpretação para o estado, conforme artigo 49:

“Os recursos financeiros do SUS serão depositados no Fundo de Saúde de cada esfera de governo e movimentados pela direção do SUS sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo”.

Mais recentemente a EC/29, em setembro de 2000, diz no ADCT, art. 77 parágrafo 3:

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

A ainda a Lei nº 8.142, em seu artigo determina:

“Os recursos (...) serão repassados de forma regular e automática para os municípios, estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.”

O entendimento jurídico é que leis nacionais são obrigatórias para os estados e municípios, mesmo que tenham legislação local divergente, o que não ocorria no município de São Paulo, que já tinha resolvido esta questão na sua Lei Orgânica Municipal, em 1990, embora não tenha cumprido.

Há uma resistência dos administradores financeiros das prefeituras e estados em colocar no fundo os recursos próprios de sua arrecadação. Em geral, ficam com os recursos no caixa-geral das administrações e/ou simulam uma passagem pelo fundo, quando se paga uma despesa; ou pagam as despesas, principalmente as referentes à folha de pagamento de pessoal contratado, e depois abatem nos recursos devidos à saúde.

Sobre esse tema, lê-se no Código de Saúde do Estado de São Paulo - Lei nº 791 (1995):

Art. 49 § 1º - Nos fundos de saúde, estadual e municipal, os recursos financeiros do SUS serão discriminados como despesas de custeio e de investimento das respectivas secretarias de saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados ao setor de saúde.

3.2.1 Município de São Paulo

O município de São Paulo talvez tenha sido o pioneiro. Colocou essa questão de forma inquestionável em sua Lei Orgânica, de abril de 1990, antes mesmo da Lei nº 8.080. Na Lei Orgânica Municipal expressa-se claramente que:

Art. 214, § 2º - O Sistema Único de Saúde, no âmbito do município, será financiado com recursos do município, do estado, da União, da Seguridade Social e de outras fontes que constituem um fundo específico, regulado por lei municipal.

A Lei do Fumdes é de janeiro de 1990, conforme se viu no item 3.1, quando ainda não tinha sido aprovada a Lei Orgânica Municipal (LOM), em abril de 1990. Ela não faz previsão, entre as receitas, da totalidade dos recursos do orçamento próprio da saúde. Apenas acena para “as dotações consignadas no orçamento do município e créditos adicionais que lhe sejam destinados”. A LOM recebeu a Lei do Fundo que lhe precedeu, mas inovou ao afirmar sobre as receitas (municipais, estaduais e da União) que constituem um Fundo.

Durante a administração de Celso Pitta, o dinheiro próprio municipal não foi administrado no Fundo de Saúde. Isso é uma ilegalidade desde abril de 1990, pois a LOM assim determinava, mesmo antes da Lei da Saúde, a Lei nº 8.080. O descumprimento não foi só da legislação nacional e estadual, mas da própria municipal.

Essa situação perdurou também no governo de Marta Suplicy até o encaminhamento de Projeto de Lei, de iniciativa do Executivo, à Câmara, propondo alteração no Fundo de Saúde. O projeto previa a adequação aos preceitos legais descritos acima, o que só foi aprovado em abril de 2003. Entretanto, a determinação legal, segundo a qual todos os recursos deveriam estar no fundo, deveria ser cumprida mesmo antes desta aprovação, com base na LOM, no Código de Saúde de São Paulo e na EC/29.

Do ponto de vista das medidas de controle social, o CMS, sua Comissão de Orçamento e Finanças, o Conselho de Orientação do Fumdes, por meio de suas atas, resoluções, recomendações, nada comenta, nos documentos analisados, a respeito do descumprimento da legislação que obriga todos os recursos da saúde a serem depositados no Fumdes. Assim, tais instâncias não reconhecem ou reprovam a irregularidade e tão pouco cobram seu cumprimento.

3.3. Obrigatoriedade da gestão-gerência

A gestão-gerência do fundo deve ser feita obrigatoriamente pelo gestor único em cada esfera de governo, ministro da saúde e secretários estaduais e municipais de saúde.

Essa questão de quem dirige o Fundo de Saúde, se o prefeito, se o secretário de Finanças/Administração ou se o secretário de saúde, é por demais polêmica em quase todas as prefeituras. Para eles, causa estranheza essa pretensa liberdade da área de saúde que tem dinheiro e ainda pode usar do jeito que quiser!

De outra parte, existe uma tradição nas administrações públicas que a área financeira é extremamente difícil e complicada. Só é de conhecimento de uns poucos iniciados que foram adquirindo esse conhecimento mais pela prática do que pelos diplomas universitários! Ninguém acompanha e quase nada se discute. É dos técnicos da área financeira sempre a última palavra como

entendidos e experientes. Mesmo presidente, governadores e prefeitos respeitam o pessoal da área econômico-financeira pelo desconhecimento e pela contínua ameaça tácita de que qualquer inovação ou intervenção que não der certo ficará sob a responsabilidade de quem está entrando em uma área que não é sua. No momento em que se transfere, por lei, essa responsabilidade para outrem, outra área, está instalado o conflito. Primeiro duvidam que isso esteja em alguma lei. Depois querem ver e descobrir qualquer possível interpretação diferente.

Não se tem outra área, a não ser a da saúde, em que o ordenador de despesas seja o seu secretário e que isso esteja previsto na Constituição Federal e em lei. O artigo 32 da Lei nº 8.080 é bastante claro quanto a este ponto:

§ 2 “As receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção na esfera de poder onde forem arrecadadas”.

Primeiramente, precisamos entender bem como se dá essa questão do poder dentro das esferas de governo. O primeiro responsável por tudo é o chefe do Executivo em cada esfera de governo: o presidente, o governador e o prefeito. Seria impossível ele dar conta de tudo. Para isso, ele tem na esfera federal seus ministros que cuidam de cada área. Nos estados e municípios, são os respectivos secretários estaduais e municipais. Esses são cargos de livre escolha do presidente, governador e prefeito, podendo os indicados ser demitidos e mudados a qualquer hora sem necessidade de indenização ou pagamento extra. Teoricamente, devem ser pessoas de extrema confiança dos governantes. Digo, teoricamente, pois nem sempre isso acontece assim, podendo existir secretários e ministros impostos

por terceiros ou por coligações políticas que são apenas tolerados. Mas isso não tira a responsabilidade deles de apenas fazer o que a lei determina.

Em que pese a não-aceitação, as polêmicas e dificuldades, a legislação é clara ao definir que deve ser do Ministério da Saúde e das Secretarias de Saúde a gestão completa do Fundo de Saúde, reforçando-se aí a ordenação de despesas, que pode ser feita por meio de documento contábil ou cheque ou ordem de pagamento.

Outra questão correlata é que as receitas devem ser depositadas no fundo na medida em que chegam à prefeitura ou ao estado ou à União. As receitas vão chegando à tesouraria do município a cada dia. Pelo preceito legal, se os recursos da saúde devem todos ser aplicados nos Fundos de Saúde, só se pode entender que diariamente devam ser feitas as transferências do caixa central da prefeitura. Várias prefeituras fazem isso diariamente – mediante a entrada dos recursos já se separa o percentual da saúde. Outros municípios estão fazendo as transferências a cada semana ou a cada dez dias de acordo com o recebimento das transferências estaduais e da União. Em relação ao mandado legal da União, é bastante claro na Lei nº 8.080, artigo 34:

“As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde(...) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social”.

Por dedução, pode-se pensar o mesmo de estados e municípios, mas, além disso, usamos o argumento do art. 77, § 3, do ADCT, o qual define que os recursos serão aplicados por meio do Fundo de Saúde. Se assim está definido, esse dinheiro da saúde

só pode estar no Fundo de Saúde e não no caixa da prefeitura que o arrecadou ou que recebeu as transferências da União ou estado. Aliás, estas jamais deveriam passar pelo caixa da prefeitura ou estado, pois devem ser transferências fundo a fundo.

Como ficou claro acima, o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde são as gestoras únicas da saúde em cada esfera de governo, conforme artigo 9 da Lei nº 8.080.

“A direção do SUS é única de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: na União, pelo Ministério da Saúde; nos estados, pelas Secretarias Estaduais; nos municípios pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.”

Como gestoras, cabe às secretarias, nas administrações, ser ordenadoras de despesas e ter o mando principal sobre o Fundo de Saúde. Na prática, o ordenador de despesas tem as seguintes atribuições:

- a) ter o poder de decidir o que vai ser feito com o recurso da saúde (segundo plano aprovado no Conselho e no Legislativo);
- b) decidir o momento de ser feito;
- c) proceder à liquidação (pagamento) do que foi feito.

O processo de se fazer, de se operacionalizar isso, pode ser compartilhado com outras estruturas da administração. Vejamos algumas delas: setor orçamentário-financeiro, setor contábil e de prestação de contas, tesouraria (recebimentos e pagamentos), aplicações financeiras, setor de compras e licitações, setor de almoxarifado, administração de materiais (estoque, logística, limpeza, vigilância), recursos humanos: seleção,

concurso, treinamento, administração. Tudo isso teria que ficar ou não na Secretaria de Saúde?

Entendemos que vai depender sempre de cada lugar em seu devido tempo. Nunca se deve abrir mão do essencial que é decidir onde gastar e só se gastar sob as ordens da Secretaria de Saúde.

Um princípio geral, por experiência, é que, quanto menores forem os municípios em população e receita, mais lógico é que as prefeituras tenham serviços de apoio únicos para todas as Secretarias. Já nas prefeituras maiores, cada vez mais, a tendência para maior agilidade e controle é ter todos os serviços de apoio na própria Secretaria de Saúde. E até as megaprefeituras e suas Secretarias podem e devem fazer a descentralização interna dessa administração financeira ou por Distritos Sanitários ou por grandes estruturas, como hospitais e algumas policlínicas.

O importante é que isso esteja devidamente firmado em documento, como um Decreto, uma portaria ou ordem de serviço, em que cada papel fique bem delimitado entre as várias Secretarias. Isso é uma questão interna da administração que pode mudar conforme as circunstâncias e a avaliação.

Quero dar um exemplo aqui de coisas que comumente acontecem. É comum a administração de pessoal e folha de pagamento estarem no setor de administração-geral da prefeitura ou estado. Eles processam toda a folha de pagamento com as informações colhidas e emitem a relação final. E aí o que fazer se o dinheiro está no Fundo de Saúde, na Secretaria de Saúde? É simples. Monta-se o processo da folha de pagamento com a relação dos funcionários da saúde, valores de salários e adendos e encaminha-se à Secretaria de Saúde – Fundo de Saúde. O Conselho analisa a folha de pagamento, verifica se as pessoas que lá estão arroladas realmente trabalham na área de saúde e se os valores

estão corretos. Se houver dúvidas ou erros, entra em contato com o Setor Administrativo. Dirimidas dúvidas e corrigidos erros (por exemplo: pessoas colocadas na folha da saúde que não trabalham na saúde), o Fundo de Saúde emite a ordem de pagamento ou cheque referente à folha. Assim se faz com todas as áreas que não estejam diretamente subordinadas ao Fundo de Saúde, mas que façam operações referentes à saúde.

Fazendo uma comparação simples. É como nós usamos os bancos: colocamos e retiramos dinheiro, aplicamos, pagamos contas, em suma, decidimos sobre ele, mas quem faz a operacionalização é o banco.

Repito que, nessa possível divisão, a Secretaria Municipal de Saúde deve ficar com o essencial: decisão e autorização do que fazer com o dinheiro. Ou seja, só a Saúde usa o dinheiro, ninguém mais. O poder de decisão tem que ser da Saúde como manda a lei.

Os recursos administrados no Fundo de Saúde fazem parte da administração municipal como um todo e são apenas gerenciados em sua área com a finalidade específica da saúde. O essencial de essa administração estar na Secretaria de Saúde é o poder de decisão do que fazer com os recursos e em que prazo. Recursos totais administrados na Secretaria de Saúde dão ao gestor da saúde a possibilidade de agilizar o uso dos recursos para as prioridades da Secretaria de Saúde. Quando a administração não está exclusivamente sob o comando da Saúde quem tem o fluxo de caixa na mão utiliza-os (recursos do tesouro) conforme suas conveniências e prioridades. Isso decorre, em primeiro lugar, do fato de que os recursos financeiros da saúde não estão totalmente depositados e administrados no Fundo de Saúde, o que, como vimos, é uma ilegalidade; conforme as leis que seguem:

Constituição Federal

Art. 195, §2 - A proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

Código de Saúde de São Paulo (Lei nº 791 - 1995)

Art. 49 - Os recursos financeiros do SUS serão depositados no Fundo de Saúde de cada esfera de governo e movimentados pela direção do SUS sob fiscalização do respectivo Conselho de Saúde, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo.

§ 1º - Nos fundos de saúde, estadual e municipal, os recursos financeiros do SUS serão discriminados como despesas de custeio e de investimento das respectivas Secretarias de Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados ao setor de saúde.

Lei nº 10.830 (1990)

Art. 1º – Fica criado, junto ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde, o Fumdes como instrumento de suporte financeiro para o desenvolvimento das ações de saúde, de acordo com o modelo vigente, executadas ou coordenadas por aquela Secretaria.

Lei nº 8.080 (1990)

Art. 34 – As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (...) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social a projetos e atividades a serem executados no âmbito do SUS.

3.3.1 Município de São Paulo

Quanto à obrigatoriedade da gestão do Fundo ser feita pelo Secretário da Saúde, no município de São Paulo, durante o governo Pitta e também na atual administração, o ordenador das despesas é o Secretário de Saúde. A administração dos recursos foi compartilhada, ficando as demais áreas distribuídas da seguinte forma:

- a) contabilidade dos recursos do Fundo e do Tesouro; licitação e compras; contratos e convênios ficaram sob a responsabilidade da Secretaria de Saúde.
- b) tesouraria e controladoria sob a responsabilidade da administração-geral da Secretaria da Fazenda.

Como até 2002 a totalidade dos recursos não estava depositada no Fumdes, a administração dos recursos próprios municipais, ditos do Tesouro Municipal, limitou a autonomia de uso pela Secretaria de Saúde.

O CMS, sua Comissão de Orçamento e Finanças, o Conselho de Orientação do Fumdes, por meio de suas atas, resoluções, recomendações, nada comenta, nos documentos analisados, a respeito do descumprimento da legislação que obriga todos os recursos da saúde depositados no Fumdes a serem administrados sob o comando do Secretário de Saúde. Assim, tais instâncias não reconhecem ou reprovam a irregularidade e tão pouco cobram seu cumprimento.

3.4. Obrigatoriedade do Conselho de Saúde

É obrigatória a existência de um Conselho de Saúde que deve acompanhar e fiscalizar o Fundo de Saúde, além dos mecanismos de controle público institucional interno e externo. O Sistema Único de Saúde, criado pela Constituição Federal de 1988, tem como uma de suas premissas essenciais a participação do cidadão

por meio de vários mecanismos de exercício da democracia participativa, além da representativa pelo Legislativo. Isso tem seus fundamentos em vários artigos da Constituição Federal e depois, mais explicitamente, na Lei nº 8.142, de dezembro de 1990, que obriga que cada município, estado e União deva ter um Conselho de Saúde e realizar periodicamente Conferências de Saúde.

Esse Conselho tem como uma de suas funções fundamentais fazer a fiscalização e o acompanhamento do Fundo de Saúde, exercendo o controle da política de saúde nas instâncias correspondentes, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Portanto, além de preceito legal, é essencial a existência e o funcionamento do Conselho de Saúde no exercício do controle financeiro do Sistema Único de Saúde. Os Conselhos de Saúde são, segundo a Constituição e a lei, os órgãos fiscalizadores e acompanhadores do Fundo de Saúde.

Muitos argumentam que seria atribuir demasiada responsabilidade aos Conselhos de Saúde. Ora, a presença e ação do Conselho de Saúde, fiscalizando e acompanhando o uso dos recursos do Fundo de Saúde, não substitui os outros elementos do denominado controle público.

O controle público tem duas grandes vertentes: o controle social, exercido pelos cidadãos individualmente ou por organismos como os Conselhos e as Conferências, e o controle institucional, que pode ser interno do órgão, ou esfera de governo, ou externo ao órgão e esfera de governo. Nos órgãos existem setores de controle interno e ou de ouvidoria. Nas esferas de governo existem órgãos que controlam os demais órgãos, como na União, a Secretaria Federal de Controle, nos estados e municípios, as ouvidorias e corregedorias gerais da esfera de governo. Externamente existem os Tribunais de Contas que analisam e emitem relatórios para o Legislativo controlar o Executivo.

Paralelamente, existem ainda as Comissões de Saúde do Legislativo, o Ministério Público, o Judiciário. A base legal é suficientemente clara sobre a competência do controle do SUS, em cada esfera de governo, ser realizada pelo Conselho de Saúde.

A Constituição Federal trata desse tema em diversos artigos que constam do anexo dessa publicação. Destacamos, sobretudo, o Decreto Federal nº 1.232 (1994):

Art. 2 – A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de Fundo de Saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

3.4.1 Município de São Paulo

Durante a administração de Celso Pitta, houve negação do Conselho e falta de apoio permanente ao seu funcionamento. O Conselho só foi recomposto após muita pressão dos conselheiros e da sociedade civil. Mesmo recriado, em 1998, não contou com apoio devido para seu funcionamento pleno. Praticamente funcionou na segunda metade de 2000 após aprovar seu regimento interno. Isso atestam as Resoluções emanadas do Conselho, à época, bem como a realização de Conferência de Saúde que deliberou pelo fim do modelo PAS² de se fazer saúde, adotado erroneamente pelo município de São Paulo. Foram apresentadas algumas diligências do Tribunal de Contas do município, questionando possíveis compras irregulares do Fumdes de material para o PAS.

Louve-se o valor do que fizeram e a bravura dos Conselheiros de Saúde no período da administração Maluf/Pitta. Eles mantiveram o funcionamento do Conselho e a promoção das Conferências de Saúde ano a ano, mesmo sem o apoio da Secretaria de Saúde.

Atas de reuniões do Conselho de Saúde, Relatório de Conferência de Saúde e publicação de Resoluções são as provas cabais da existência e funcionamento do Conselho. Suas funções controladoras do Fundo e das finanças da saúde serão analisadas nos itens seguintes.

Já o governo de Marta Suplicy vem dando apoio ao funcionamento do Conselho e às Conferências de Saúde. Reuniões, deliberações e Relatórios da Conferência apontam a existência e o funcionamento do Conselho desde o primeiro momento de seu governo. Foram criados Conselhos em cada uma das autarquias e ainda reativados os Conselhos Gestores de Unidades. Não foi apresentada nenhuma exigência de controle público institucional interno ou externo.

3.5. Obrigatoriedade da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho

A fiscalização e o acompanhamento do Fundo de Saúde devem ser feitos pela plenária do Conselho ou por uma comissão de orçamento e finanças do mesmo.

Alguns Conselhos de Saúde Municipais, já no final dos anos 80, no período do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) e transição para o Sistema Único de Saúde (SUS), quando já se tinha a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS), sentiram necessidade de “profissionalizar” um pouco mais a área de acompanhamento orçamentário e financeiro dos Conselhos de Saúde. Foram “embrionariamente” constituídas Comissões de Orçamento e Finanças como braço do Conselho, contando com pessoas com mais conhecimento da área e que davam suporte técnico ao Conselho.

Mais tarde, o Conselho Nacional de Saúde usou do mesmo recurso para tornar mais eficientes suas próprias ações. Criou uma

Comissão de Orçamento e Finanças, em funcionamento há quase dez anos.

A Comissão do Conselho deve seguir algumas normas que não dependem de legislação geral, mas devem estar colocadas no regimento do Conselho ou em alguma Resolução do Conselho de Saúde.

As questões essenciais dessa Comissão estão abaixo:

a) Membros

Conselheiros (no mínimo um que será sempre o presidente da Comissão); convidados com conhecimento da área, indicados por entidades que compõem o Conselho entre os membros de sua base; ou ainda profissionais competentes em outras representações, como sindicatos e associações dos contabilistas, economistas etc.

b) Função

Analisar todos os documentos orçamentários e financeiros, desde o plano, orçamento até toda relação de gastos (nota a nota); analisar sob o ponto de vista do processo, da exatidão das contas, bem como da finalidade do gasto.

c) Processo

Ao analisar a documentação contábil-financeira, se houver dúvidas, o passo seguinte é fazer pedido formal de informação/esclarecimento sempre por duas vezes, com prazo de resposta estabelecido. Não se obtendo resposta ou a segunda resposta não satisfazendo, passar a emitir parecer com as informações disponíveis, inclusive das respostas aos questionamentos.

d) Parecer

Esse parecer da Comissão de Orçamento e Finanças ainda não é a palavra do Conselho, nem pode, em hipótese alguma, ser utilizado como tal. Parecer emitido pela Comissão deverá ser analisado e discutido no Conselho de Saúde, e aí, então, o Conselho assumirá sua posição que pode ser no sentido de aprovar, reprovar ou aprovar com restrições.

Em resumo, o Conselho de Saúde tem que fazer análise das contas, o que poderá ser feito pelo coletivo do Conselho ou por uma Comissão delegada por ele, conforme conste do Regimento Interno do Conselho.

A Comissão de Orçamento e Finanças faz a análise das contas totais da saúde. Aquelas movimentadas no Fundo de Saúde e aquelas que, ainda que erradamente, estão sendo movimentadas pela Secretaria da Fazenda. A Comissão de Orçamento e Finanças é facilitadora do trabalho do Conselho de Saúde, pois se “debrucha” em sua análise em mais detalhes e submete-a à aprovação do Conselho, do qual é braço auxiliar.

3.5.1 Município de São Paulo

A legislação do Fumdes de São Paulo foi inicialmente inspirada na do Fundo Estadual de Saúde, especialmente em relação à criação de um Conselho de Orientação vinculado ao Fundo de Saúde. Esse Conselho de Orientação – criado em 1990 e responsável por orientar e aprovar a captação e utilização dos recursos do Fundo – constituiu-se em uma peculiaridade de São Paulo e gerou polêmica. No campo jurídico, alguns especialistas questionavam a presença de um representante do Conselho Municipal nessa instância, sob o argumento de que isso configuraria uma situação de autocontrole, na medida em que uma instância que delibera sobre a destinação dos recursos (Conselho Municipal) não pode ela própria controlar sua aplicação (Conselho de Orientação).

Cabe assinalar também que a existência de dois Conselhos, com atribuições distintas, porém inter-relacionadas, implicava a fragmentação do controle social, configurando uma situação na qual o controle da política encontrava-se dissociado da fiscalização de parcela dos recursos para sua implementação.

O Conselho de Orientação esteve em vigor até meados de 2002 e operou em um período em que o Fundo concentrava poucos recursos. A partir de então, prevalece a Comissão de Orçamento e Finanças do CMS³.

Diante dessa situação, no ano de 2000, no período da administração de Celso Pitta, não consta nenhum parecer da Comissão de Orçamento e Finanças, já que, até então, o acompanhamento era realizado pelo Conselho de Orientação do Fumdes. De 2001 e até o início de 2002, já na gestão Marta, a apreciação do financiamento da saúde era feita pelo Conselho de Orientação do Fumdes e quase que exclusivamente sobre os recursos transferidos pelo Ministério da Saúde. No primeiro semestre de 2002, foi ativada a Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho Municipal de Saúde que passou a fazer alguns trabalhos com muito mais profundidade que o Conselho de Orientação do Fumdes.

Na documentação pesquisada há uma apreciação feita pela Comissão de Orçamento e Finanças do Relatório de Gestão de 2001 e alguns outros pareceres esporádicos. Esse parecer da Comissão de Orçamento e Finanças subsidiou a discussão e aprovação do Relatório de Gestão de 2001.

Outro documento analisado foi a *Apreciação do Relatório Saúde em Contas 1º Semestre de 2002*, cuja estrutura consiste em:

- a) denominação dos presentes e justificativa de ausente;
- b) apresentação do relatório identificando algumas tabelas de receitas e despesas feita por um conselheiro representante de profissionais de saúde;
- c) esclarecimento de dúvidas pelo técnico da área na SMS;
- d) questionada compra de equipamentos para a realização das reuniões do Conselho, crítica à lentidão do processo autorizado quatro meses antes e ainda parado e pedido de que alguém venha explicar o fluxo dos pedidos de compra do próprio Conselho de Saúde.

Cabe considerar que esse documento não é datado e tampouco há assinatura. Pelo seu teor, presume-se que seja referente ao período entre 1º de julho e 19 de agosto.

Cabe ressaltar, contudo, que não existe nenhuma referência aprovando, reprovando ou aprovando com restrições. Sua apresentação dessa maneira assemelha-se mais a um informe.

Na IV Reunião Extraordinária do CMS, de 31 de outubro de 2002, foi apresentado o orçamento de 2003. A base é o parecer da Comissão de Orçamento e Finanças. Sua discussão no Conselho, no entanto, foi posterior ao seu encaminhamento oficial à Câmara Municipal.

3.6. Obrigatoriedade do gestor disponibilizar dados para o cidadão

A obrigatoriedade de o gestor disponibilizar dados para o cidadão é o primeiro requisito para se efetivar o controle social.

A Constituição Federal, em seu artigo 5º, consagra o princípio do direito à informação em um de seus artigos iniciais, no qual afirma que todos têm direito a receber informações dos órgãos públicos, de seu interesse ou do interesse coletivo.

Art. 5 - Todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado;

Art. 74, § 2º - Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União.

Na área da saúde, a Lei nº 8.080, em seu artigo 5º, determina como um dos objetivos do SUS a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde. Existem medidas de visibilidade da administração financeira que os gestores públicos e os de saúde devem cumprir para que possa ser exercido o controle do cidadão. Destacam-se: todas as compras devem ser informadas mensalmente aos cidadãos (por mídia ou afixadas em local de ampla circulação); a administração deve deixar à disposição permanente do cidadão as prestações de contas mensais; publicar bimestralmente as contas e, 60 dias após o final do ano, todas as contas devem estar abertas para o contribuinte verificar; devem os dados de prestação de contas estar nos meios eletrônicos (Internet); todo recurso que chegar ao SUS proveniente do Ministério da Saúde deve ser informado em 48 horas aos sindicatos, entidades empresariais e partidos políticos. Prevê-se também a realização de audiência pública da saúde com periodicidade trimestral na Câmara Municipal e audiência pública da administração municipal a cada quatro meses na Câmara Municipal.

Cada uma dessas determinações tem seus fundamentos legais e deve ser cumprida. O sentido maior é a pressão aos gestores para que dêem visibilidade à administração pública.

A transparência seria um primeiro sinal em busca da eficiência. Esse conjunto de medidas pode impedir a perda de recursos financeiros ou seu mau uso. Existem outras batalhas à frente, mas essa é a primeira e essencial para se começar a trabalhar a seriedade da administração pública.

3.6.1 Município de São Paulo

No governo Pitta houve ausência de prestações de contas da saúde segundo os ditames legais: Internet, publicação de compras (algumas vezes foi feito), deixar contas abertas permanente-

mente ao cidadão, informações a partidos e sindicatos dos repasses federais, bem como a Prestação de Contas trimestral em audiência pública na Câmara Municipal. Não se tem notícia de disseminação de informação para a população sobre condicionantes e determinantes de saúde, nem sobre os problemas de saúde da população atendida, nem sobre o potencial dos serviços.

No primeiro ano da gestão de Marta não houve a prestação de contas da saúde segundo os ditames legais: Internet, publicação de compras, deixar contas abertas permanentemente ao cidadão, informações a partidos e sindicatos dos repasses federais, bem como a Prestação de Contas trimestral em audiência pública na Câmara Municipal. No entanto, a prestação de contas foi iniciada no primeiro semestre de 2002 e teve continuidade todos os trimestres até a data da elaboração desse texto. Não se tem notícia de disseminação de informação para a população sobre condicionantes e determinantes de saúde, nem sobre os problemas de saúde da população atendida, nem sobre o potencial dos serviços. Em duas audiências públicas foram apresentados alguns indicadores de saúde – como o Índice de Saúde, criado pela SMS com base na metodologia do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH).

Foram analisadas as medidas de controle social das atas de reuniões do CMS, do Conselho de Orientação do Fumdes e da Comissão de Orçamento e Finanças do Conselho, e também não foram verificadas referências às várias determinações legais relativas à disseminação da informação aos cidadãos, principalmente em relação a prestações de contas em audiência pública na Câmara Municipal nos anos de 2000 e 2001 (ressalta-se que em 2002 foi realizada). Igualmente não se percebeu em atas e relatórios a cobrança do Conselho em relação ao gestor para que cumprisse esses ditames legais.

Uma questão importante é que não foi identificada, no período analisado, nenhuma forma de o próprio Conselho de Saúde

divulgar suas ações e atuações em geral e, mais especificamente, em relação ao financiamento.

3.7. Obrigatoriedade de o gestor disponibilizar todo tipo de informação para o Conselho

O gestor de saúde, além de garantir as informações a todos os cidadãos e de prestar contas trimestralmente ao Conselho, deve disponibilizar todo tipo de informação para que o Conselho possa acompanhar e fiscalizar o Fundo de Saúde.

O CMS deve atuar no planejamento e no controle, inclusive econômico e financeiro, e deve acompanhar e fiscalizar o Fundo de Saúde. Para tanto, tem que ser instrumentalizado com informações de todos os níveis. O Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde têm, por obrigação, que cumprir seu papel de dar condições aos Conselhos de Saúde para que eles desempenhem bem suas funções.

O CMS, além de usufruir de todas as informações abertas aos cidadãos, tem, pela legislação local e geral, o direito a uma informação diferenciada, prevista na Lei nº 8.689. Trata-se de uma informação completa que permite chegar aos detalhes de auditorias iniciadas, em andamento e concluídas.

Art. 12 - O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao Conselho de Saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembléias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

O acompanhamento e fiscalização só podem acontecer por acesso aos documentos que a Secretaria deve encaminhar. Citamos entre os vários os seguintes:

- Plano de aplicação de acordo com o plano de saúde aprovado no CMS;
- Demonstrativos mensais de receita e despesa, desde a autorização até a liquidação;
- Licitações em vigor e as novas em realização;
- Convênios e contratos de atividades fim e meio;
- Auxílios e subvenções dadas a entidades privadas filantrópicas (as lucrativas não podem receber);
- Cotas financeiras alocadas em unidades, programas, projetos especiais.

As operações mínimas a serem realizadas pelos membros do conselho devem ser:

- Conhecer toda a documentação: ter acesso, ver, ler, entender;
- Analisar os documentos individualmente e fazendo uma comparação com outros: ver os detalhes, comparar com o plano (nada pode ser feito sem estar no plano aprovado), pedir explicações;
- Julgar o que foi visto e analisado: emitir juízo de valores;
- Cobrar a confirmação do certo e o ajuste do errado: permanentemente cobrar ajustes e soluções;
- Divulgar para a sociedade suas atividades e resultados delas: dar conhecimento aos demais cidadãos do resultado de sua ação.

3.7.1 Município de São Paulo

Não se localizou nenhuma documentação dessa prestação trimestral de contas ao CMS, preceito legal nacional desde 1993, durante a administração de Celso Pitta.

Já no governo Marta as prestações de contas foram feitas. Em 2001, faltou sistemática e adequação ao tempo, mas foram apresentadas, o que é extremamente positivo na visão da transparência dos poderes públicos. No ano de 2002, por meio do relatório *Saúde em Contas*, fez-se isso de maneira melhor e trimestralmente. Ainda que um avanço, a maneira de se prestar contas foi muito mais voltada aos aspectos financeiros do que do ponto de vista dos resultados.

Quanto às medidas de controle social não consta entre as Resoluções do Conselho nos anos de 2000, 2001 e 2002 nenhuma análise ou homologação de referências a qualquer medida de informação ao CMS referente ao financiamento da saúde no município. As Resoluções do Conselho podem não ter sido as medidas adotadas pelos Conselheiros para deliberar sobre as prestações de contas da Comissão de Orientação do Fundo.

Nas atas de reuniões do Conselho, as poucas apresentadas e analisadas, constam várias informações sobre financiamento, inclusive como prestação oficial de contas a cada três meses.

Entretanto, nenhum dos relatórios apresentados atende por completo às determinações da Lei nº 8.689, que diz como deve ser este relatório trimestral ao Conselho, o mesmo que deve ser apresentado na Câmara Municipal em audiência pública. Inclusive, em tempos separados como duas ações distintas, ao Conselho e em Audiência Pública. Não se localizou em ata do CMS ou da Comissão de Orçamento e Finanças ou do Conselho de Orientação uma cobrança em relação a esses relatórios em seus devidos termos.

3.8. Obrigatoriedade para recebimento de recursos financeiros nacionais

É obrigatório que tenham Fundo, Conselho, plano, relatório de gestão, contrapartida de recursos, comissão de plano de cargos, carreira e salários para que estados e municípios possam receber

recursos financeiros nacionais transferidos pelo Ministério da Saúde. As condições para o recebimento dos recursos financeiros transferidos pelo Ministério da Saúde estão detalhadas no artigo 4 da Lei nº 8.142:

Para receberem os recursos (...) os municípios, estados e o Distrito Federal deverão contar com: I – Fundo de Saúde; II – Conselho de Saúde; III – Plano de Saúde; IV – Relatórios de Gestão que permitam o controle – Contrapartida de recursos para a saúde no respectivo orçamento; VI – Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e salários, previsto o prazo de dois anos para a sua implantação.

Parágrafo único. O não atendimento pelos municípios, ou pelos estados, ou pelo DF, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados respectivamente pelos estados e pela União.

Essas são as únicas exigências a serem feitas pelo Ministério da Saúde para fazer as transferências obrigatórias do Ministério da Saúde para estados e municípios.

A exigência de se ter Fundo é clara e sua inexistência implica o impedimento da transferência de recursos. Quanto aos Planos, estes serão explicados em um item bem específico, dada sua importância. Ressalta-se apenas sua menção como condição da transferência de recurso, como determinado no Decreto Federal nº 1.232:

Art. 2º - A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de Fundo de Saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do estado, do Distrito Federal ou do município.

Nesse diagrama, o Relatório de Gestão é a base de prestação de contas do que foi realizado com os recursos públicos; prestação interna e prestação de contas externa para toda a sociedade. Os relatórios de gestão fazem parte das exigências legais da Lei nº 8.142. Ele habilita para o recebimento de recursos. Sem maiores explicitações, é entendimento corrente que um bom relatório de gestão tenha que incluir no mínimo três aspectos da gestão: 1) a gestão financeira; 2) a quantidade de ações e serviços de saúde produzidos; 3) a qualidade daquilo que se produziu. Outra exigência legal é aquela da Lei nº 8.689 que exige relatórios trimestrais com seus vários componentes, inclusive das auditorias iniciadas e concluídas.

A contrapartida de recursos, hoje, é entendida como sendo o cumprimento da EC/29 no percentual de recursos dedicados à saúde por cada uma das esferas de governo.

A Comissão do Plano de Cargos, Carreira e Salários é uma exigência muitas vezes descumprida e discute-se juridicamente sua constitucionalidade, pois interfere na autonomia de outra esfera de governo.

3.8.1 Município de São Paulo

Em relação ao relatório de gestão, na cidade de São Paulo cumpre destacar a ausência desse documento em 1999 e 2000 (gestão de Celso Pitta). Os relatórios, em geral, são apresentados no ano seguinte, mas dado que 2000 foi final de uma administração, ele poderia ter sido concluído nesse mesmo ano.

O Relatório de Gestão de 2001 foi apresentado na 41ª Reunião Ordinária do CMS, em maio de 2002, e aprovado devidamente. Teve sua fundamentação no parecer da Comissão de Orçamento e Finanças do CMS. O Relatório de Gestão do ano de 2002 foi apresentado trimestralmente e como um todo no início de 2003. Foi feito no novo formato de prestação de contas denominado *Saúde em Contas*, o que o limita muito à questão financeira, mas

teve no primeiro trimestre de 2002 análise de alguns aspectos qualitativos e quantitativos relativos a alguns programas. Consta ter sido apresentado em início de 2003, mas ainda não aprovado.

Nota-se um grande avanço no controle social em relação à análise formal até então feita pelo Conselho de Orientação do Fumdes.

O CMS, sua Comissão de Orçamento e Finanças, o Conselho de Orientação do Fumdes, por meio de suas atas, resoluções, recomendações, nada comenta, nos documentos analisados, indagando ou atestando, sobre o relatório de gestão de 1999 e 2000. Já em relação a 2001, houve análise do relatório de gestão pela Comissão de Orçamento e Finanças; não só análise numérica, mas questionamentos sobre determinadas despesas. Apresentou ao Conselho Pleno o relatório com as questões que foram respondidas pela administração, anexou questões relativas aos trabalhadores públicos de saúde, uma proposta de agenda para o fortalecimento do papel do CMS e um importante questionamento sobre a proposta SUS em contraposição à proposta PAS que estava sendo desativada, mas cujo processo só teria mais consistência em 2002.

3.9. Obrigatoriedade de se ter o Plano de Saúde ligado a planos e leis

O Plano de Saúde deve estar ligado ao Plano Plurianual, à Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual.

O Fundo de Saúde só pode usar os recursos se os gastos estiverem previstos nos Planos de Saúde, devidamente aprovados no Conselho de Saúde.

Nada pode ser gasto se não constar do Plano. Entretanto, o Plano de Saúde é um documento interno, específico da Saúde, mas que deve estar traduzido para os outros documentos legais que dizem respeito ao Orçamento, conforme determina a Lei de Responsabilidade Fiscal, anexada no final do texto.

Quando qualquer governo se inicia, no primeiro ano ele deve fazer o que se denomina de Plano Plurianual (PPA), que trata da proposta de governo para os três anos seguintes de seu mandato e o primeiro ano de quem lhe suceder, ou de si próprio em caso de reeleição.

A cada ano o governo vai até o Plano Plurianual e tira uma fatia do “genérico” preparando com mais detalhes o que denomina de Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO). A LDO é a base para se fazer a Lei Orçamentária Anual (LOA). Para ser executada, a LOA precisa ser aprovada pelo Legislativo.

A Constituição Federal, em seu artigo 165, trata dessa obrigatoriedade do Executivo:

Art. 165 - Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão:

- I – o Plano Plurianual;
- II – as diretrizes orçamentárias;
- III – os orçamentos anuais.

No caso da política de saúde, qualquer ação só pode acontecer se estiver no Plano de Saúde, mas alocada na Lei Orçamentária Anual. Nesse sentido, a Lei nº 8.080 estabelece em seu artigo 36 o seguinte: o processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos municípios, dos estados, do Distrito Federal e da União.

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

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

Também a Lei nº 8.142 determina que:

Art. 4 - Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os municípios, os estados e o Distrito Federal deverão contar com:
(...)

III - Plano de saúde;

Parágrafo único. O não-atendimento pelos municípios, ou pelos estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos estados ou pela União.

Existem despesas que estão colocadas de forma genérica na LOA e que permitem seu uso para uma ou outra coisa sem que seja necessário mudar a lei. Por exemplo, a compra de remédios. Pode-se comprar nesta rubrica uma variedade enorme de remédios, com substâncias diversas e nomes também.

Há também despesas que estão colocadas de forma específica e que só podem mudar com nova autorização do Legislativo, como, por exemplo: construção de unidade de saúde no “Bairro da Esperança”. Se for mudado o local por qualquer necessidade, é preciso uma nova aprovação na Câmara com as devidas justificativas.

No caso de entrada de um dinheiro novo no Fundo de Saúde, como, por exemplo, um convênio com o governo federal para a compra de uma ambulância UTI; se isso não estiver previsto no orçamento que, na maioria das vezes, é feito de véspera, no ano anterior, é preciso aprovação no Legislativo para a entrada do dinheiro no orçamento e para sua utilização. Vale lembrar que o

Legislativo não pode mudar o objeto de uso do dinheiro, pois em casos de convênio os recursos vêm carimbados para determinado uso e não podem ser utilizados para outro fim ou local. Pode ser que o dinheiro já esteja em caixa, dentro do Fundo de Saúde, mas não pode ser usado enquanto não estiver no orçamento.

Em geral, o Legislativo, ao aprovar o orçamento, dá uma autorização ao Executivo para ele próprio mudar até um determinado limite, sem precisar pedir autorização ao Legislativo. Este limite é variável, conforme a relação entre o prefeito e a Câmara, o governador e a Assembléia, o presidente e o Congresso. Quando as relações são amigáveis, o Legislativo aumenta esse teto de mudança livre para 20/25% do orçamento. Quando as relações são ruins, esse teto pode ficar em percentuais baixos, entre 5 e 10%.

Em resumo: os gestores de saúde devem elaborar o Plano de Saúde de forma ascendente, aprová-lo no Conselho de Saúde, compatibilizá-lo no orçamento. Nada pode ser gasto em saúde que não conste do Plano, exceto em emergências.

O Decreto nº 38.576, de novembro de 1999, determina que o Conselho de Saúde emita parecer sobre o Plano e aplicação dos recursos financeiros transferidos pelos governos federal, estaduais e municipais consignados ao SUS.

Hoje um dos grandes desafios dos dirigentes da saúde, principalmente os do Ministério da Saúde, é enquadrar a saúde no Brasil no que tange ao processo de planejamento e orçamento. Geralmente, o pessoal da saúde faz os Planos de Saúde, incluindo cumprimento de normas federais denominadas de Programação Pactuada Integrada (PPI), Plano Diretor Regionalizado (PDR) e Plano Diretor de Investimentos (PDI), Agendas, quadro de metas e outros. De outro lado, o pessoal da administração financeira elabora as leis orçamentárias, na maioria das vezes, desconhecendo a proposta de saúde e sem fazer qualquer articulação entre a proposta e as leis.

3.9.1 Município de São Paulo

Quanto ao cumprimento da obrigatoriedade de existência de um Plano de Saúde ligado aos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal, o que se verifica na cidade de São Paulo é a ausência de um Plano de Saúde oficial do governo Pitta. Embora se ateste essa ausência, é sabido que existiu um plano efetivo que foi operacionalizado por meio da implantação do PAS, que envolveu muito recurso e foi considerado contrário aos princípios constitucionais do SUS.

Nos documentos analisados referentes ao governo Marta não consta claramente a existência de um Plano de Saúde integral da Secretaria Municipal de Saúde, formalizado oficialmente e com aprovação prévia do Conselho Municipal de Saúde, integrado em seguida ao PPA (2002-2005), à LDO e LOA de cada ano. Têm-se documentos que apresentam as propostas da Secretaria Municipal de Saúde, submetidos ao Conselho, como a Agenda Municipal de Saúde com seus Programas e Compromissos.

Os programas da Agenda Municipal de Saúde foram transformados em programas orçamentários e os compromissos, em atividades orçamentárias. Pela primeira vez, buscou-se uma aproximação entre o planejamento e o orçamento. O PPA foi submetido ao Conselho Municipal de Saúde na reunião de junho de 2001. Já o orçamento 2003 só foi apresentado ao CMS em outubro, depois de encaminhado ao Legislativo. A Agenda de Saúde 2002 esteve na pauta em maio de 2002 e só foi finalmente aprovada em agosto de 2002.

Medidas de Controle Social: nas atas de reuniões do Conselho, as poucas apresentadas e analisadas, foi encontrada pouca referência a Plano, PPA, LDO e LOA. As referências encontradas foram as seguintes:

- a) Em junho de 2001 – V Reunião Extraordinária do CMS – discute e pede-se opinião sobre o PPA (2002-2005), a LDO (2002), LOA. A opinião solicitada sobre o PPA ainda está

dentro do prazo, mas a LDO já havia saído do Executivo para o Legislativo em abril e a reunião foi em junho! A LOA (2002) ainda estaria também dentro do prazo. Não há nenhuma ata de 2001 aprovando o Plano de Saúde 2002, exceto atas que, no decorrer de 2001, citam documentos relativos ao Plano. Em julho de 2001, na 31ª Reunião Ordinária do CMS existe exposição e discussão sobre Agenda-Plano 2001/2002.

- b) Em agosto de 2002, na 44ª Reunião Ordinária do CMS é aprovada a agenda do Plano Municipal de Saúde com avaliações e acompanhamentos trimestrais.
- c) Na IV Reunião Extraordinária do CMS, de 31 de outubro de 2002, apresenta-se o orçamento de 2003. A base é o parecer da Comissão de Orçamento e Finanças. Foi discutido no Conselho depois de ter sido já encaminhado oficialmente na Câmara Municipal.
- d) Em relação à Programação Pactuada Integrada (PPI), em que é obrigatória a participação ativa de todos os municípios e adesão municipal, nada consta sobre sua aprovação para nenhum dos anos. A PPI de Epidemiologia e Controle de Doenças foi aprovada na 47ª Reunião Ordinária do CMS.

Depois de um período duro em que o CMS não tinha acesso a nenhuma informação, estas começam a chegar. Ainda se faz fora de prazos, sem muita articulação, mas é um nítido avanço.

3.10. Obrigatoriedade de cada esfera de governo garantir recursos para a saúde

Cada esfera de governo é obrigada a garantir recursos para a saúde, sendo os recursos federais um montante que cresce com o crescimento nominal do Produto Interno Bruto (PIB), enquanto

os recursos estaduais e municipais correspondem a um percentual de todas as suas receitas.

3.10.1 As fontes de receitas devidas à saúde

São denominadas receitas os recursos financeiros e suas respectivas fontes disponíveis para determinada atividade do orçamento. A discriminação de receitas é um instrumento que visa facilitar a administração dos recursos, desde o planejamento até a prestação de contas.

As receitas principais dos Fundos de Saúde são aquelas previstas na Constituição Federal pela Emenda Constitucional 29.

As receitas da União são agrupadas em dois grandes grupos:

a) impostos e contribuições:

- Imposto Sobre Produtos Industrializados – IPI;
- Imposto de Renda – IR;
- Imposto Territorial Rural – ITR, cuja metade vai ser transferida aos municípios;
- Contribuições Sociais, como Contribuição de Empregados e Empregadores sobre a Folha de Pagamento, Contribuição do Financiamento Social – Cofins, Contribuição Social sobre o Lucro Líquido – CSSL, Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira.

b) receitas de menor porte.

Cabe destacar que aproximadamente metade da receita arrecadada referente ao IPI e o IR é devolvida aos estados e municípios em forma de Fundo de Participação do Município (FPM) e Fundo de Participação do Estado (FPE), melhor explicados à frente. Dessas receitas, a União, segundo a lei, vai destinar à saúde um percentual calculado com base no gasto de 1999, acrescido de 5% para 2000. E acrescido a cada ano segundo percentual de crescimento nominal do PIB.

As receitas estaduais são compostas basicamente por:

- Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS), do qual 25% são repassados aos municípios pelo estado;
- Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA), que é dividido meio a meio com os municípios;
- Imposto de Transmissão de Bens Causa Mortis (ITBCM);
- Fundo de Participação dos Estados (FPE), que recebe como transferência da União.

Dessas receitas, os estados destinarão à saúde um percentual que, em 2000, começou com um mínimo de 7% e deve chegar, em 2004, com, no mínimo, 12%.

As receitas municipais são as próprias dos municípios e as transferidas pelos estados e pela União, chamadas de transferências obrigatórias ou constitucionais.

Vejamos quais são as receitas próprias do município, cujo percentual deve ser depositado diretamente no Fundo de Saúde:

a) Receitas de Impostos Municipais:

- Imposto sobre a Propriedade Predial e Territorial Urbana (IPTU) – pago por quem tem algum imóvel residencial, industrial ou comercial.
- Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza (ISS) – pago pelos profissionais autônomos, desde os universitários até pedreiros, bombeiros, consertadores de fogão etc.
- Imposto sobre a Transmissão de Bens Imóveis Intervivos (ITBI) – pago pelas pessoas que compram qualquer imóvel.

b) Receitas de Impostos Transferidos pela União e pelo estado:

- Fundo de Participação dos Municípios (FPM) – cota que cada município recebe automaticamente da União.
- Imposto Territorial Rural (ITR) – pago pelas pessoas que têm propriedade rural; é recolhido pela União, 50% fica

- com ela e os outros 50% são repassados aos municípios.
- Imposto de Renda Retido na Fonte (IRRF) – refere-se ao imposto de renda retido na fonte dos trabalhadores públicos e de toda e qualquer mão-de-obra paga pelo município e que é recolhido automaticamente a cada pagamento.
 - Imposto de Circulação de Mercadorias e Serviços (ICMS) – imposto embutido em tudo que compramos e em todos os serviços que usamos; é recolhido pelo estado que deve repassar 25% do que recolhe aos municípios na sua quase totalidade pelo critério dos bens e serviços produzidos em cada um deles.
 - Imposto de Propriedade de Veículos Automotores (IPVA) – pago por quem tem carro; o estado fica com 50% e o município de onde é o veículo fica com os outros 50%.
 - Outros
- c) Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos – pago pelo cidadão ou pelas empresas corresponde aos impostos atrasados, de anos anteriores, que, quando pagos, entram como receita do ano em que foram pagos e não do ano devido.
- d) Outras possíveis fontes de receita que não estão incluídas no percentual obrigatório pela Constituição e que não podem ser computadas como tal:
- Contribuições, donativos, legados
 - Auxílios e subvenções
 - Transferências extras da União e estado
 - Multas e juros de infração ao Código Sanitário
 - Taxas de fiscalização sanitária
 - Outras taxas específicas criáveis
 - Operações de crédito: interno e externo
 - Reembolso de serviços prestados a planos e seguros de saúde
 - Outras possíveis receitas

3.10.2 Montante de recursos devidos à saúde

A Emenda Constitucional 29 determina que a União destine à saúde um montante mínimo de recursos que vai crescendo com o PIB entre 2000 e 2004. Os estados devem direcionar no mínimo 12% de suas receitas até o ano de 2004, enquanto os municípios, no mínimo, 15% de sua receita própria em saúde.

Estados e municípios, que em 2000 (o primeiro ano em que vigorou a EC/29) não estivessem aplicando esse percentual, deveriam verificar em que patamar estavam no ano anterior e dividir a diferença até 12% para os estados e 15% para os municípios, para corrigir na razão de 1/5 ao ano.

Cabe ressaltar a determinação de que em 2000 todos os municípios e estados deveriam começar no mínimo com 7% de seu orçamento. O Conselho Nacional de Saúde aprovou uma Resolução nº 316 em que coloca como parâmetro para os municípios que investiam menos de 7% em saúde em 2000 os seguintes percentuais:

Ano	%
2000	7%
2001	8, 6%
2002	10, 2%
2003	11, 8%
2004	15%

Os municípios que já aplicavam mais do que 7% em 2000 não podem baixar o percentual, já que a EC/29 determina que o cálculo deve ser feito a partir do percentual em que já estavam. Entretanto, os municípios que já investiam mais de 15% de seus recursos em saúde poderão baixar esse percentual para 15%. Legalmente poderão, só que politicamente será difícil sustentar uma situação de diminuição de recursos da saúde!

3.10.3 Município de São Paulo

Segundo os dados consolidados do Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops) e do *Saúde em Contas*, sistemática de prestação de contas implantada na Secretaria Municipal de Saúde no governo Marta, o componente legal foi cumprido no ano de 2000. O percentual declarado e constatado para o último ano da administração de Celso Pitta foi de 12,35% das receitas próprias municipais. Na atual gestão, referente aos anos de 2001 e 2002 o percentual também foi cumprido. Em 2001, o percentual foi de 12,95% e, em 2002, chegou a 14,25%. Portanto, em absoluta conformidade ao que foi determinado pela EC/29.

Nesse caso não se viu o CMS, sua Comissão de Orçamento e Finanças e o Conselho de Orientação do Fumdes atestando que a determinação da EC/29 foi cumprida, colocando-se o percentual correto. Tampouco se verifica o CMS fazendo qualquer análise ou cobrança dos relatórios do Siops.

3.11. Obrigatoriedade de só utilizar as receitas da saúde para pagar despesas com saúde, previstas na Lei Orgânica da Saúde

Em relação às despesas que podem ser consideradas como despesas com saúde, existem polêmicas e controvérsias. Novamente vamos buscar a Resolução nº 316 do Conselho Nacional de Saúde que fechou a questão, depois de um trabalho de negociação entre Ministério da Saúde, estados e municípios, Tribunais de contas e vários técnicos.

Se todos os recursos destinados à saúde devem estar no Fundo de Saúde, conseqüentemente, todas as despesas diretas e indiretas – nas quais fique claro que o objetivo é saúde – devem ser aceitas como possíveis despesas do Fundo de Saúde. Assim, podemos

incluir como despesas com saúde: financiamento dos programas de saúde, pagamento de salários, gratificações, encargos, diárias, vale-alimentação, vale-transporte, complemento salarial a funcionários à disposição da esfera de governo, assessorias e consultorias, contratos e convênios, obras, equipamentos, instrumental, material de consumo, desenvolvimento de recursos humanos.

O melhor é buscar o fundamento legal. O destino dos recursos do SUS está evidente nos artigos 5 e 6 da Lei nº 8.080 e nos parâmetros da Resolução nº 316 do Conselho Nacional de Saúde de abril de 2002, conforme se pode ler na legislação anexa (item 4.1).

Uma possibilidade de interpretação leva a crer que bastaria definir o que se pode fazer com o dinheiro do Fundo de Saúde, e, automaticamente, tudo que não estivesse na lista dos permitidos iria para a dos proibidos. Entretanto, a experiência dos primeiros dois anos de aplicação da EC/29 assustou os técnicos da saúde que estavam trabalhando com essa conceituação.

Muitos gestores e prefeitos começaram a interpretar de forma abusiva as ações que poderiam ser colocadas como sendo da saúde. Nesta lógica, começaram a aparecer gastos com saneamento, merenda escolar, tratamento de lixo etc., sendo colocadas como despesas de saúde.

É preciso entender que em sentido amplo tudo pode ser enquadrado na saúde, pois tudo pode ser considerado como condicionante e determinante do nível de saúde da população. Entretanto, para efeito do financiamento histórico da saúde, não se tomavam como despesas os condicionantes e determinantes. Se essas despesas nunca estiveram inclusas, com o mesmo volume de dinheiro, não se pode agora colocá-las como sendo efetivamente da saúde. Novamente é na Lei nº 8.080, em seus artigos 3 e 32, que temos definidos os condicionantes e as determinantes de saúde:

Art. 3 - A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e política do País.

Art. 32. São considerados de outras fontes os recursos provenientes de:

§ 3º As ações de saneamento que venham a ser executadas supletivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) serão financiadas por recursos tarifários específicos e outros da União, estados, Distrito Federal, municípios e, em particular, do Sistema Financeiro da Habitação (SFH).

Concluindo, reafirmo que o Fundo administra todos os recursos da saúde, e só podem ser executadas, liquidadas e pagas despesas que estejam explícitas no Plano de Saúde, aprovado pelo Conselho de Saúde. A conseqüente é verdadeira: nenhum outro setor da administração pode criar despesas ou liquidá-las sem que isso seja feito por meio do Fundo de Saúde. As despesas consideradas proibidas ao Fundo de Saúde — gastos com inativos, determinantes e condicionantes da saúde e hospitais públicos universitários, de servidores e militares — são listadas no anexo, conforme determinação das leis em âmbito federal.

A Lei nº 8.142 define as despesas permitidas da saúde:

Art. 2 - Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como: I – despesas de custeio e capital do Ministério da Saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do Ministério da Saúde; IV – cobertura

de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e Distrito Federal.

Artigo 4º Parágrafo único – Os recursos referidos no inciso IV deste artigo – os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados para cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos municípios, estados e DF – destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Também a Lei nº 10.830 (1990) trata desse tema:

Dispõe sobre o Fumdes e dá outras providências.

Art. 4º - Os recursos do Fundo serão aplicados:

I – Na ordenação e ampliação da rede física de unidades de vários níveis necessários de atenção à saúde;

II – Na estruturação e compatibilização do quadro de recursos humanos de atenção à saúde, ocorrendo as despesas com vencimentos, nos termos da legislação municipal vigente, e gratificações por essa atividade, na forma a ser regulamentada por decreto, não podendo ultrapassar o limite estabelecido pela legislação municipal para despesas com a folha de pagamento;

III – Na aquisição de material permanente e de consumo necessários para o desenvolvimento dos planos, programas e projetos da Secretaria Municipal de Saúde;

IV – No pagamento pela prestação de serviços para a execução de programas e projetos específicos para que gerem receitas próprias para o Fundo;

V – No atendimento de despesas diversas de caráter urgente e inadiável, ouvido o CMS;

VI – Na concessão de auxílios e subvenções necessários para o desenvolvimento da atenção à saúde.

3.11.1 Município de São Paulo

Durante a administração de Celso Pitta, de acordo com o detalhamento em que foram apresentados os relatórios financeiros analisados, ainda constam despesas indevidas na constituição do percentual da EC/29 no ano de 2000. Tais impropriedades são relativas especialmente ao Hospital do Servidor Municipal e outras.

Também na gestão de Marta Suplicy verificam-se despesas indevidas na constituição do percentual da EC/29 nos anos de 2001 e 2002. Elas ocorreram em especial no Hospital do Servidor Municipal e outras. Estas despesas só foram subtraídas a partir do meio do ano de 2002.

O CMS, sua Comissão de Orçamento e Finanças, o Conselho de Orientação do Fumdes, por meio de suas atas, resoluções, recomendações, nada comenta, nos documentos analisados, indagando ou atestando, que a determinação da EC/29 foi cumprida, alocando-se como despesas apenas aquelas previstas na lei. Nem mesmo fazendo qualquer análise ou cobrança dos relatórios do Siops. Existe referência em relação ao Orçamento de 2003 quanto ao financiamento do Hospital do Servidor Público Municipal, em que a posição da Comissão de Orçamento e Finanças não é clara, parecendo mais a favor de que seja financiado com recursos da Secretaria de Saúde.

3.12. Cumprimento da legislação por parte das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde

As Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde que não cumprirem a legislação da saúde, em especial os preceitos constitucionais da saúde, incluindo os da EC/29 e os da legislação infraconstitucional nº 8.080 e 8.142, terão as punições da lei.

Existem duas considerações fundamentais. A primeira delas é o dispositivo constitucional que determina genericamente que os entes públicos, por meio de seus administradores, regerem-se pelos seguintes princípios: a) a **legalidade**, ou seja, só se pode fazer aquilo que está na lei; b) a **impessoalidade**, ou seja, não se pode caracterizar a ação pública como pessoal ou dela tirar proveito como se privada fosse; c) a **moralidade**, ou seja, as ações têm que se pautar pelos princípios éticos da conduta humana; d) a **publicidade**, ou seja, os órgãos, entes, instalações, equipamentos do governo são públicos e assim têm que estar colocados à disposição e uso do público.

Mas as medidas mais drásticas estão na Constituição Federal na qual se fala especificamente da saúde e de que estados e municípios que não cumprirem a legislação do SUS e seu financiamento serão punidos com intervenção e suspensão de recursos.

3.12.1 O Município de São Paulo

Durante o governo de Paulo Maluf se instalou um projeto de saúde privatizado denominado PAS, que teve continuidade no governo Pitta. Esse projeto infringia todo o fundamento e os princípios do Sistema Único de Saúde e foi condenado em todos os fóruns em que foi avaliado, sem contar as denúncias de corrupção e processos administrativos a que foi e está sendo submetido. O rompimento com os princípios do SUS fez com que o Ministério da Saúde, exemplarmente, utilizasse a Lei e suspendesse os repasses de recursos do MS para a SMS.

No governo Marta Suplicy foi retomado o projeto constitucional do SUS e o Ministério da Saúde retomou o repasse de recursos ao município de São Paulo.

Uma das mais brilhantes páginas do Controle Social da Saúde no Brasil foi escrita pelos vários cidadãos conselheiros do Conselho

Municipal de Saúde que, bravamente, resistiram a esse projeto inconstitucional denominado PAS. Durante anos continuaram reunindo-se, denunciando o PAS, chamando outras entidades a discutirem e a condenarem o PAS, organizando Conferências de Saúde e Plenárias de Saúde. Foi uma demonstração incontestada de que cidadãos politizados fazem bem à sociedade e têm um poder dinamizador de sua ação. Chegou-se às últimas conseqüências com a desativação do PAS e a reorganização e pleno funcionamento do Conselho Municipal de Saúde.

3.13. Conclusões e recomendações sobre o caso municipal

Sobre o caso do município de São Paulo, entre 2000 e 2002, foram analisadas várias questões em relação ao Fundo de Saúde do município e seu controle social. Podemos fazer uma síntese, apresentando os pontos de maior relevância:

- A. O Fundo Municipal de Saúde do município de São Paulo, tanto no governo Pitta como no governo Marta, esteve em desacordo com a legislação nacional, estadual e municipal, na medida em que não administrava os recursos próprios municipais, provenientes da receita própria municipal em obediência à EC-29.
- B. Mesmo antes da proposta de nova lei para o Fumdes, adequada à legislação maior e que só foi aprovada em abril de 2003, deveria ser cumprida a legislação constitucional e infraconstitucional de caráter nacional, estadual e municipal da LOM.
- C. Os cidadãos não têm o acesso devido às informações de saúde relativas a seu financiamento e administração financeira. Não se disseminam informações como está previsto

na lei: via Internet, divulgando planos e execução, divulgando compras mensais por publicação ou afixação, comunicando a sindicatos, empresários e partidos os recursos recebidos da União em até 48 horas após seu recebimento, as contas e o planejamento da saúde não ficam abertos à população para serem vistos a qualquer tempo, as prestações trimestrais de contas ao Conselho não foram feitas rotineiramente. A obrigação de prestar contas para a população, em audiência pública, na Câmara, a cada três meses, só ocorreu no ano de 2002, ainda que não atendendo a todos os padrões da exigência legal.

- D. O Conselho Municipal de Saúde ficou anos funcionando apenas graças à competência e tenacidade de seus membros, principalmente dos profissionais e usuários, até ser recriado em 1998 e ter seu regimento interno aprovado em junho de 2000, o último da administração Pitta. Já no governo Marta, o Conselho funcionou e teve apoio integral.
- E. O Conselho Municipal de Saúde e sua Comissão de Orçamento e Finanças (e o Conselho Orientador do Fundo, enquanto existiu) ainda estão com ações muito incipientes no acompanhamento financeiro do Fundo. As irregularidades formais e de processo, descritas acima, não foram percebidas e, se o foram, não chegaram a resultar em documentos formais de protesto ou de pedido de cumprimento da lei. Por vezes cumpriram-se rituais de análises não-sistemáticas e que levaram, na maioria das vezes, simplesmente a que se aprovassem quadros sumários de resultados financeiros de receitas e despesas.
- F. O Conselho Municipal de Saúde, sua Comissão de Orçamento e Finanças e o Conselho Orientador do Fundo não demonstraram por nenhum documento formal uma

análise de receitas e despesas quanto à adequação dos gastos às necessidades, à compatibilidade com o previsto no Plano de Saúde e, muito menos, quanto aos resultados de ações de saúde, sua qualidade e a melhoria da saúde da população conseguidos com a aplicação dos recursos. Ressalte-se que existe um registro em ata em que se questiona a verificação de resultados e não apenas se os recursos estão sendo usados de forma correta.

- G. A Secretaria Municipal de Saúde não fez apresentação formal dos Planos de Saúde compatíveis com o Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e as Leis Orçamentárias nos seus devidos tempos para a aprovação do Conselho de Saúde. O mesmo pode-se dizer do Relatório de Gestão quanto ao ano de 2000, que não passou pelo Conselho em 2001. Já o Relatório de Gestão de 2001 foi aprovado em 2002, e o de 2002 foi apresentado na Audiência Pública na Câmara, mas não foi aprovado (até o mês de junho de 2003).
- H. Os recursos do Fumdes foram usados vários anos para cofinanciar o PAS durante os governos Maluf e Pitta, incluindo-se o ano de 2000. O PAS foi condenado como ilegal e extinto no governo Marta. O Ministério da Saúde, como punição pela prática do PAS, contrário aos fundamentos e princípios do SUS, impôs ao município de São Paulo a suspensão dos repasses de acordo com a lei.
- I. Foram observadas ainda outras irregularidades em relação ao Fumdes e ao controle financeiro a ser exercido pelo Conselho de Saúde e seus outros mecanismos de controle social.
- J. No governo Marta o Conselho de Saúde voltou a funcionar segundo a lei. Os recursos do Fumdes voltaram a ser utilizados para a implantação do Sistema Único de Saúde,

proposta constitucional de se garantir o direito à vida e saúde de todos os cidadãos.

- K. Ocorreu um novo impulso no governo Marta no sentido de se cumprir a lei e ter melhores resultados para a saúde de todos. Não se pode perder de vista o acompanhamento e a fiscalização até então conquistados. Se ainda as funções da gestão estão incipientes, com a mudança do gestor da saúde municipal, em março de 2003, há que se valorizá-las e não perdê-las. Nessa perspectiva, o controle público deve ser redobrado. Há muito por avançar no processo de fiscalização dos recursos, e não apenas no processo, mas sobretudo nos resultados.
- L. A título propositivo, as recomendações que apresento a seguir são inteiramente aplicáveis ao município de São Paulo e a outros municípios e esferas de governo em sua componente saúde.

4. Conclusões, recomendações gerais e legislação pertinente

Muitas vezes, conselheiros e participantes de Conferências de Saúde me questionam: que podemos fazer para conhecer e controlar o financiamento da saúde? Como começar a controlar? Que medidas práticas podemos tomar? Quem são nossos aliados? Que roteiro seguiremos? Como demonstrar o que está na lei para os gestores se nem nós, conselheiros, sabemos?

O objetivo maior e único de todo controle é a conquista dos objetivos finais. Controle por controle, controle para punir, ambos se perdem no processo e não cumprem sua finalidade. Em última análise, deve-se controlar para conquistar a boa qualida-

de, maior eficiência e eficácia. Controlar não é castigar, mas buscar maior eficiência. O que buscamos é que o controlado ou a ação controlada seja boa e bem feita.

É comum, depois de entender as questões do controle social na saúde, que as pessoas fiquem, desesperadamente, querendo fazer alguma coisa.

Para concluir este estudo, vou tentar fazer aqui um pequeno roteiro para orientar aqueles que querem analisar a atuação do Conselho e sua missão fiscalizadora e controladora do Fundo de Saúde.

Listo abaixo uma série de itens por onde se pode começar. Impossível fazer tudo ao mesmo tempo, principalmente quando se está começando. O início é sempre por uma ação priorizada entre as tantas que somos estimulados a fazer. Depois vai-se expandindo aos poucos e, de repente, se está fazendo o controle integral.

Alguns questionamentos comuns pelos quais podemos começar a fazer o trabalho:

- Existe Conselho constituído e funcionando legal e moralmente bem?
- O Conselho tem acesso a informações financeiras para acompanhar e fiscalizar o Fundo?
- Existe Fundo de Saúde legal e real?
- A administração dos recursos é feita na Secretaria de Saúde pelo gestor do SUS?
- Todos os recursos (próprios e transferidos) estão sendo administrados no Fundo?
- O depósito desse recurso no Fundo está sendo feito automaticamente pela Secretaria da Fazenda quando recebe a arrecadação?
- A secretaria de Saúde está informando a sindicatos, empresários e partidos a chegada das transferências federais?

- Qual o gasto com saúde próprio, transferido e total?
- Qual o gasto porcentual de recursos próprios nos últimos anos?
- Entre as despesas com recursos do Fundo, existe alguma indevida como saneamento, inativos, dívida, lixo, merenda, serviços ou planos de saúde de funcionários etc.?
- Todas as despesas feitas estão no Plano de Saúde?
- Estão sendo obedecidas as obrigações legais de licitação; plano de cargos, carreira e salário; contratação de pessoal?
- Estão sendo prestadas contas nas Câmaras e Assembléias, a cada três meses, em audiência pública para toda a população? Da mesma maneira para o Conselho de Saúde?
- As contas têm ficado abertas para qualquer cidadão acompanhar?

Algumas questões relativas ao acesso a informações e ao processo administrativo de funcionamento do Fundo e Conselho.

- Todas as compras são divulgadas a cada mês?

Algumas questões relativas à quantidade e qualidade da prestação de serviços com os recursos da saúde.

- Qual a quantidade de serviços produzidos: consultas, internações, exames, terapias, medicamentos distribuídos, vacinas aplicadas etc.?
- Quais e quantas as ações de promoção da saúde, de educação em saúde e de integração com o sistema educacional?
- Essas ações e serviços estão de acordo com os padrões esperados em relação à quantidade?
- Qual a qualidade dos serviços oferecidos?
- Qual o grau de satisfação da população assistida pelos serviços de saúde?

- As ações e serviços de saúde estão sendo realizados de acordo com os princípios técnicos do SUS: universalidade, igualdade, equidade, integralidade, intersetorialidade e outros?

Algumas questões relativas aos resultados das ações de saúde.

- Qual a melhora nos coeficientes relacionados à morte de crianças, de mães, de trabalhadores, por violência, por acidentes?
- Qual a melhora nos coeficientes relativos a adoecer: doenças infecciosas, do trabalho, por violência e acidentes etc.?
- Quais os coeficientes relativos à morte e a adoecer por doenças evitáveis?
- Quais os indicadores de qualidade de vida de todos os cidadãos, dos deficientes e doentes crônicos?
- Qual o conhecimento das pessoas sobre seu corpo, o funcionamento do organismo, as doenças mais comuns e os meios de preveni-las?

No decorrer deste trabalho, analisamos os princípios legais do financiamento. Tenho certeza de que determinadas medidas de alerta e de exigência do cumprimento da lei acabam causando mais impacto que qualquer visão pontual sobre este ou aquele gasto. A estratégia, a meu ver, é tomar medidas genéricas de efeito mais profundo e amplo. Essas medidas podem resolver inúmeros problemas particulares, individuais, pontuais. O pontual pode não resolver o geral, mas o geral pode ajudar a resolver o pontual.

A experiência demonstrou que, quando o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde cumprem as determinações legais e praticam as ações administrativas com correção, há um avanço enorme em favor da ação finalizadora para a população. Vantagens para o administrador. Vantagens para os trabalhadores de

saúde. Vantagens para a população usuária que pode receber melhores serviços. Vantagem porque todos podem melhorar o uso dos poucos recursos. Só pelo fato de se implantarem as determinações legais acima citadas, os administradores passam a ter mais cuidados no trato do dinheiro público. É quase que automático.

Com as medidas genéricas, em cumprimento à lei, vai-se abrir “o cofre” para que todos possam olhar o que há lá dentro. Não adianta abrir o cofre só para alguns, com algumas informações dadas como migalhas pelos administradores. Ao invés de apenas uns poucos de dentro ou de fora da instituição saúde saberem das coisas e trabalharem quase que sozinhos, ao se abrir o cofre e mantê-lo aberto, abre-se o controle a todos os cidadãos. Aumenta-se e muito a capacidade de controlar para melhorar eficácia e eficiência e fazer crescer a cidadania em favor das pessoas.

O fato de estarmos orientando para se exigir o cumprimento das questões gerais referentes à administração financeira do SUS não impede nem invalida a análise de problemas particulares e emergentes. Existem questões pontuais importantes que precisam ser analisadas com urgência e independentemente das questões gerais. O Conselho tem que saber distribuir seu tempo e atenção para essas várias questões.

Faço abaixo algumas reflexões para quem deve ou quer fazer o controle financeiro do SUS. Serve para todos: cidadãos usuários, administradores, servidores, prestadores de serviços, conselheiros, equipe de controle interno e externo e até mesmo para o Ministério Público:

- 1) Partir do princípio de que todas as pessoas estão corretas até que se prove o contrário.
- 2) Erros podem ser cometidos dolosamente, por má-fé e até mesmo sob a capa da esperteza. Entretanto, nem todos. Existem erros, do dia-a-dia, cometidos por “ignorância” de

determinados mandados legais, ainda que não se possa alegá-la. Lembrar-se de que a saúde tem o maior dos emaranhados de leis, portarias e normas (a média de 2001 foi de 10 portarias novas por dia!), o que torna difícil às pessoas competentes, interessadas e comprometidas darem conta de saber tudo. Nem mesmo os controladores internos e externos oficiais dão conta de tudo que se tem na legislação.

- 3) A primeira providência é sempre conversar, questionar com quem está envolvido e é o responsável, no caso o Gestor de Saúde, seja federal, estadual ou municipal. O Conselho ou sua Comissão de Orçamento e Finanças deve pedir a ele as explicações. Ter a paciência de repetir isso pelo menos uma segunda vez, dando chance de que ele esclareça, apresente sua explicação, sua defesa. Só depois disso, tomar as demais providências. Esgotar a capacidade de negociação com a administração para que ela cumpra as determinações legais. Vale lembrar que muitas vezes existe correção, boa-fé e vontade de acertar dos gestores e técnicos da saúde. O bloqueio e descumprimento das leis pode estar sendo feito por outras áreas da administração-geral, especialmente pela administrativa-financeira, como Planejamento e Fazenda, com ou sem respaldo da área jurídica e ou de prefeitos, governadores e mesmo do presidente. Neste caso, se o Controle Institucional interno e externo e o Controle Social dos Conselhos cobrarem o cumprimento da lei, pode ser um excelente reforço à ação do próprio gestor de saúde que, muitas vezes, quer acertar, cumprir a lei, e está sucumbindo por não conseguir vencer os obstáculos internos da instituição.
- 4) A seqüência das ações operacionais e controladoras no campo do financiamento da saúde podem ser, entre outras, as seguintes:

- a) relação com o Gestor dentro de rotina preestabelecida;
 - b) relação com os setores administrativos-financeiros responsáveis, dentro de uma rotina preestabelecida;
 - c) se esta rotina de contato não está sendo eficiente para as respostas, entrar na formalidade de entrega de protocolo de pedidos de informação com resposta escrita e prazo para as questões pendentes ou que necessitam de esclarecimento;
 - d) novo encaminhamento (segunda chance) de igual teor pedindo explicações e respostas quando não houver resposta ou ela não satisfizer;
 - e) esgotados esses caminhos, as questões devem sair do âmbito da administração da saúde e passar a outros fóruns, inclusive o judiciário.
- 5) Usar sempre medidas oficiais: ofícios da Executiva do Conselho alicerçados no parecer da Comissão, Resoluções do Conselho - sempre datados, protocolados e com prazo de resposta. Não aceitar respostas orais para ofícios escritos para se evitem mal entendidos futuros.
- 6) A ordem de busca de ajuda em órgãos e instituições pode variar em cada tempo e lugar. Não eliminar nenhuma força da sociedade, oficial ou não, por posição preconcebida de que não apoiarão, não se interessarão. Nossa posição tem que ser universal. Nós falamos, provocamos, pedimos ajuda. Se as instituições ou órgãos não responderem, a responsabilidade é deles e não mais nossa.

Segue listagem de órgãos e instâncias a serem buscados para auxílio no esforço de se cumprirem as leis. Pode-se buscar o diálogo, via ofício ou resolução.

- 1) Recorrer ao Legislativo em todas as instâncias: presidência, Comissão de Saúde e cada um dos vereadores. A cópia de ofício para todos os vereadores pode ser um indicativo de que o interesse maior é a saúde e o Conselho não está atrelado a qualquer partido político. A partidarização dos conselhos é sempre ruim. As pessoas devem ter suas opções políticas partidárias. Os conselhos, os órgãos públicos têm que ter uma ação supra e pluripartidária.
- 2) Recorrer ao Tribunal de Contas do Estado, que é o responsável pela quase totalidade dos municípios do estado. Podem ter escritórios regionais cuja sede pode ser até em nossas cidades.
- 3) Recorrer ao Ministério Público que fica no fórum da cidade ou da região. Os promotores públicos têm como missão constitucional defender o cidadão em determinadas áreas, e uma delas é a de direito à saúde por ser de relevância pública.
- 4) Recorrer às instâncias estaduais do SUS: Conselho Estadual de Saúde e Comissão Intergestores Bipartite.
- 5) Recorrer às instâncias nacionais do SUS: Conselho Nacional de Saúde e Comissão Intergestores Tripartite.
- 6) Aliar-se a outros conselhos de outras áreas do próprio município e, por vezes, de fora dele.
- 7) Aliar-se a instituições municipais que tenham interesse pela saúde e outras como Associação Comercial e Industrial, Clubes de Serviço, Sindicatos, Partidos Políticos etc.
- 8) Recorrer ao Judiciário.

Os órgãos de Controle Externo, como Ministério Público, Tribunais de Contas, têm, além das suas específicas, uma tarefa essencial que é fortalecer o trabalho de controle dos Conselhos de

Saúde. Os Conselhos carecem, Brasil afora, de reforço de sua legitimidade e do papel que devem constitucionalmente desempenhar.

Qualquer órgão ou instituição que queira hoje ter a ousadia de cumprir e fazer cumprir a lei que garante o direito à vida e à saúde deve trabalhar e potencializar o trabalho de todos os órgãos e as forças vivas da sociedade. A busca dessa sinergia pode variar em cada tempo e lugar, mas ela tem que existir.

Se cada um fizer sua parte e ainda motivarmos os outros para se juntarem, não a nós, mas aos nossos objetivos, vamos conseguir melhorar nosso país, estado e cidade e ajudar para que as pessoas tenham mais vida e a tenham com a melhor qualidade possível.

Para fechar, lembremo-nos das Conclusões da XI Conferência Nacional de Saúde referente ao tema Controle Social – item 13.

“Os participantes da XI Conferência Nacional de Saúde (dezembro de 2000) indicam também a necessidade de fortalecer o papel de fiscalização dos Conselhos, garantindo adequação dos meios disponíveis aos fins expressos no Plano de Saúde. Enfatiza-se a necessidade de que os Fundos de Saúde incluam todos os recursos utilizados para o financiamento das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, e não apenas os originados de transferências, apresentando prestação de contas trimestrais, em audiências públicas, no recinto das Câmaras Municipais e Assembleias Legislativas, sob responsabilidade do gestor do SUS em cada esfera de governo. Além disso, indica-se a necessidade de se incluir, nas pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde, a informação sobre todo e qualquer repasse de verbas entre diferentes esferas de governo, assegurando à Comissão de Finanças do Conselho o acesso regular aos extratos bancários do Fundo de Saúde, para que os Conselhos tenham condições de exercer seu papel de controle e acompanhamento da execução orçamentária.”

4.1. Legislação pertinente (anexos)

Segue legislação pertinente ao texto, relacionada por ordem legislativa e por citação.

Constituição Federal:

Art. 6 - capítulo II - (citado no item 1.0)

São direitos sociais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados.

Art. 5 (citado no item 3.6)

CAPÍTULO XXXIII – todos têm direito a receber dos órgãos públicos informações de seu interesse particular, ou de interesse coletivo ou geral, que serão prestadas no prazo da lei, sob pena de responsabilidade, ressalvadas aquelas cujo sigilo seja imprescindível à segurança da sociedade e do Estado.

Art. 10 (citado no item 4)

É assegurada a participação dos trabalhadores e empregadores nos colegiados dos órgãos públicos em que seus interesses profissionais ou previdenciários sejam objeto de discussão e deliberação.

Art. 29 (citado nos capítulos 3 e 4)

O município reger-se-á por lei orgânica, votada em dois turnos, com o interstício mínimo de dez dias, e aprovada por dois terços dos membros da Câmara Municipal, que a promulgará, atendidos os princípios estabelecidos nesta Constituição, na Constituição do respectivo estado e os seguintes preceitos:

CAPÍTULO X - cooperação das associações representativas no planejamento municipal;

Art. 31 (citado no capítulo 4)

§ 3º - As contas dos municípios ficarão, durante sessenta dias, anualmente, à disposição de qualquer contribuinte, para exame e apreciação, o qual poderá questionar-lhes a legitimidade, nos termos da lei.

Art. 34 (citado no capítulo 4)

(*) A União não intervirá nos Estados nem no Distrito Federal, exceto para:

I – manter a integridade nacional;

II – repelir invasão estrangeira ou de uma unidade da federação em outra;

III – pôr termo a grave comprometimento da ordem pública;

IV – garantir o livre exercício de qualquer dos Poderes nas unidades da Federação;

V – reorganizar as finanças da unidade da Federação que:

a) suspender o pagamento da dívida fundada por mais de dois anos consecutivos, salvo a motivo de força maior;

b) deixar de entregar aos Municípios receitas tributárias fixadas nesta Constituição dentro dos prazos estabelecidos em lei;

VI – prover a execução de lei federal, ordem ou decisão judicial;

VII – assegurar a observância dos seguintes princípios constitucionais:

a) forma republicana, sistema representativo e regime democrático;

b) direitos da pessoa humana;

c) autonomia municipal;

d) prestação de contas da administração pública, direta e indireta.

(*) Emenda Constitucional Nº 14, de 1996

(*) Emenda Constitucional Nº 29, de 2000

Art. 35 (citado no capítulo 4)

O estado não intervirá em seus municípios, exceto quando:

III – não tiver sido aplicado o mínimo exigido da receita resultante de impostos estaduais, compreendida a proveniente de transferências (...) nas ações e serviços públicos de saúde.

Art. 74 (citado no capítulo 4)

§ 2º - Qualquer cidadão, partido político, associação ou sindicato é parte legítima para, na forma da lei, denunciar irregularidades ou ilegalidades perante o Tribunal de Contas da União.

Art. 149 (citado no capítulo 4)

§1º - Os estados, o DF e os municípios poderão instituir contribuições, cobrada de seus servidores, para o custeio, em benefício destes, de sistemas de previdência e assistência social.

Art. 160 (citado nos capítulos 3 e 4)

(*) 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. Essa vedação não impede a União de condicionar a entrega de recursos ao pagamento de seus créditos.

(*) Emenda Constitucional Nº 3, de 1993

(*) Emenda Constitucional Nº 29, de 2000

Art. 165 - I a III (citado no item 3.9)

Leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão: I – o Plano Plurianual; II – as diretrizes orçamentárias; III – os orçamentos anuais

§3 - O poder executivo publicará até 30 dias após o encerramento de cada bimestre relatório resumido da execução orçamentária.

Art. 167 - I, IV e IX (citado nos itens 2.1 e 3.1)

(*) São vedados:

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

II – A realização de despesas ou a assunção de obrigações diretas que excedam os créditos orçamentários ou adicionais;

III – a realização de operações de créditos que excedam o montante das despesas de capital, ressalvadas as autorizadas mediante créditos suplementares ou especiais com finalidade precisa, aprovados pelo Poder Legislativo por maioria absoluta;

IV – a vinculação de receitas 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 a manutenção e desenvolvimento do ensino, como determinado pelo art. 212, e a prestação de garantias às operações de crédito por antecipação de receita, previstas no art. 165, § 8.º;

V – a abertura de crédito suplementar ou especial sem prévia autorização legislativa e sem indicação dos recursos correspondentes;

VI – a transposição, o remanejamento ou a transferência de recursos de uma categoria de programação com a outra ou de um órgão para o outro, sem prévia autorização legislativa;

VII – a concessão ou utilização de créditos ilimitados;

VIII – a utilização, sem autorização legislativa específica, de recursos dos orçamentos fiscal e da seguridade social para suprir necessidade ou cobrir déficit de empresas, fundações e fundos, inclusive dos mencionados no art. 165, §5.º;

IX – a instituição de fundos de qualquer natureza, sem prévia autorização legislativa.

§1º Nenhum investimento cuja execução ultrapasse um exercício financeiro poderá ser iniciado sem prévia inclusão no plano plurianual, ou sem lei que autorize a inclusão, sob pena de crime de responsabilidade.

§2º Os créditos especiais e extraordinários terão vigência no exercício financeiro em que forem autorizados, salvo se o ato de autorização for promulgado nos últimos quatro meses daquele exercício, caso em que, reabertos nos limites de seus saldos, serão incorporados ao orçamento do exercício financeiro subsequente.

§3º A abertura de crédito extraordinário somente será admitida para atender as despesas imprevisíveis e urgentes, como as decorrentes de guerra, comoção interna ou calamidade pública, observado o disposto no art. 62.

(*) Emenda Constitucional Nº 3, de 1993

(*) Emenda Constitucional Nº 19, de 1998

(*) Emenda Constitucional Nº 20, de 1998

(*) Emenda Constitucional Nº 29, de 2000

Art. 194 (citado no item 4.0)

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social.

VI - diversidade da base de financiamento;

VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Art. 195 (citado no item 3.3 e no capítulo 4)

§2º - a proposta de orçamento da seguridade social será elaborada de forma integrada pelos órgãos responsáveis pela saúde, previdência social e assistência social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias, assegurada a cada área a gestão de seus recursos.

Art. 196 (citado no capítulo 4)

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198 (citado nos capítulos 3 e 4)

§1º - O Sistema Único de Saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes.

§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:

I – no caso da União, na forma definida nos termos da lei complementar prevista no § 3º;

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 artigos 157 e 159, inciso I, alínea a, e inciso II, deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios;

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.

Art.198

§ 3º - Lei complementar, que será reavaliada pelo menos a cada cinco anos, estabelecerá:

I – os percentuais de que trata o § 2º;

Constituição Federal, ADCT art. 77º - até o exercício financeiro de 2004, os recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I – no caso da União:

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;

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

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

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.

§ 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.

EC/29 (09/2000):

ADCT – 74 (citado nos itens 3.1, 3.3 e 3.6);

ADCT – 77 (citado nos itens 3.1, 3.3, 3.6, 3.8, 3.10, 3.10.1, 3.10.2, 3.10.3, 3.11.1, 3.12);

CONSTITUIÇÃO FEDERAL - ADCT

Art. 77, § 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.

Leis Federais:

4.320 (1964)

(citado no item 2.1)

Título VIII – Artigos 71 a 73

DOS FUNDOS ESPECIAIS

Art. 71 - Constitui fundo especial o produto de receitas especificadas que por lei se vinculam à realização de determinados objetivos ou serviços, facultada a adoção de normas peculiares de aplicação.

Art. 72 - A aplicação das receitas orçamentárias vinculadas a turnos especiais far-se-á através de dotação consignada na lei de orçamento ou em créditos adicionais.

Art. 73 - Salvo determinação em contrário da lei que o instituiu, o saldo positivo do fundo especial apurado em balanço será transferido para o exercício seguinte, a crédito do mesmo fundo.

Art. 74 - A lei que instituir fundo especial poderá determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem de qualquer modo elidir a competência específica do Tribunal de Contas ou órgão equivalente.

8.080 (1990)

(citada nos itens 2.4, 3.1, 3.2, 3.3, 3.6, 3.11 e 3.12)

Art. 3º – A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e política do País.

Art. 5 – São objetivos do Sistema Único de Saúde: I – Identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde (...) dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário.

Art. 6 - Estão incluídos ainda no campo de atuação do Sistema Único de Saúde - SUS:

I - a execução de ações;

a) de vigilância sanitária;

b) de vigilância epidemiológica;

c) de saúde do trabalhador; e

d) de assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica;

II - a participação na formulação da política e na execução de ações de saneamento básico;

III - a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - a vigilância nutricional e a orientação alimentar;

V - a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho;

VI - a formulação da política de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos e outros insumos de interesse para a saúde e da participação na sua produção;

VII - o controle e a fiscalização de serviços, produtos e substâncias de interesse para a saúde;

VIII - a fiscalização e a inspeção de alimento, água e bebidas para consumo humano;

IX - a participação no controle e na fiscalização da produção, transportes, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

X - o incremento, em sua área de atuação, do desenvolvimento científico e tecnológico;

XI - a formulação e execução da política de sangue e seus derivados.

§ 1º - Entende-se por vigilância sanitária um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que direta ou indiretamente se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo; e

II - o controle de prestação de serviços que se relacionem direta ou indiretamente com a saúde.

§ 2º - Entende-se por vigilância epidemiológica um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde, individualmente ou coletivamente, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

§ 3º - Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho, abrangendo:

I - assistência ao trabalhador vítima de acidente de trabalho ou portador de doença profissional e do trabalho;

II - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, em estudos pesquisas, avaliação e controle dos riscos e agravos potenciais a saúde existentes no processo de trabalho;

III - participação, no âmbito de competência do Sistema Único de Saúde - SUS, da normatização, fiscalização e controle das condições de produ-

ção, extração, armazenamento, transporte, distribuição e manuseio de substâncias de produtos, de máquinas e de equipamentos que apresentam riscos à saúde do trabalhador;

IV - avaliação do impacto que as tecnologias provocam à saúde;

V- Informação ao trabalhador e à sua respectiva entidade sindical e às empresas sobre os riscos de acidente de trabalho, doença profissional e do trabalho, bem como os resultados de fiscalizações avaliações ambientais e exames de saúde, de admissão, periódicos e de demissão respeitados os preceitos da ética profissional;

VI - participação na normatização, fiscalização e controle dos serviços de saúde do trabalhador nas instituições e empresas públicas e privadas;

VII - revisão periódica da listagem oficial de doenças originadas no processo de trabalho, tendo na sua elaboração a colaboração das entidades sindicais;

VIII - a garantia ao sindicato dos trabalhadores de requerer ao órgão competente a interdição de máquina, de setor de serviço ou de todo o ambiente de trabalho, quando houver exposição a risco iminente para a vida ou saúde dos trabalhadores

Art. 7 – As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

Art. 9 – A direção do SUS é única de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: na união pelo Ministério da Saúde; nos estados pelas Secretarias Estaduais; nos municípios pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

Art. 32

§ 2º - As receitas geradas no âmbito do SUS serão creditadas diretamente em contas especiais, movimentadas pela sua direção na esfera de poder onde forem arrecadadas.

Art. 33 - Os recursos financeiros do Sistema Único de Saúde (SUS) serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação, e movimentados sob fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde.

Art. 34 – As autoridades responsáveis pela distribuição da receita efetivamente arrecadada transferirão automaticamente ao Fundo Nacional de Saúde (...) os recursos financeiros correspondentes às dotações consignadas no Orçamento da Seguridade Social a projetos e atividades a serem executadas no âmbito do SUS.

Art. 35

§ 6º - O disposto no parágrafo anterior não prejudica a atuação dos órgãos de controle interno e externo e nem a aplicação de penalidades previstas em lei em caso de irregularidades verificadas na gestão dos recursos transferidos

Art. 36 - O processo de planejamento e orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS) será ascendente, do nível local até o federal, ouvidos seus órgãos deliberativos, compatibilizando-se as necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos em planos de saúde dos Municípios, dos Estados, do Distrito Federal e da União.

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

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

Art.37 - A administração pública direta, indireta ou fundacional, de qualquer dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios obedecerá aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e também ao seguinte:

Art. 45 - Os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino integram-se ao SUS mediante convênio

§ 1º - Os serviços municipais e estaduais de previdência deverão integrar-se à direção correspondente do SUS, bem como quaisquer outros órgãos ou serviços de saúde.

§ 2º - Em tempo de paz e havendo interesse recíproco, os serviços de saúde das Forças Armadas integrar-se-ão ao SUS conforme dispuser em convênio(...)

Art. 52 - Sem prejuízo de outras sanções cabíveis, constitui crime de emprego irregular de verbas ou rendas públicas (Código Penal, artigo 315) a utilização de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde - SUS em finalidades diversas das previstas nesta lei.

Lei nº 8.142 (1990)

(citada nos itens 2.4, 3.2, 3.4, 3.8, 3.9, 3.11 e 3.12)

Art. 1 - O SUS contará em cada esfera de governo, sem prejuízo das funções do Poder Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas I – a Conferência de Saúde; e II – O Conselho de Saúde

§ 2º - O Conselho de Saúde (...) atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros(...)

Art. 2 - Os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como: I – despesas de custeio e capital do MS, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta; II – investimentos previstos em lei orçamentária, de iniciativa do Poder Legislativo e aprovados pelo Congresso Nacional; III – investimentos previstos no Plano Quinquenal do MS; IV – cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e DF.

IV, Parágrafo único – Os recursos referidos no inciso IV deste artigo — nos recursos do FNS serão alocados para cobertura das ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estado e DF— destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

Art. 3 - Os recursos (...) serão repassados de forma regular e automática para os Municípios, Estados e Distrito Federal, de acordo com os critérios previstos no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

Art. 4 - Para receberem os recursos, de que trata o art. 3º desta lei, os Municípios, os Estados e o Distrito Federal deverão contar com:

(...)

III - plano de saúde;

Parágrafo único. O não-atendimento pelos Municípios, ou pelos Estados, ou pelo Distrito Federal, dos requisitos estabelecidos neste artigo, implicará que os recursos concernentes sejam administrados, respectivamente, pelos Estados ou pela União.

Art. 24 - Ficam constituídas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde as seguintes Comissões:

Comissões Permanentes: Orçamento e Finanças, Promoção de Saúde, Recursos Humanos e Inter e Intraconselhos.

Art. 30 - As Comissões e os Grupos de Trabalho poderão convidar qualquer pessoa ou representante de órgão federal, estadual ou municipal, empresa privada, sindicato ou entidade civil, para comparecer às Reuniões e prestar esclarecimentos desde que aprovado pelo Plenário e que não implique custos não-previstos no orçamento do CMS.

Lei nº 8.666 (1992), (alterada pela 8.883 - 1993) -
(citada no capítulo 3)

Art.16 - Será dada publicidade, mensalmente, em órgão de divulgação oficial ou em quadro de avisos de amplo acesso público, à relação de todas as compras feitas pela Administração direta ou indireta, de maneira a clarificar a identificação do bem comprado, seu preço unitário, a quantidade adquirida, o nome do vendedor e o valor total da operação, podendo ser aglutinadas por itens as compras feitas com dispensa e inexigibilidade de licitação.

Parágrafo único. O disposto neste artigo não se aplica aos casos de dispensa de licitação previstos no inciso IX do art. 24.

Lei nº 8.689 (1993) - (citada no item 3.7 e 3.7.1)

Art.12 - O gestor do Sistema Único de Saúde em cada esfera de governo apresentará, trimestralmente, ao conselho de saúde correspondente e em audiência pública nas câmaras de vereadores e nas assembleias legislativas respectivas, para análise e ampla divulgação, relatório detalhado contendo, dentre outros, dados sobre o montante e a fonte de recursos aplicados, as auditorias concluídas ou iniciadas no período, bem como sobre a oferta e produção de serviços na rede assistencial própria, contratada ou conveniada.

Lei nº 9.452 (1997) - (citada no capítulo 3)

Art. 1 - Os órgãos e entidades da administração federal direta e as autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais notificarão as respectivas Câmaras Municipais da liberação de recursos financeiros que tenham efetuado, a qualquer título, para os Municípios, no prazo de dois dias úteis, contados da data da liberação.

Art 2 - A Prefeitura do Município beneficiário da liberação de recursos, de que trata o art. 1º desta Lei, notificará os partidos políticos, os sindicatos de trabalhadores e as entidades empresariais, com sede no Município, da respectiva liberação, no prazo de dois dias úteis, contados da data de recebimento dos recursos.

Art 3 - As Câmaras Municipais representarão ao Tribunal de Contas da União o descumprimento do estabelecido nesta Lei.

Lei de Responsabilidade Fiscal – LC 101 – (2000)

(citada nos itens 3.9.1)

CAPÍTULO II

Seção I - DA LEI DO PPA / Seção II - DA LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS

Art. 4 - A Lei de diretrizes orçamentárias atenderá o disposto no § 2º do art. 165 da Constituição e:

I – disporá também sobre:

- a) equilíbrio entre receitas e despesas;
- b) critérios e forma de limitação de empenho, a ser efetivada nas hipóteses previstas na alínea b do inciso II deste artigo, no art. 9º e no inciso II do § 1º do art. 31;
- e) normas relativas ao controle de custos e à avaliação dos resultados dos programas financiados com recursos dos orçamentos;
- f) demais condições e exigências para transferências de recursos a entidades públicas e privadas;

Seção III - DA LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL

Art 5 - O projeto de lei orçamentária anual, elaborado de forma compatível com o plano plurianual, com a lei de diretrizes orçamentárias, e com as normas desta Lei Complementar:

I - conterá, em anexo, demonstrativo da compatibilidade da programação dos orçamentos com os objetivos e metas constantes do documento de que trata o § 1º do art. 4º;

II - será acompanhado do documento a que se refere o § 6º do art. 165 da Constituição, bem como das medidas de compensação a renúncias de receita e ao aumento de despesas obrigatórias de caráter continuado;

III - conerá reserva de contingência, cuja forma de utilização e montante, definido com base na receita corrente líquida, serão estabelecidos na lei diretrizes orçamentárias, destinada ao:

§ 4º É vedado consignar na lei orçamentária crédito com finalidade imprecisa ou com dotação ilimitada.

§ 5º A lei orçamentária não consignará dotação para investimento com duração superior ao exercício financeiro que não esteja previsto no plano plurianual ou em lei que autorize a sua inclusão, conforme disposto no § 1º do art. 167 da Constituição.

Art. 9

§ 4º – Até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, o Poder Executivo demonstrará e avaliará o cumprimento das metas fiscais de cada quadrimestre, em audiência pública na comissão referida no § 1º do art. 166 da CF ou equivalentes nas casas legislativas estaduais e municipais.

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

Parágrafo único - A transparência será assegurada também mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante os processos de elaboração e de discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

Art. 49 - As contas apresentadas pelo Chefe do Poder Executivo ficarão disponíveis, durante todo o exercício, no respectivo Poder Legislativo e no órgão técnico responsável pela sua elaboração, para consulta e apreciação pelos cidadãos e instituições da sociedade.

§ 4º os relatórios referidos nos artigos 52 e 54 deverão ser elaborados de forma padronizada, segundo modelos que poderão ser atualizados pelo conselho de que trata o art. 67 (Conselho de Gestão Fiscal)

Leis do Município de São Paulo:

791 (1995)

(Código de Saúde do Estado de São Paulo)
(citada nos itens 3.2 e 3.3)

Art. 49 (citado nos itens 3.2 e 3.3)

Os recursos financeiros do SUS serão depositados no fundo de saúde de cada esfera de governo e movimentados pela direção do SUS sob fiscalização do respectivo conselho de saúde, sem prejuízo da atuação dos órgãos de controle interno e externo.

§ 1º Nos fundos de saúde, estadual e municipal, os recursos financeiros do SUS serão discriminados como despesas de custeio e de investimento das respectivas secretarias de saúde, seus órgãos e entidades, da administração direta e indireta, de modo que se identifiquem globalmente os recursos destinados ao setor de saúde.

10.830 (1990) - (citada nos itens 3.1, 3.3 e 3.11)

Dispõe sobre o Fumdes e dá outras providências.

Art. 1 - Fica criado junto ao Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde o Fumdes como instrumento de suporte financeiro para desenvolvimento das ações de saúde, de acordo com o modelo vigente, executadas ou coordenadas por aquela Secretaria.

Art.2 - Constituirão receitas do Fundo:

- I – Dotações consignadas no orçamento do Município e créditos adicionais que lhe sejam destinados;
- II – Auxílios, subvenções e contribuições, transferências e participações em convênios e ajustes.
- III – Doações de pessoas físicas e jurídicas, públicas e privadas, nacionais, estrangeiras e internacionais;
- IV – Produtos de operações de crédito, realizadas pela Prefeitura, observada a legislação pertinente e destinadas a esse fim específico;
- V – Rendimentos, acréscimos, juros e correções monetárias provenientes de aplicação de seus recursos;
- VI – Outras receitas.

Art.4 - Os recursos do Fundo serão aplicados:

I – Na ordenação e ampliação da rede física de unidades de vários níveis necessários à atenção à saúde;

II – Na estruturação e compatibilização do quadro de recursos humanos de atenção à saúde, ocorrendo despesas com vencimentos, nos termos da legislação municipal vigente, e gratificações por essa atividade, na forma a ser regulamentada por decreto, não podendo ultrapassar o limite estabelecido pela legislação municipal para despesas com a folha de pagamento;

III – Na aquisição de material permanente e de consumo necessários para o desenvolvimento dos planos, programas e projetos da Secretaria Municipal de Saúde;

IV – No pagamento pela prestação de serviços para a execução de programas e projetos específicos para que gerem receitas próprias para o Fundo.

V – No atendimento de despesas diversas de caráter urgente e inadiável, ouvido o CMS;

VI – Na concessão de auxílios e subvenções necessários para o desenvolvimento da atenção à saúde.

Art. 5º - A orientação e aprovação da captação e utilização dos recursos do Fundo caberão a um Conselho de Orientação.

§1 – Na composição do Conselho de Orientação participarão:

01 (um) – Representante do CMS (CMS)

12.546 – (1998) - (citada no capítulo 3)

Dispõe sobre o CMS de São Paulo e dá outras providências.

Art. 1 - O CMS criado nos termos do artigo 218 da Lei Orgânica do Município de São Paulo(...)

Art. 2 - O CMS, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, cujas decisões serão homologadas pelo Prefeito, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Art. 3 - Compete ainda ao CMS:

I – escolher seus representantes no Conselho Gestor do Fumdes

Art. 7 - Na forma de seu Regimento Interno o CMS deliberará pelo voto de mais da metade dos membros presentes à sessão.

§ 1º Para aprovação de matérias relativas à formulação de estratégias, controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, o quorum de deliberação será o de mais da metade dos integrantes do Conselho.

13.271 – (2002) - (citada no capítulo 3)

Dispõe sobre a descentralização das ações e serviços de saúde no Município de São Paulo, com a criação de entidades autárquicas hospitalares de regime especial.

Art. 9 - O Conselho Deliberativo e Fiscalizador de cada Autarquia terá composição tripartite e será constituída por 12 membros e respectivos suplentes, nomeados pelo Secretário Municipal de acordo com a seguinte distribuição:

III – seis representantes dos usuários dos serviços de saúde da autarquia indicados pelo segmento dos usuários do CMS.

Art. 10 - O Conselho Deliberativo e Fiscalizador da Autarquia, terá as seguintes atribuições:

I – traçar diretrizes para as atividades da autarquia;

(...)

IV – Apreciar e aprovar anualmente, nos prazos fixados no Regulamento, a proposta orçamentária da autarquia, submetendo-a a aprovação do Secretário Municipal da Saúde.

V – Fiscalizar a execução orçamentária, apreciar e aprovar, nos prazos fixados a prestação de contas da Autarquia antes de seu encaminhamento aos órgãos de controle interno e externo, submetendo-a à aprovação do CMS e ao Secretário Municipal de Saúde.

13.325 – (2002) - (citada no capítulo 3)

Dispõe sobre a organização de Conselhos gestores nas Unidades do Sistema Único de Saúde e dá outras providências.

Art. 7 - Compete aos Conselhos Gestores, observadas as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

III – acompanhar o orçamento participativo;

IV – solicitar e ter acesso às informações de caráter técnico administrativo, econômico-financeiro e operacional, relativas à respectiva Unidade e participar da elaboração e do controle da execução orçamentária.

13.563 – (2003) - (citada no item 3.1)

Artigo 1 - O Fundo Municipal de Saúde – FMS, revoga a Lei nº 10.830 de 4 de janeiro de 1990 e dá outras providências.

Artigo 2 - O Fundo Municipal de Saúde, vinculado à Secretaria Municipal de Saúde – SMS, tem como objetivo criar condições financeiras e de gerenciamento de recursos destinados ao desenvolvimento de ações e serviços de saúde, executadas e coordenadas pela Secretaria Municipal da Saúde, para a implantação, consolidação e manutenção do Sistema Único de Saúde - SUS, de acordo com os princípios e normas a ele aplicáveis.

Artigo 3 - O Fundo Municipal de Saúde terá duração indeterminada, natureza contábil e gestão autônoma a ser efetuada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Único: O Secretário Municipal da Saúde poderá fixar e delegar atribuições a funcionários da Secretaria Municipal de Saúde para gerenciamento e operacionalização do Fundo de que trata esta lei.

Art. 4 - A fiscalização e acompanhamento da gestão do Fundo caberá ao Conselho Municipal de Saúde

Parágrafo Único : Fica assegurado o acesso ao Conselho Municipal de Saúde, o acesso a qualquer tempo, às informações contábeis e financeiras referentes ao Fundo.

Art. 5 - Constituirão receitas do Fundo Municipal de Saúde - FMS:

I - recursos provenientes do produto de arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156, bem como os recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea “b” e parágrafo 3, todos da CF, nos termos do artigo 198, parágrafo 2, inciso II, e parágrafo 3, inciso I, e do artigo 77, inciso III, do ADCT, todos da CF, com a redação dada pela Emenda Constitucional 29 de 14 de setembro de 2000;

II - recursos transferidos pela União, Estado e outros Municípios destinados às ações e serviços de saúde;

III - recursos provenientes de transferências e doações de instituições públicas e privadas nacionais, estrangeiras e internacionais;

IV - recursos de outras fontes para o financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS em nível municipal, recebidos a título de reembolso, de valores correspondentes ao sistema de assistência médica suplementar;

V - contribuições, donativos e legados de pessoas físicas ou jurídicas de direito público ou privado, nacionais estrangeiras e internacionais;

VI - auxílios, subvenções, transferências e participações em convênios e ajustes;

VII - o produto de arrecadação de multas, correção monetária e juros por infrações ao Código Sanitário;

VIII - taxas de fiscalização sanitária e outras específicas que o Município vier a criar no âmbito da Saúde;

IX - receitas de eventos realizados com finalidade específica para auferir recursos para os serviços de saúde;

X - receitas auferidas de aplicações financeiras de seus recursos;

XI - recursos provenientes de operações de crédito contraídas com a finalidade de atender a área da saúde;

XII – outras receitas.

§ 1º - Todos os recursos destinados ao Fundo deverão ser contabilizados como receita orçamentária municipal, em rubricas específicas do Fundo, e a ele alocadas dotações na lei orçamentária, obedecendo a sua aplicação às normas gerais de direito financeiro.

§ 2º - As receitas previstas nos incisos deste artigo serão repassadas pela Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico, após a sua arrecadação, mediante depósito em conta corrente específica da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde, em percentuais definidos na Lei Orçamentária Anual, de acordo com as disposições constitucionais.

§ 3º - A Secretaria Municipal de Saúde encaminhará, observadas as normas legais e após a apreciação do Conselho Municipal de Saúde, a prestação de contas do Fundo Municipal de Saúde ao Tribunal de Contas.

Art. 6 - Os recursos do Fundo Municipal de Saúde - FMS serão aplicados, dentre outras despesas:

I - No financiamento total ou parcial de planos, programas e projetos de

saúde desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde, direta ou indiretamente;

II - No pagamento de vencimentos, salários, gratificações, remuneração de serviços e encargos de pessoal e de recursos humanos da Secretaria Municipal de Saúde; bem como no pagamento de gratificações de servidores de outras secretarias, de outros municípios e de outras esferas de governo pertencentes à administração direta ou indireta que desempenhem suas funções na Secretaria Municipal de Saúde e atuem no Sistema Único de Saúde – SUS, com a finalidade de compatibilizar o quadro de recursos humanos de atenção à saúde.

III - No pagamento pela prestação de serviços complementares de saúde firmados com entidades de direito público ou privado para execução dos planos, programas e projetos de saúde;

IV - Na aquisição de material permanente e de consumo e de outros insumos necessários para o desenvolvimento dos planos, programas e projetos de saúde;

V - Na construção, reforma, ampliação, aquisição ou locação de imóveis para adequação da rede física de prestação das ações e serviços de saúde;

VI - No desenvolvimento e aperfeiçoamento dos instrumentos de gestão, planejamento, administração e controle das ações e serviços de saúde;

VII – No desenvolvimento de recursos humanos em saúde;

VIII – Na concessão de auxílios e subvenções para desenvolvimento da atenção à saúde;

IX - No atendimento de despesas diversas, de caráter urgente e inadiável, necessária à execução das ações e serviços específicos de saúde;

X - Com amortizações e encargos de empréstimos contraídos no âmbito do setor saúde;

Art. 7 - Os saldos das dotações da Secretaria Municipal de Saúde, na data de promulgação desta lei, passam a fazer parte integrante do orçamento do órgão da Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde.

Art. 8 - O Executivo regulamentará a presente lei no prazo de 60 (sessenta) dias a contar da data de sua publicação, dispondo, por proposição da Secretaria de Saúde conjuntamente com a Secretaria de Finanças e Desenvolvimento Econômico, sobre as normas de funcionamento e operacionalização do Fundo Municipal de Saúde.

Art. 9 - Esta lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário, em especial a Lei nº 10.830, de 4 de janeiro de 1990.

Lei Orgânica Municipal (1990) - (citada no item 3.1)

Art. 214 - §2 - O Sistema Único de Saúde, no âmbito do Município, será financiado com recursos do Município, do Estado, da União, da Seguridade Social e de outras fontes que constituem um fundo específico, regulado por lei municipal.

Art. 218 - Fica criado o CMS, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, composto por representantes do Poder Público, trabalhadores de saúde e usuários que, dentre outras atribuições deverá promover os mecanismos necessários à implementação da política de saúde nas unidades prestadoras de assistência, na forma da lei.

Decretos Federais

1.232 (1994) - (citado nos itens 3.4 e 3.8)

Art. 2 - A transferência de que trata o art. 1º fica condicionada à existência de fundo de saúde e à apresentação de plano de saúde, aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde, do qual conste a contrapartida de recursos no Orçamento do Estado, do Distrito Federal ou do Município.

§ 1º Os planos municipais de saúde serão consolidados na esfera regional e estadual e a transferência de recursos pelo Fundo Nacional de Saúde dos Municípios fica condicionada à indicação, pelas Comissões Bipartites da relação de Municípios que, além de cumprirem as exigências legais, participam dos projetos de regionalização e hierarquização aprovados naquelas comissões, assim como à compatibilização das necessidades da política de saúde com a disponibilidade de recursos.

§ 2º O plano de saúde discriminará o percentual destinado pelo Estado e pelo Município, nos respectivos orçamentos, para financiamento de suas atividades e programas.

§ 3º O Ministério da Saúde definirá os critérios e as condições mínimas exigidas para aprovação dos planos de saúde do município.

Decretos Municipais:

28.572 (1990) - (citado no capítulo 3)

Regulamenta a Lei 10830 de 4 de janeiro de 1990 que criou o FUMDES e dá outras providências.

Art. 4

§3º - O Conselho de Orientação tem as seguintes atribuições:

aprovar a captação de recursos previstos no § 2º;

deliberar sobre os planos, programas e projetos de aplicação de recursos; acompanhar o desenvolvimento dos planos, programas e projetos aprovados;

Este item foi modificado pelo Decreto nº 40.364 (2001), cujo novo teor é o que se cita abaixo. Deliberar sobre a forma e aprovar o pagamento de gratificações, bem como sobre a atualização periódica dos respectivos valores, para a compatibilização do quadro de recursos humanos do sistema de saúde, encaminhando a proposta ao Secretário Municipal de saúde, para expedição da portaria:

Aprovar a assinatura, pela Secretaria Municipal de Saúde, de termos de acordo, de cooperação e de convênios com entidades e órgãos privados ou públicos, das três esferas de governo, para o desenvolvimento da atenção à saúde;

Estabelecer normas de gerenciamento dos recursos financeiros;

Analisar e aprovar as prestações de contas, balancetes e demais demonstrativos econômico-financeiros referentes à movimentação dos recursos do Fumdes;

Elaborar o relatório descritivo e analítico, referente ao montante mensal recebido pelo Fumdes, bem como as aplicações e investimentos realizados, encaminhando-o à Comissão de Política Social e do Trabalho da CMSP e ao Secretário Municipal de Saúde, até o 10º dia útil do mês subsequente.

32.773 (1992) - (citado no capítulo 3)

Consolida as disposições relativas à organização da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, e dá outras providências.

Art. 3 - A Secretaria Municipal de Saúde tem a seguinte estrutura básica:
I – CMS

37.330 (1998) - (citado no capítulo 3)

Regulamenta a Lei 12546 que dispõe sobre o CMS.

Art. 2 - O CMS, órgão normativo e deliberativo, com estrutura colegiada, cujas decisões serão homologadas pelo Secretário Municipal de Saúde, a quem fica delegada essa competência, atuará na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde no âmbito Municipal, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

Art. 3 - Compete ao CMS:

(...)

II- Controlar, acompanhar e avaliar a política de saúde do Município, promovendo diligências e requerendo informações referentes ao seu funcionamento.

38.576 (1999) - (citado no item 3.9)

Decreto nº 38.576 de novembro de 1999 determina que o Conselho de Saúde emita parecer sobre o Plano e aplicação dos recursos financeiros transferidos pelo Governo Federal, Estadual e Municipal, consignados ao SUS.

Dá nova regulamentação à Lei 12.546 que dispõe sobre o CMS.

Art. 3 - Compete ao CMS, observadas às diretrizes emanadas da Conferência Municipal de Saúde:

I – Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros.

IV – Apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano e aplicação dos recursos financeiros transferidos pelos Governos Federal, Estadual e do orçamento Municipal, consignados ao Sistema Único de Saúde.

XV – Ter todas as informações de caráter técnico administrativo, econômico financeiro, orçamentário operacional, sobre recursos humanos, convênios, contratos e termos aditivos, de direito público, que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde.

Conclusões:

XI Conferência Nacional de Saúde – Tema: “Controle Social” - Item 13 (citada no item 4.0)

Tema “Controle Social” – Item 13º:

Os Participantes da XI Conferência Nacional de Saúde (dezembro de 2000) indicam também a necessidade de fortalecer o papel de fiscalização dos Conselhos, garantindo adequação dos meios disponíveis aos fins expressos no Plano de Saúde. Enfatiza-se a necessidade de que os Fundos de Saúde incluam todos os recursos utilizados para o financiamento das ações e serviços de saúde em cada esfera de governo, e não apenas os originados de transferências, apresentando prestação de contas trimestrais, em audiências públicas, no recinto das Câmaras Municipais e Assembléias Legislativas, sob responsabilidade do gestor do SUS em cada esfera de governo. Além disso, indica-se a necessidade de se incluir, nas pautas das reuniões dos Conselhos de Saúde, a informação sobre todo e qualquer repasse de verbas entre diferentes esferas de governo, assegurando à Comissão de Finanças do Conselho o acesso regular aos extratos bancários do Fundo de Saúde, para que os Conselhos tenham condições de exercer seu papel de controle e acompanhamento da execução orçamentária.

Resoluções:

Resolução 316 – CNS (citada no item 3.9)

Quinta Diretriz - Para efeito da aplicação da Emenda Constitucional nº 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 nº 8.080/90, 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 1/01/2000 para custear ações e serviços públicos de saúde, excepcionalmente, poderão integrar o montante considerado para o cálculo do percentual mínimo constitucionalmente exigido.

Regimento interno do conselho municipal de saúde

Última alteração aprovada na 33ª Reunião Ordinária de 20/9/2001

Art. 3 - Compete ao Conselho Municipal de Saúde:

I - Deliberar sobre estratégias e atuar no controle da execução da Política Municipal de Saúde, inclusive nos seus aspectos econômicos e financeiros,

II - Deliberar, analisar, controlar e apreciar, no nível municipal, o funcionamento do Sistema Único de Saúde;

III - Aprovar, controlar, acompanhar e avaliar o Plano Municipal de Saúde;

IV - Apreciar, previamente, emitindo parecer sobre o Plano e aplicação de recursos financeiros transferidos pelos Governos Federal, Estadual e do orçamento municipal consignados ao Sistema Único de Saúde;

V - Apreciar a movimentação de recursos financeiros do Sistema Único de Saúde, no âmbito municipal e pronunciar-se conclusivamente sobre os relatórios de gestão do Sistema Único de Saúde apresentados pela Secretaria Municipal da Saúde;

VI - Acompanhar e fiscalizar os procedimentos do Fundo Municipal de Saúde - Fumdes, através de comissão de análise do Fundo;

X - Apreciar a alocação de recursos econômicos financeiros, operacionais e humanos dos órgãos institucionais integrantes do Sistema Único de Saúde;

XV - Ter todas as informações de caráter técnico-administrativo, econômico-financeiro, orçamentário e operacional, sobre recursos humanos, convênios, contratos e termos aditivos, de direito público, que digam respeito à estrutura e pleno funcionamento de todos os órgãos vinculados ao Sistema Único de Saúde;

Seção IV - COMISSÕES E GRUPOS DE TRABALHO

Art. 18 - As Comissões Intersetoriais Permanentes, comissões permanentes e grupos de trabalho constituídas, criadas e estabelecidas pelo Plenário do Conselho Municipal de Saúde tem por finalidade apreciar as políticas e programas de interesse para saúde cujas execuções envolvam áreas compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, em especial:

(...)

g) Comissão de Orçamento e Finanças, em cumprimento ao disposto na Lei Federal nº 8.142/90.

Art. 24 - Ficam constituídas no âmbito do Conselho Municipal de Saúde as seguintes Comissões:

Comissões Permanentes:

Orçamento e Finanças

Promoção de Saúde

Recursos Humanos

Inter e Intraconselhos

Art. 30 - As Comissões e os Grupos de Trabalho poderão convidar qualquer pessoa ou representante de órgão federal, estadual ou municipal, empresa privada, sindicato ou entidade civil, para comparecer às Reuniões e prestar esclarecimentos desde que aprovado pelo Plenário e que não implique custos não-previstos no orçamento do CMS.

Notas

¹ A criação do SUS foi objeto de análise no Caderno nº 3 do Observatório dos Direitos do Cidadão.

² A implantação do PAS também foi analisada no Caderno nº 3 do Observatório dos Direitos do Cidadão.

³ O detalhamento da análise sobre o Conselho Municipal de Saúde, bem como seu regimento interno foram tratados no Caderno nº 8 do Observatório dos Direitos do Cidadão.