

11a

CONFERÊNCIA ESTADUAL
DE SAÚDE DO PARANÁ

Saúde Pública de Qualidade para os Paranaenses

CONSELHO ESTADUAL
DE SAÚDE-CES/PR

Ministério da Saúde


GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAIS RICO E PAIS SEM POBREZA

União Nacional de Saúde

SUS+

PARANÁ
GOVERNO DO ESTADO
SECRETARIA DE SAÚDE

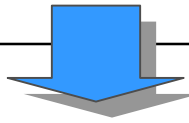
DOCUMENTO ORIENTADOR

- 
- Tema Central: Saúde Pública de Qualidade para os Paranaenses.
-

- Eixos:

- Consolidação das Redes de Atenção à Saúde do Paraná;
- Fortalecimento do Controle Social na Saúde;
- Participação do Cidadão na Promoção da sua Saúde;
- Financiamento, Democratização e Qualidade da Gestão Pública em Saúde.

TRANSIÇÃO DEMOGRÁFICA



PARANÁ – 2014

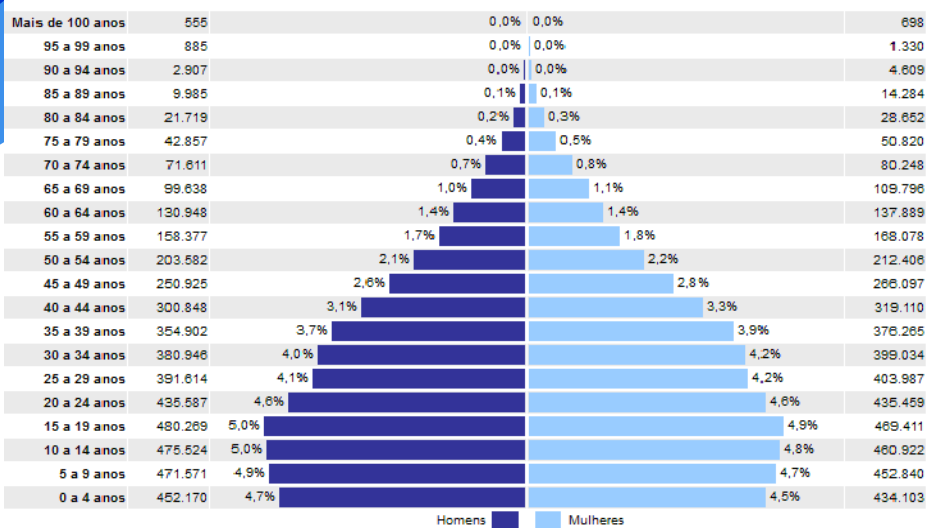
CARACTERIZAÇÃO



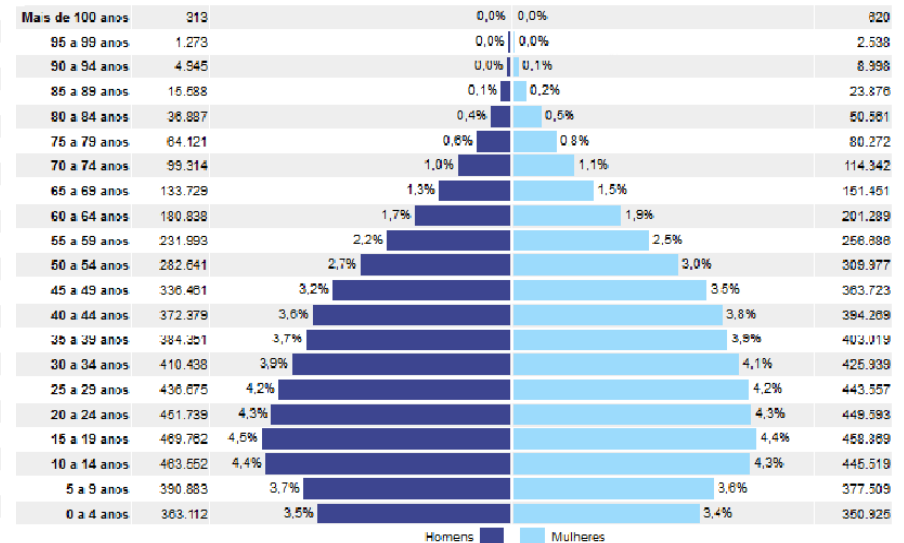
- **População: 11.081.692 habitantes (estimativa)**
- **Nº de Regionais de Saúde: 22**
- **Nº de municípios: 399**
 - **312 (77,4%) < de 20.000 habitantes**
 - **71 (17,8%) > de 20.000 habitantes**
 - **16 (4,8%) > de 100.000 habitantes**

Comparação da distribuição da população por Sexo, segundo os grupos de idade – Paraná

Densidade Demográfica - 2000

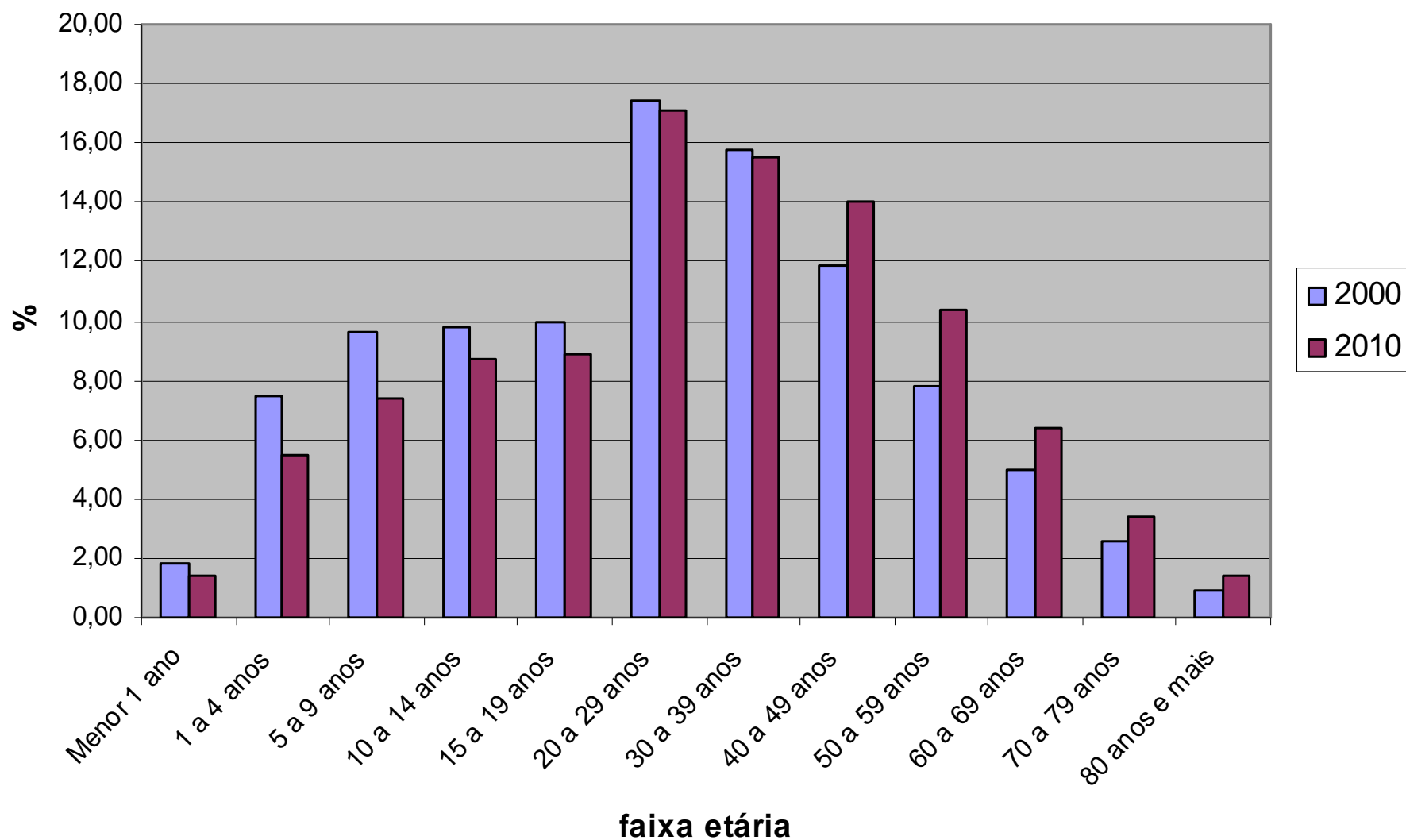


Densidade Demográfica - 2010



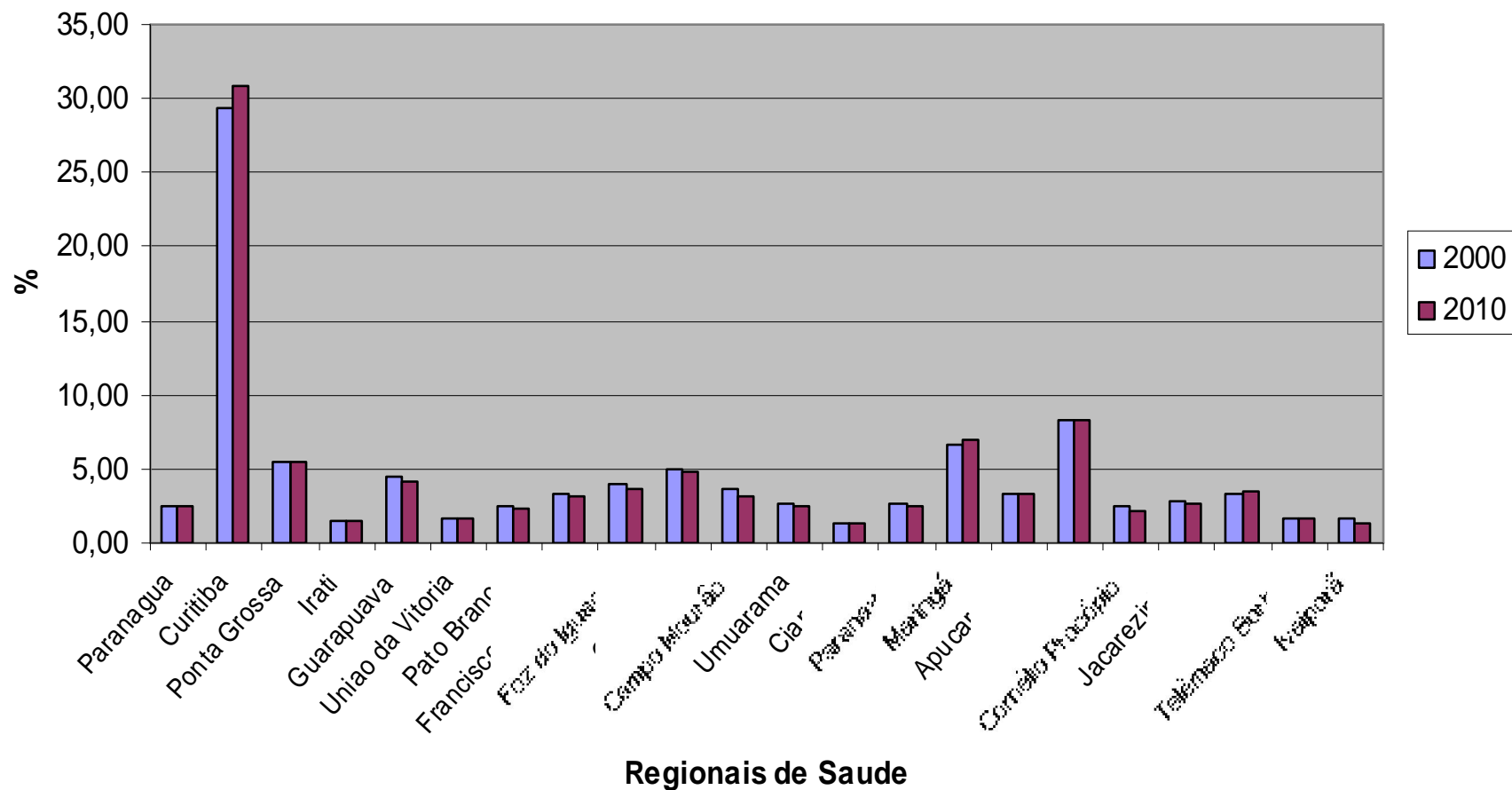
Fonte: IBGE, 2010

Distribuição da população por faixa etária, Paraná, 2000 e 2010



Fonte: IBGE, 2010

Distribuição proporcional da população nas Regionais de Saude do Paraná, 2000 e 2010



Fonte: IBGE, 2010

Consolidação das Redes de Atenção à Saúde do Paraná





Sistema Integrado de Serviços de Saúde – Rede de Atenção

É a constituição de uma rede integrada de pontos de atenção à saúde que permite prestar uma assistência contínua a uma determinada população - ***no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa*** - e que se responsabiliza pelos resultados sanitários e econômicos relativos a esta população



Os Pilares Dos Sistemas Integrados de Serviços de Saúde

As leis e os princípios da organização dos sistemas de saúde – SUS

A medicina baseada em evidência

A avaliação econômica dos serviços de saúde

A avaliação tecnológica dos serviços de saúde

Fonte: MENDES (2001)



Por Que Rede?

- Foco nas necessidades de saúde da população;
- Correspondência entre capacidade de oferta de serviços e necessidades;
- Coordenação e articulação da atenção envolvendo vários setores como serviços de saúde, assistência social, segurança, comunidade entre outros.
- Sistemas de informação, subsidiando a tomada de decisão e facilitando a comunicação;
- Qualidade e efetividade do cuidado e satisfação do usuário.



Atributos Essenciais de um Sistema Integrado – Rede de Atenção à Saúde

- Uma população e território definido, que determina a oferta de serviços de saúde;
- Uma diversidade de pontos de atenção, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, sob uma única coordenação;
- Uma atenção primária que atua como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado;
- Disponibilização de serviços ambulatoriais de especialidade;



Atributos Essenciais de um Sistema Integrado – Rede de Atenção à Saúde

- Existência de mecanismos de coordenação assistencial por todo o contínuo da atenção;
- O cuidado de saúde centrado no indivíduo, nas famílias e na comunidade em determinado território;
- Um sistema participativo e único para todo o sistema;
- Gestão integrada dos sistemas administrativos e de apoio clínico;



Atributos Essenciais de um Sistema Integrado – Rede de Atenção à Saúde

- Recursos humanos capacitados e comprometidos com o sistema;
- Sistema de informação integrado e que vincula todos os membros do sistema;
- Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema;
- Ação intersetorial ampla.



Sistemas Integrados de Serviços de Saúde

O restabelecimento da coerência entre a situação de saúde com transição demográfica acelerada e tripla carga de doença com predomínio relativo forte de **CONDIÇÕES CRÔNICAS** e um **SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE**, contínuo, proativo e voltado para a atenção às **CONDIÇÕES AGUDAS** e **CRÔNICAS**, o que exige a implantação das **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**.

Condições Agudas e Crônicas

VARIÁVEL	CONDIÇÃO AGUDA	CONDIÇÃO CRÔNICA
INÍCIO	<ul style="list-style-type: none">▪ Rápido	<ul style="list-style-type: none">▪ Gradual
CAUSA	<ul style="list-style-type: none">▪ Usualmente única	<ul style="list-style-type: none">▪ Usualmente múltiplas causas
DURAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">▪ Curta	<ul style="list-style-type: none">▪ Indefinida
DIAGNÓSTICO E PROGNÓSTICO	<ul style="list-style-type: none">▪ Comumente acurados	<ul style="list-style-type: none">▪ Usualmente incertos
TESTES DIAGNÓSTICOS	<ul style="list-style-type: none">▪ Frequentemente decisivos	<ul style="list-style-type: none">▪ Frequentemente de valor limitado
RESULTADO	<ul style="list-style-type: none">▪ Em geral, cura	<ul style="list-style-type: none">▪ Em geral, cuidado sem cura
PAPEL DOS PROFISSIONAIS	<ul style="list-style-type: none">▪ Selecionar e prescrever o tratamento	<ul style="list-style-type: none">▪ Educar e fazer parceria com as pessoas usuárias
NATUREZA DAS INTERVENÇÕES	<ul style="list-style-type: none">▪ Centrada no cuidado profissional	<ul style="list-style-type: none">▪ Centrada no cuidado multiprofissional e no autocuidado
CONHECIMENTO E AÇÃO CLÍNICA	<ul style="list-style-type: none">▪ Concentrados no profissional médico	<ul style="list-style-type: none">▪ Compartilhados pela equipe multiprofissional e as pessoas usuárias
PAPEL DA PESSOA USUÁRIA	<ul style="list-style-type: none">▪ Seguir as prescrições, atuando como paciente	<ul style="list-style-type: none">▪ Corresponsabilizar-se por sua saúde em parceria com a equipe de saúde, atuando como agente
SISTEMA DE ATENÇÃO À SAÚDE	<ul style="list-style-type: none">▪ Reativo e fragmentado	<ul style="list-style-type: none">▪ Proativo e integrado



Os Componentes Da Rede De Atenção À Saúde

- **OS NÓS DA REDE:**
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE
- **O CENTRO DE COMUNICAÇÃO:**
A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE
- **OS SISTEMAS DE APOIO**
O SISTEMA DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO
O SISTEMA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA
O SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
- **OS SISTEMAS LOGÍSTICOS:**
A IDENTIFICAÇÃO DOS USUÁRIOS
OS PRONTUÁRIOS ELETRÔNICOS
AS CENTRAIS DE REGULAÇÃO
OS SISTEMAS DE TRANSPORTES SANITÁRIOS
- **O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE**

Fortalecimento do Controle Social na Saúde





A discussão do Controle Social na Sociedade Brasileira, a partir da Constituição Federal, ganhou uma dimensão relevante porque com ela estamos discutindo a relação Estado e Sociedade.



Controle Social

- É a capacidade a sociedade organizada tem de atuar nas políticas públicas, em conjunto com o Estado, para estabelecer suas necessidades, interesses e controlar a execução destas políticas.



Os Conselhos são instâncias deliberativas do Sistema Descentralizado e Participativo, constituídos em cada esfera do governo com caráter permanente e composição paritária, isto é, igual número de representantes do governo e da Sociedade Civil (Gestão pública em saúde, prestadores de serviços em saúde, trabalhadores da saúde e usuários do SUS).

Os Conselhos são instâncias de negociação e pactuação das propostas institucionais e das demandas da comunidade.



Os Conselhos são órgãos colegiados de caráter permanente e deliberativo com funções de formular estratégias, controlar e fiscalizar a execução das políticas públicas, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros.

O Objetivo dos Conselhos é o **Controle Social** da gestão pública para que haja um **melhor atendimento à população.**



HISTÓRICO

- A Constituição Federal/88 inovou a relação do Estado com a sociedade, tendo por base: a participação ativa de organizações da sociedade na formulação e co-gestão das políticas sociais.
- Criou também, mecanismos que a sociedade pode se utilizar para promover o controle social junto aos atos da Administração Pública.

Os Conselhos existem nas três esferas de Governo:

- **Esfera Federal:** Temos Conselhos Setoriais das Políticas Públicas (Saúde, Educação, Assistência Social, entre outras) e Conselhos de Direitos com seus respectivos Fundos implementados.



- **Esfera Estadual:** Os Conselhos Estaduais de Políticas Públicas (Saúde, Educação e Assistência Social, entre outras) estão funcionando em todas as 27 (vinte e sete) unidades federadas com Fundos implementados.



- **Esfera Municipal:** Na maioria dos Municípios estes Conselhos também estão criados.





A proliferação destes Conselhos representa um aspecto positivo, ao criar oportunidades para a participação da sociedade na gestão das Políticas Públicas.

No entanto, há que se avaliar o funcionamento efetivo e a eficácia da atuação destes Conselhos.



Funcionamento dos Conselhos

Para que o Conselho funcione
adequadamente, algumas condições
são necessárias:

Legitimidade

Representatividade

Efetividade e Eficácia

NO REGIMENTO INTERNO DE UM CONSELHO DEVE CONSTAR

- REUNIÕES ORDINÁRIAS E EXTRAORDINÁRIAS;
- A FORMA DE CONVOCAÇÃO DOS CONSELHEIROS;
- A PAUTA DA REUNIÃO E A ATA;
- AS DECISÕES, DELIBERAÇÕES E RESOLUÇÕES;
- PRESIDÊNCIA DO CONSELHO E COMPONENTE DE MESA DIRETORA;
- CRIAÇÃO DE COMISSÕES TEMÁTICAS;
- ESTRUTURAÇÃO DA SECRETARIA EXECUTIVA;
- ASSESSORIA TÉCNICA E OUTROS.

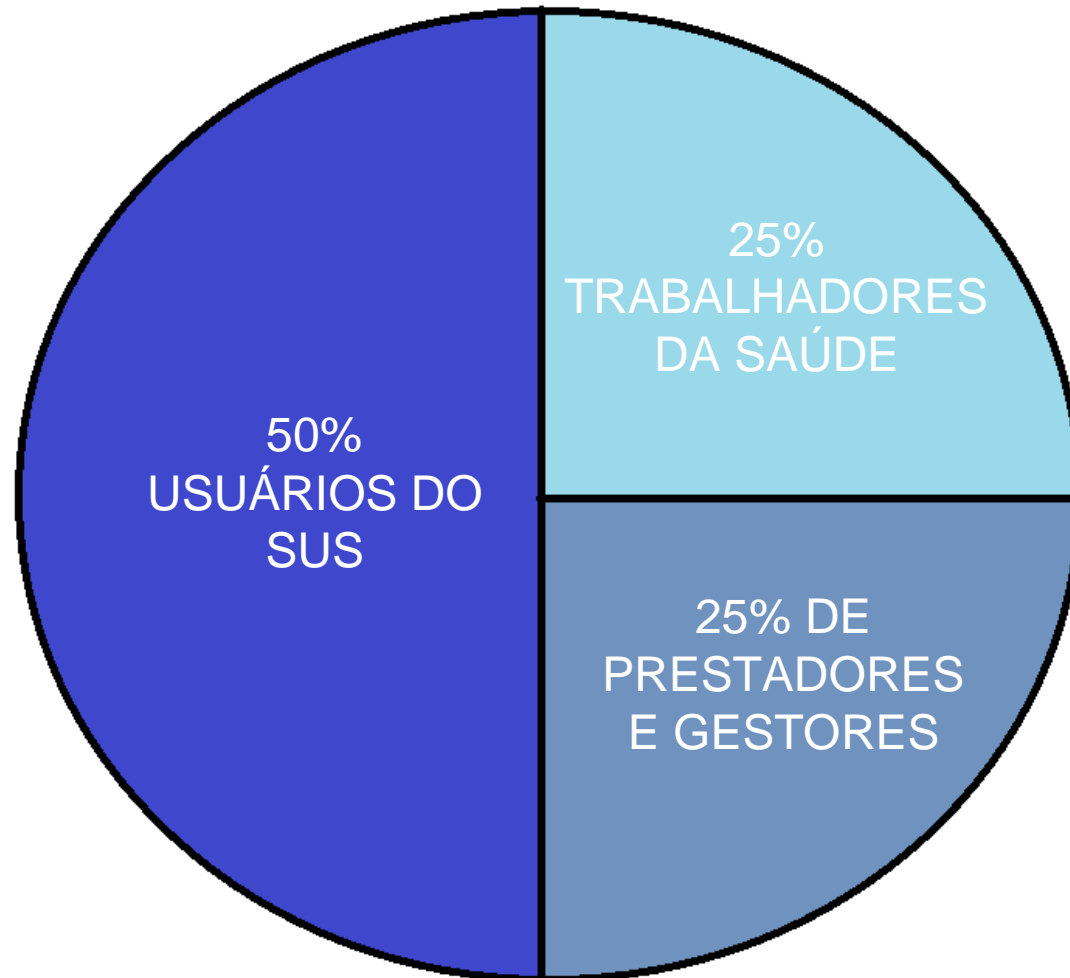




CONDIÇÕES FUNDAMENTAIS PARA O DESEMPENHO DE UM CONSELHO

- LEGITIMIDADE;
- AUTONOMIA;
- ORGANICIDADE;
- PERMEABILIDADE;
- VISIBILIDADE;
- ARTICULAÇÃO.

NA SAÚDE





-
- POSTURA CRIADORA/OFENSIVA – na atuação e formulação de estratégias na implantação do modelo vigente;
 - POSTURA FISCALIZADORA/DEFENSIVA – na atuação sobre o controle da execução das políticas contra os desvios e distorções.
 - Além destas atribuições legais existem:
 - acompanhamento da execução dos programas prioritários;
 - pesquisa de amostragem dos usuários, prestadores e outros;
 - formulação das diretrizes e estratégias e avaliar os instrumentos de gestão do SUS, prioridade das políticas de saúde de promoção, proteção e recuperação da saúde do coletivo e de grupos de riscos.



RELAÇÕES DO CONSELHO DE SAÚDE COM A GESTÃO

- COMPETÊNCIAS TÍPICAS DA GESTÃO:
 - PLANEJAMENTO;
 - ORÇAMENTO;
 - PROGRAMAÇÃO;
 - NORMATIZAÇÃO;
 - DIREÇÃO/GERÊNCIA;
 - OPERACIONALIZAÇÃO/EXECUÇÃO;
 - CONTROLE/AVALIAÇÃO/AUDITORIA.



O PAPEL DAS COMISSÕES DOS CONSELHOS

- Tem por finalidade exclusiva de assessorar o plenário do conselho, fornecendo subsídios de discussão para deliberar sobre formulação de estratégias e controle de execução de políticas de saúde.
- Não são deliberativas, nem normatizadoras e programadoras, devem recolher e articular políticas, normas e programas das Instituições e setores de interesse para o SUS.



AS RELAÇÕES DO CONSELHO COM O PODER LEGISLATIVO, ENTRE CONSELHOS

- Acompanhamento de projetos de leis em tramite;
- Estabelecer contatos com os demais conselhos de outras esferas e das políticas sociais;
- Participar de fóruns na conquista de direitos coletivos;
- Elaborar trabalhos conjuntos na melhoria das políticas públicas.



CONDIÇÕES PARA O FORTALECIMENTO DOS CONSELHOS

- Autonomia – infra-estrutura (espaço físico e secretaria executiva, dotação orçamentária) e condições de funcionamento autônomo;
- Transparência e socialização de informações – para controlar o orçamento e os gastos públicos;
- Visibilidade – divulgação e publicização das ações dos Conselhos;



-
- Integração – criar estratégias de articulação e integração do Conselho, através de agendas comuns e fóruns mais amplos, que contribuam para superar a setorização e a fragmentação das políticas públicas;
 - Articulação – dos Conselhos com outras instâncias de Controle Social como os Fóruns e Comissões Temáticas ampliando a participação da sociedade no Controle Social das Políticas Públicas;
 - Capacitação Continuada dos Conselhos – desenvolver um processo contínuo de formação dos Conselheiros, instrumentalizando-os para o efetivo exercício do controle social.



PAPEL DO CONSELHO DE SAÚDE APÓS A LEI COMPLEMENTAR Nº141/12



Atribuições dos Conselhos

- Deliberação dos Conselhos de Saúde sobre as despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades que serão consideradas como ações e serviços de saúde na prestação de contas do respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.

Pré-Requisitos:

- *Gestor apresenta ao respectivo Conselho as despesas com saneamento que serão consideradas como ações e serviços de saúde.
- *Essas despesas deverão estar previstas no PPA e no Plano de Saúde, na PAS, na LDO e na LOA do respectivo ente da Federação, sendo previamente discutido e deliberado no Conselho de saúde.



Atribuições dos Conselhos

- Deliberação do Conselho Nacional de Saúde sobre a metodologia pactuada na CIT para definição dos montantes a serem transferidos pelo Ministério da Saúde para Estados, Distrito Federal e Municípios para custeio das ações e serviços de saúde.

Pré-Requisitos:

- *CIT pactua a metodologia e encaminha para o Conselho Nacional de Saúde



Atribuições dos Conselhos

- Recebimento pelos Conselhos de Saúde de informação do Ministério da Saúde sobre os recursos previstos para transferência aos Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde e no termo de compromisso de gestão firmado entre os entes da Federação.

Pré-Requisitos

- *Ministério da Saúde informará aos Conselhos Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais e aos Tribunais de Contas de cada ente da Federação a previsão de recursos a serem transferidos para os demais entes da Federação.



Atribuições dos Conselhos

- Deliberação do Conselho Nacional de Saúde sobre as normas do SUS pactuadas na CIT.

Pré-Requisitos:

*CIT pactua as normas do SUS e encaminha para o Conselho Nacional de Saúde



Atribuições dos Conselhos

- Deliberação dos Conselhos de Saúde sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades para as ações e serviços públicos de saúde pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.

Pré-Requisitos:

- *Plano Nacional de Saúde e respectivos Planos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.



Atribuições dos Conselhos

- Avaliação da Gestão do SUS pelos respectivos Conselhos de Saúde e emissão de parecer conclusivo sobre o cumprimento dos dispositivos da LC 141/2012 quando da apreciação das contas anuais encaminhadas pelo respectivo gestor federal, estadual, distrital ou municipal.

Pré-Requisitos:

- *Gestor encaminhará os Relatórios de Prestação de Contas Quadrimestrais (RPCQ) e o RAG aos respectivos conselhos de saúde
- *Gestor encaminhará a PAS antes do encaminhamento do capítulo saúde da PLDO



Atribuições dos Conselhos

- Deliberação do Conselho Nacional de Saúde sobre o modelo padronizado dos Relatórios de Prestação de Contas Quadrimestrais da União, Estados, Distrito Federal e Municípios e do modelo simplificado desses relatórios para os municípios com menos de 50 mil habitantes.

Pré-Requisitos:

- *Modelos para subsidiar essa padronização:
 - Relatório de Prestação de Contas Trimestrais apresentados em 2011 pelo MS;
 - Modelo de Relatórios COFIN/CNS de análise da prestação de contas do MS;
 - "RREO" da pasta da saúde.



Atribuições dos Conselhos

- Assessoramento ao Poder Legislativo de cada ente da Federação pelos respectivos Conselhos de Saúde, quando requisitados, no exercício da fiscalização do cumprimento dos dispositivos da LC141/2012, especialmente, a elaboração e a execução do Plano de Saúde, o cumprimento das metas estabelecidas na LDO, a aplicação dos recursos mínimos constitucionalmente estabelecidos, as transferências financeiras Fundo-a-Fundo, a aplicação de recursos vinculados e a destinação dos recursos oriundos da alienação de ativos vinculados ao SUS.

Pré-Requisitos:

- *Solicitação do Poder Legislativo de cada ente da Federação aos respectivos Conselhos de Saúde



Atribuições dos Conselhos

- Recebimento pelos Conselhos de Saúde da informação do Ministério da Saúde sobre o descumprimento dos dispositivos da LC141/2012 pelos Estados, Distrito Federal e Municípios.

Pré-Requisitos:

- *Ministério da Saúde informará as irregularidades cometidas pelos entes da Federação aos Conselhos Nacional, Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde.



Atribuições dos Conselhos

- Avaliação pelos Conselhos de Saúde da repercussão da LC141/2012 sobre as condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde da população e encaminhamento ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação das indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Pré-Requisitos:

- *Disponibilidade dos dados sobre as condições de saúde da população quadrimestralmente.



Atribuições dos Conselhos

- Apreciação pelos Conselhos de Saúde dos indicadores propostos pelos gestores de saúde dos respectivos entes da Federação para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde e a implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39.

Pré-Requisitos:

- *Proposta de indicadores a ser encaminhada pelos gestores aos respectivos Conselhos de Saúde.



Atribuições dos Conselhos

- Cobrança e participação dos Conselhos de Saúde na formulação do programa permanente de educação na saúde para qualificar a atuação dos conselheiros, especialmente usuários e trabalhadores, na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde.

Pré-Requisitos:

- *Programação a ser proposta pelos gestores e encaminhada aos respectivos Conselhos de Saúde.



Cuidado com as penalidades...

- “Art. 46. As infrações dos dispositivos desta Lei Complementar serão punidas segundo o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 (Código Penal), a Lei no 1.079, de 10 de abril de 1950, o Decreto-Lei no 201, de 27 de fevereiro de 1967, a Lei no 8.429, de 2 de junho de 1992, e demais normas da legislação pertinente”.

PERÍODO	OBRIGAÇÕES
Até 31/01	Apuração de eventual diferença de aplicação mínima no ano anterior, bem como dos Restos a Pagar Cancelados no ano anterior, para compensação durante o ano em curso mediante realização da despesa em dotação orçamentária específica.
Até 28/02	Relatório de Prestação de Contas do 3º Quadrimestre do ano anterior ao Conselho de Saúde e ao Poder Legislativo (entrega e realização de audiência pública pelo gestor; recomendações do conselho ao Chefe do Poder Executivo); Pactuação intermunicipal para o estabelecimento de planos e metas regionais.
Até 29/03	Realização de Audiência Pública, Elaboração e envio da Programação Anual de Saúde e da proposta de diretrizes para o estabelecimento de prioridades no Projeto de LDO para análise e deliberação do Conselho de Saúde.
Até 30/03	Relatório Anual de Gestão - RAG (do ano anterior) ao Conselho de Saúde.
Até 30/04	Projeto de LDO/Saúde (apresentação pelo gestor para análise e aprovação pelo Conselho)
Até 31/05	Relatório de Prestação de Contas do 1º Quadrimestre do ano ao Conselho de Saúde e ao Poder Legislativo (entrega e realização de audiência pública pelo gestor; recomendações do conselho ao Chefe do Poder Executivo); encaminhamento do parecer do RAG à CIB/CIT.
Após 31/05	Ampla divulgação do parecer do Conselho de Saúde sobre o RAG (do ano anterior).
Até 31/08	Realização de Audiência Pública, elaboração e envio da proposta orçamentária 2013 da saúde para análise e deliberação do Conselho de Saúde
Até 30/09	Relatório de Prestação de Contas do 2º Quadrimestre do ano ao Conselho de Saúde e ao Poder Legislativo (entrega e realização de audiência pública pelo gestor; recomendações do Conselho ao Chefe do Poder Executivo)
Até 31/12	Depósito de valores na conta do Fundo de Saúde para garantir que o saldo corresponda aos valores de Restos a Pagar (Empenhos não Pagos até essa data)
Permanent e	Atualização dos dados no SIOPS e/ou nos registros eletrônicos do Ministério da Saúde
Permanent e	Disponibilização das informações sobre o cumprimento da LC 141 ao Tribunal de Contas compatível com a informação registrada no SIOPS

Participação do Cidadão na Promoção da sua Saúde





Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

- Instituída pela Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006, ratifica o compromisso do Estado brasileiro com a ampliação e qualificação de ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do SUS.
- Processo de revisão a partir de 2013 coordenado pelo MS, por meio do Comitê Gestor da Política, em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e com o Grupo Temático de Promoção da Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco).
- A **PNPS** foi apresentada e ajustada nos Grupos de Trabalho da Vigilância em Saúde, da Atenção à Saúde e de Gestão, bem como na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e no Conselho Nacional de Saúde (CNS).



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

- **Portaria nº 2.446, de 11 de novembro de 2014, redefine a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS).**
- A **PNPS** aponta a necessidade de articulação com outras políticas públicas, com o imperativo da participação social e dos movimentos populares, em virtude da impossibilidade de que o setor sanitário responda sozinho ao enfrentamento dos determinantes e condicionantes da saúde.
- Os princípios, objetivos, diretrizes, estratégias, temas transversais e prioritários, reformulados e atualizados para a **PNPS**, visam à equidade, à melhoria das condições e dos modos de viver e à afirmação do direito à vida e à saúde.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

- No desenho político institucional do SUS, para a organização das ações e dos serviços de saúde, está presente a formação de RAS. De forma complementar, a **PNPS** necessita articular suas ações com as demais redes, como a de proteção social.
- Nesta perspectiva, a promoção da saúde é um conjunto de estratégias e formas de produzir saúde, no âmbito individual e coletivo, que se caracteriza pela articulação e cooperação intrassetorial e intersetorial e pela formação da Rede de Atenção à Saúde, buscando se articular com as demais redes, com ampla participação e controle social.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

- A **PNPS** traz, a necessidade de estabelecer relação com as demais políticas públicas, incluindo aquelas do setor saúde, tais como: Política Nacional de Atenção Básica (**PNAB**), a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (**Pnan**), a Política Nacional de Educação Popular em Saúde (**Pnep-SUS**), A Política Nacional de Humanização (**HumanizaSUS**), a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa (**ParticipaSUS**), a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (**PNPIC**), a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, a Política Nacional de Atenção às Urgências, e as Políticas Nacionais de Saúde Integral de Populações Específicas, como as da população negra e da população LGBT.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Agendas Sociais:

- Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável – RIO+ 20.
- Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde;
- 8ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, com a Declaração de Helsinque com o tema “Saúde em Todas as Políticas”.
- Plano Brasil Sem Miséria.
- Plano da Década de Segurança Viária – 2011 a 2020.
- Fórum Econômico Mundial, com a discussão sobre o desafio de enfrentar as doenças crônicas não transmissíveis.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Mudanças na Legislação:

- Publicação do Decreto nº 7.508, de 2011, que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080/1990), dispondo sobre a articulação interfederativa, com ênfase na equidade entre as regiões de saúde.
- Publicação da Lei Complementar nº 141, de 2012, que normalizou a Emenda Constitucional nº 29 e estabeleceu os critérios de rateio e de transferência de recursos na saúde.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Objetivo Geral:

Promover a equidade e a melhoria das condições e dos modos de viver, ampliando a potencialidade da saúde individual e coletiva e reduzindo vulnerabilidades e riscos à saúde decorrentes dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais e ambientais.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Objetivos Específicos (13):

i. Estimular a promoção da saúde como parte da integralidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde, articulada às demais Redes de Proteção Social.

ii. Contribuir para a adoção de práticas sociais e de saúde centradas na equidade, na participação e no controle social, a fim de reduzir as desigualdades sistemáticas, injustas e evitáveis, respeitando as diferenças de classe social, de gênero, de orientação sexual e a identidade de gênero; entre gerações; étnico-raciais; culturais; territoriais; e relacionadas às pessoas com deficiências e necessidades especiais.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Diretrizes (8):

- I. O estímulo à cooperação e à articulação intrasetorial e intersetorial para ampliar a atuação sobre determinantes e condicionantes da saúde.

- II. O fomento ao planejamento de ações territorializadas de promoção da saúde com base no reconhecimento de contextos locais e no respeito às diversidades, a fim de favorecer a construção de espaços de produção social, ambientes saudáveis e a busca da equidade, da garantia dos direitos humanos e da justiça social.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Temas Transversais:

- I. Determinantes Sociais da Saúde (DSS), equidade e respeito à diversidade.
- II. Desenvolvimento Sustentável.
- III. Produção de Saúde e Cuidado.
- IV. Ambientes e Territórios Saudáveis.
- V. Vida no Trabalho.
- VI. Cultura da Paz e Direitos Humanos.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Temas Prioritários:

- I. Formação e Educação Permanente.
- II. Alimentação Adequada e Saudável.**
- III. Práticas Corporais e Atividades Físicas.**
- IV. Enfrentamento ao Uso do Tabaco e seus Derivados.**
- V. Enfrentamento do uso abusivo de Álcool e de Outras Drogas.
- VI. Promoção da Mobilidade Segura.
- VII. Promoção da Cultura da Paz e dos Direitos Humanos.**
- VIII. Promoção do Desenvolvimento Sustentável.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Eixos Operacionais:

- I. Territorialização.
- II. Articulação e cooperação intrasetorial e intersetorial.
- III. Rede de Atenção à saúde.
- IV. Participação e Controle Social.
- V. Gestão.
- VI. Educação e Formação.
- VII. Vigilância, Monitoramento e Avaliação.
- VIII. Produção e Disseminação de Conhecimento e Saberes.
- IX. Comunicação Social e Mídia.



Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS)

Financiamento:

Políticas, programas e ações que contemplem componentes de promoção da saúde são financiados por meio dos blocos de financiamento do SUS. O financiamento dos temas prioritários da PNPS e seus planos operativos serão objeto de pactuação prévia na Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Financiamento, Democratização e Qualidade da Gestão Pública em Saúde





LEI COMPLEMENTAR 141

03/01/2012

- Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

CAPÍTULO 1 – DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

- Art. 1º Esta Lei Complementar institui, nos termos do [§ 3º do art. 198 da Constituição Federal](#):
- I - o valor mínimo e normas de cálculo do montante mínimo a ser aplicado, anualmente, pela União em ações e serviços públicos de saúde;
- II - percentuais mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios em ações e serviços públicos de saúde;
- III - critérios de rateio dos recursos da União vinculados à saúde destinados aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios, e dos Estados destinados aos seus respectivos Municípios, visando à progressiva redução das disparidades regionais;
- IV - normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

-
- Art. 5º A União aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, apurado nos termos desta Lei Complementar, acrescido de, no mínimo, o percentual correspondente à variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB) ocorrida no ano anterior ao da lei orçamentária anual.
-
- § 2º Em caso de variação negativa do PIB, o valor de que trata o caput não poderá ser reduzido, em termos nominais, de um exercício financeiro para o outro



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

- Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 155](#) e dos recursos de que tratam o [art. 157](#), a [alínea “a” do inciso I](#) e o [inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal](#), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.
- Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 15% (quinze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 156](#) e dos recursos de que tratam o [art. 158](#) e a [alínea “b” do inciso I do caput](#) e o [§ 3º do art. 159, todos da Constituição Federal](#).



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

- Art. 9º Está compreendida na base de cálculo dos percentuais dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios qualquer compensação financeira proveniente de impostos e transferências constitucionais previstos no [§ 2º do art. 198 da Constituição Federal](#), já instituída ou que vier a ser criada, bem como a dívida ativa, a multa e os juros de mora decorrentes dos impostos cobrados diretamente ou por meio de processo administrativo ou judicial.
-
- Art. 18. Os recursos do Fundo Nacional de Saúde, destinados a despesas com as ações e serviços públicos de saúde, de custeio e capital, a serem executados pelos Estados, pelo Distrito Federal ou pelos Municípios serão transferidos diretamente aos respectivos fundos de saúde, de forma regular e automática, dispensada a celebração de convênio ou outros instrumentos jurídicos.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

- § 2º O Poder Executivo, na forma estabelecida no [inciso II do caput do art. 9º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde.
- Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

-
- Art. 23. Para a fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, será considerada a receita estimada na lei do orçamento anual, ajustada, quando for o caso, por lei que autorizar a abertura de créditos adicionais.
- Parágrafo único. As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12
CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E
SERVIÇOS DE SAÚDE

- Art. 24. Para efeito de cálculo dos recursos mínimos a que se refere esta Lei Complementar, serão consideradas:
 - I - as despesas liquidadas e pagas no exercício; e
 - II - as despesas empenhadas e não liquidadas, inscritas em Restos a Pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no Fundo de Saúde.
- § 1º A disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, considerados para fins do mínimo na forma do inciso II do caput e posteriormente cancelados ou prescritos, deverá ser, necessariamente, aplicada em ações e serviços públicos de saúde.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12
CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E
SERVIÇOS DE SAÚDE

- § 2º Na hipótese prevista no § 1º, a disponibilidade deverá ser efetivamente aplicada em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos Restos a Pagar, mediante dotação específica para essa finalidade, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício correspondente.

- § 3º Nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos fixados nesta Lei Complementar as despesas incorridas no período referentes à amortização e aos respectivos encargos financeiros decorrentes de operações de crédito contratadas a partir de 1º de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12
CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E
SERVIÇOS DE SAÚDE

- § 4º Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 3º:

- I - na União, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, referentes a despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita, nos casos previstos nos arts. 6º e 7º



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12
CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E
SERVIÇOS DE SAÚDE

- Art. 29. É vedado aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios excluir da base de cálculo das receitas de que trata esta Lei Complementar quaisquer parcelas de impostos ou transferências constitucionais vinculadas a fundos ou despesas, por ocasião da apuração do percentual ou montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12
CAPÍTULO III – DA APLICAÇÃO DE RECURSOS EM AÇÕES E
SERVIÇOS DE SAÚDE

- Art. 30. Os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão elaborados de modo a dar cumprimento ao disposto nesta Lei Complementar.
- § 1º O processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.
-
- § 4º Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.



DESTAQUES

CAPÍTULO IV - DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

LC 141 – Art. 31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a: (grifo nosso)*

I – Comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;

II - Relatório de Gestão do SUS;

III – Avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação. (grifo nosso)

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

*por Francisco R. Funcia a partir da reflexão com os membros integrantes da COFIN/CNS.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12
CAPÍTULO IV – DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE,
FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE


- Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterá, no mínimo, as seguintes informações:
 - I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;
 - II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;
 - III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação. ...
- § 5º O gestor do SUS apresentará, até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro, em audiência pública na Casa Legislativa do respectivo ente da Federação, o Relatório de que trata o caput.



LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

CAPÍTULO IV – DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

- Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:
 - I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
 - II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
 - III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
 - IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
 - V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
 - VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde.

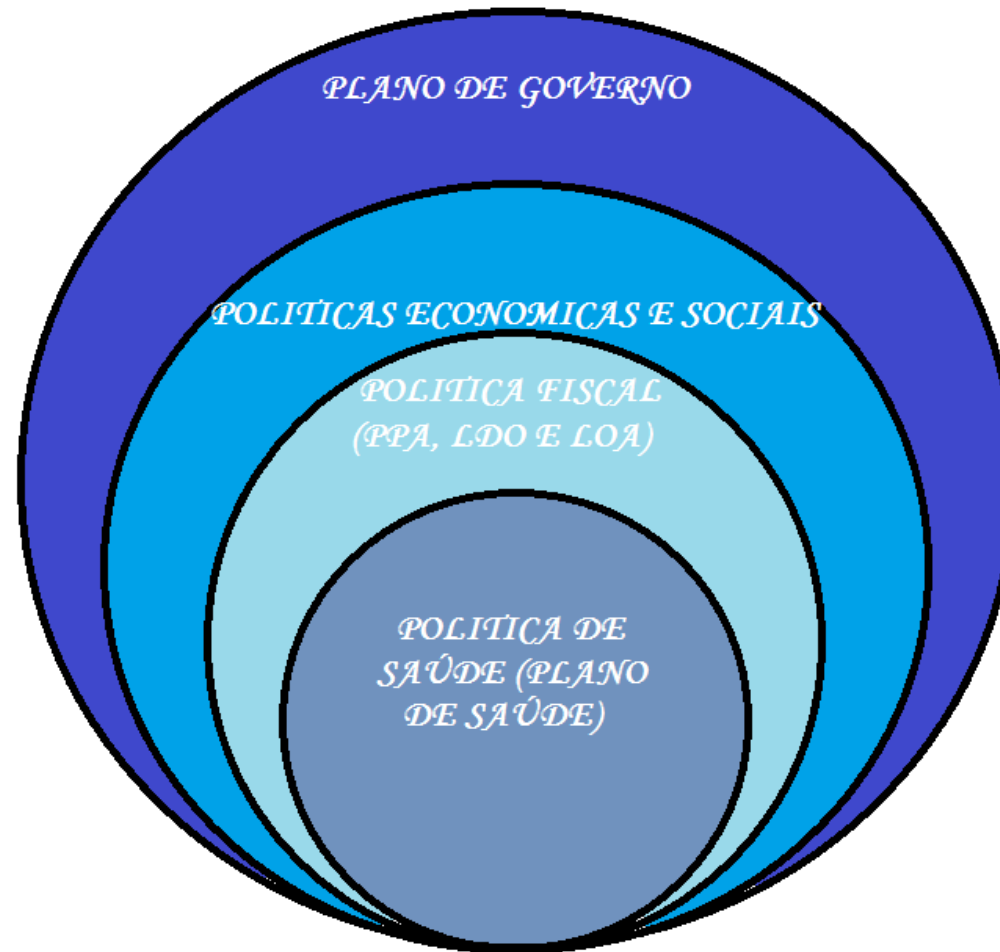


LEI COMPLEMENTAR 141 – 03/01/12

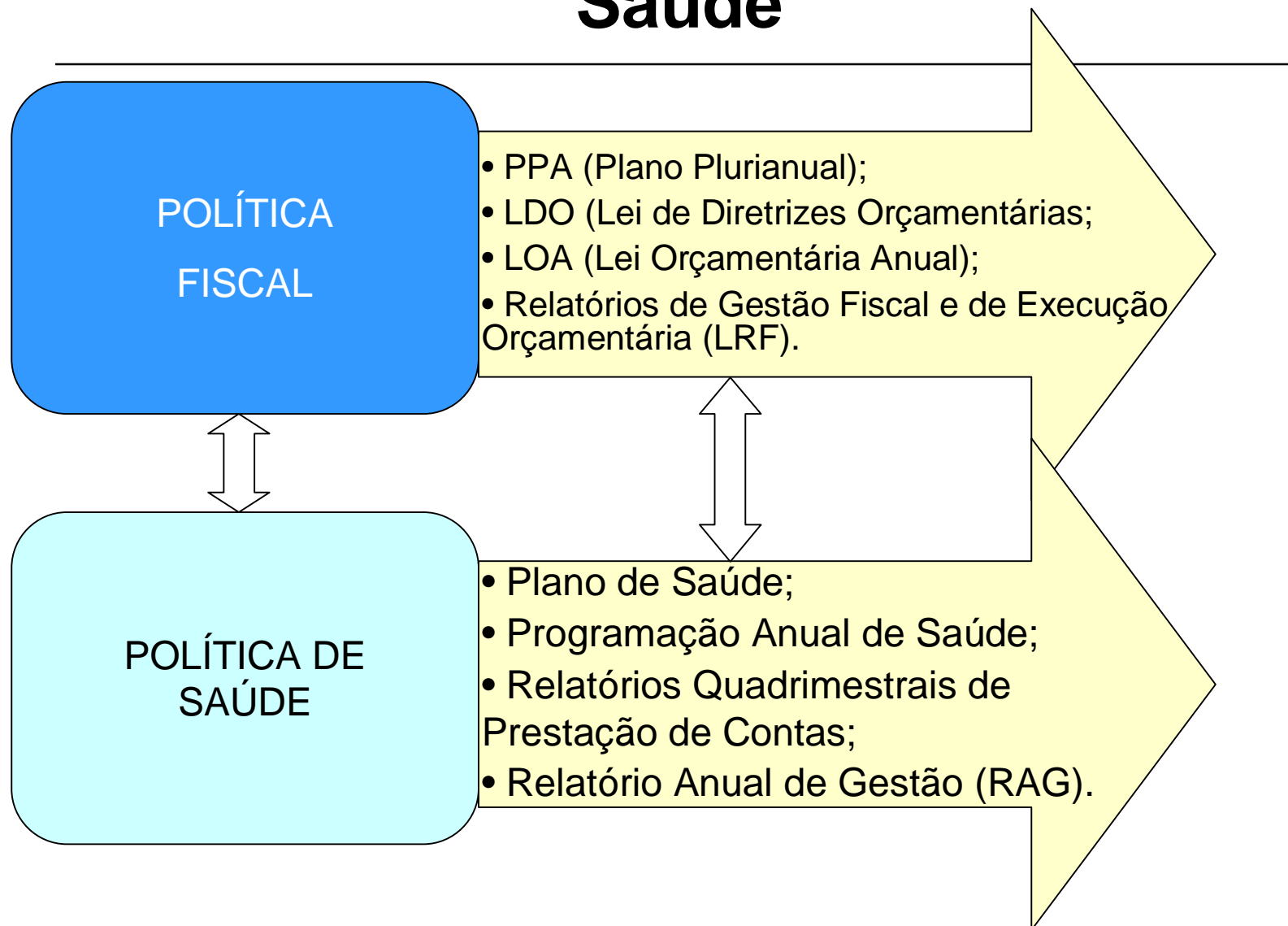
CAPÍTULO IV – DA TRANSPARÊNCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE

- Art. 39. Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e do Tribunal de Contas de cada ente da Federação, o Ministério da Saúde manterá sistema de registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, incluída sua execução, garantido o acesso público às informações.
- § 4º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste artigo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão o Relatório de Gestão de cada ente federado, conforme previsto no [art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#).
- § 5º O Ministério da Saúde, sempre que verificar o descumprimento das disposições previstas nesta Lei Complementar, dará ciência à direção local do SUS e ao respectivo Conselho de Saúde, bem como aos órgãos de auditoria do SUS, ao Ministério Público e aos órgãos de controle interno e externo do respectivo ente da Federação, observada a origem do recurso para a adoção das medidas cabíveis.

Contextualização da Política de Saúde - Processo de Planejamento Integrado -

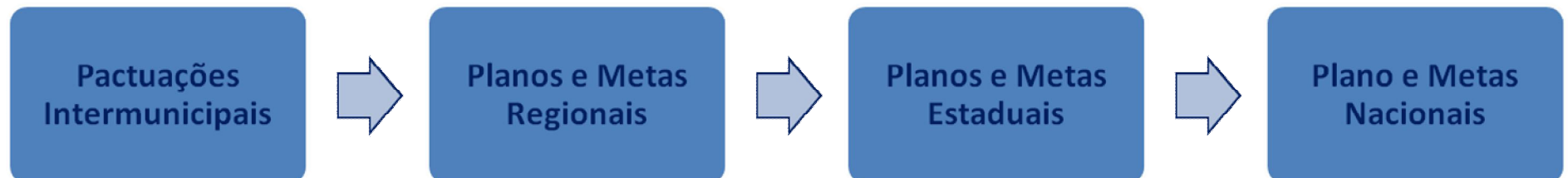


Ciclo Orçamentário e Política de Saúde



NOVA METODOLOGIA

- Conforme art. 30: a elaboração desses instrumentos **a partir de 2012** deverá contemplar os dispositivos desta Lei Complementar, inclusive no que se refere ao processo **de planejamento ascendente nos termos dos parágrafos 1º a 3º:**





Planejamento Integrado (a partir da União)

- Valores Totais (montantes) das Transferências de Recursos para Estados, DF e Municípios (art. 17, §1º):
- Quem define o montante é o Ministério da Saúde;
- O MS define esse montante conforme a metodologia pactuada na comissão intergestores tripartite e aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde; referência obrigatória: Plano Nacional de Saúde e Termo de Compromisso de Gestão;
- Para financiar custeio das ações e serviços públicos de saúde;
- Quem publica e informa os montantes é o Ministério da Saúde;
- Informa para os Conselhos de Saúde e Tribunais de Contas (art.17, §3º);
- A periodicidade dessa publicação e informação é Anual.



Planejamento Integrado (a partir do Estado)

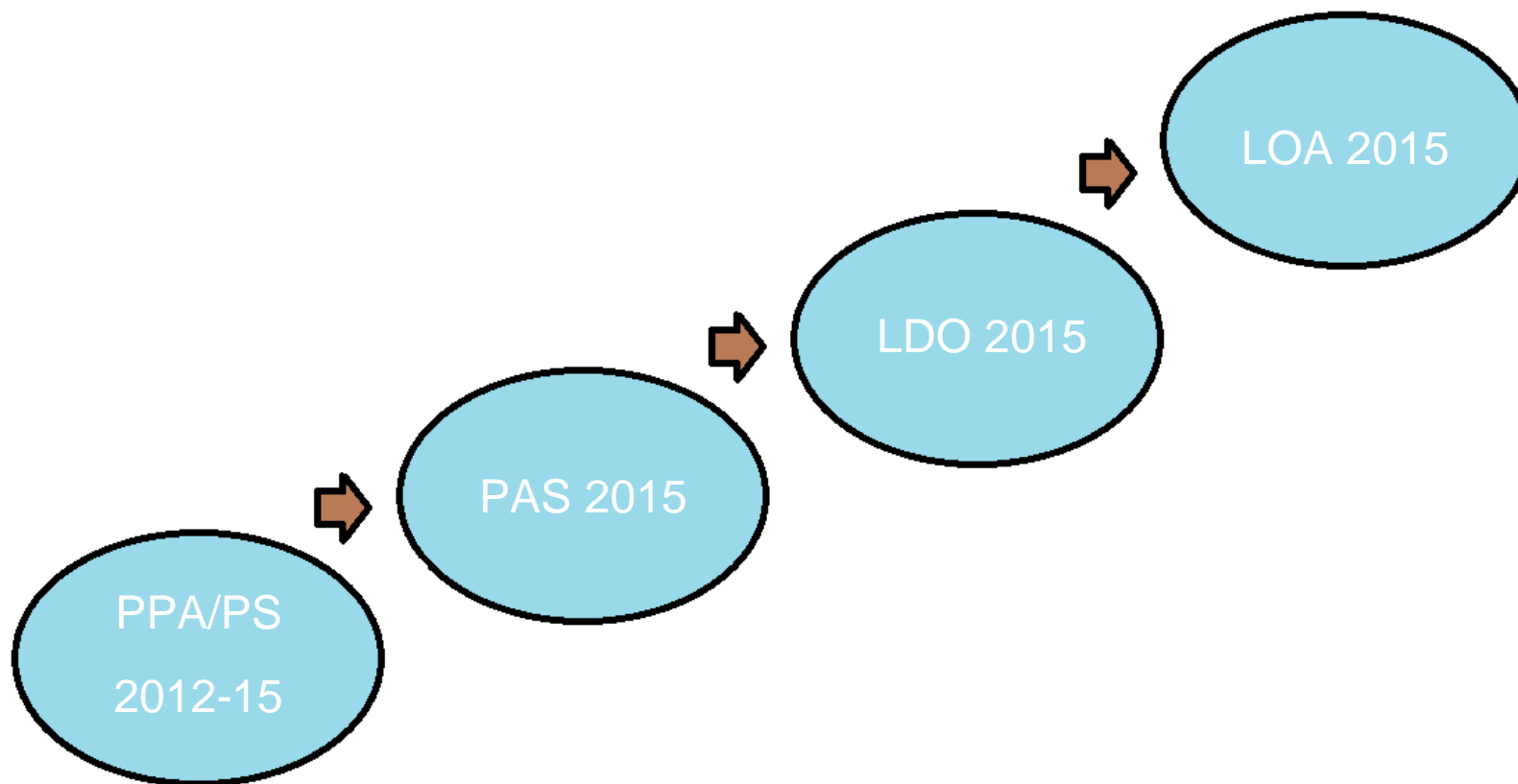
- “Os Planos Estaduais de Saúde deverão explicitar a metodologia de alocação dos recursos estaduais e a previsão anual de recursos aos Municípios, pactuadas pelos gestores estaduais e municipais, em comissão intergestores bipartite, e aprovadas pelo Conselho Estadual de Saúde”. (Art.19, §1º)
- O Governo Estadual (Secretaria de Saúde) “manterá o respectivo Conselho de Saúde e Tribunal de Contas informados sobre o montante de recursos previsto para transferência do Estado para os Municípios com base no Plano Estadual de Saúde”. (Art.19, §2º)



Processo de Planejamento Integrado (resgate da Lei 8080/90)

- SUS enquanto gestão integrada das três esferas de governo: Integração é diferente de "soma de ações compartimentalizadas" ou da submissão dos Estados à União e dos Municípios aos Estados e à União.
- Visão: elaboração de um "Ciclo Orçamentário Brasileiro do SUS", com a elaboração de PPA's, LDO's e LOA's federal, estaduais e municipais integrados entre si e com os respectivos Planos de Saúde e Programações Anuais de Saúde.
- Primeiro passo: definir um calendário compatível para esse fim para realização das Conferências de Saúde.

OS INSTRUMENTOS DO PLANEJAMENTO EM PERSPECTIVA TEMPORAL (EXEMPLO FEDERAL E ESTADUAL)





Se a resposta a seguir for negativa, será preciso alterar a lei e/ou decreto...

- **SERÁ POSSÍVEL PLANEJAR A EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DAS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE DE 2012 A PARTIR DAS EXIGÊNCIAS DA LC 141 COM BASE NO PPA, LDO E LOA VIGENTES???**
- Fundamento: nos termos do artigo 30, os impactos de natureza orçamentária e financeira decorrentes desta Lei Complementar sobre os PPA's, LDO's, e LOA's, bem como sobre os planos de aplicação dos recursos dos Fundos de Saúde da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, **deverão ser contemplados no processo de revisão desses instrumentos**

PRAZOS

(e os dispositivos legais)

Até 29/3

Elaboração pelo Gestor de Saúde:
RAG(ano anterior);
PAS(ano seguinte);
Diretrizes para as prioridades da saúde no PLDO (ano seguinte),
Revisão do PPA/PS.

30/3

Envio pelo Gestor de Saúde para análise e deliberação do Conselho de Saúde (art.36, §§1º;2º):

RAG (ano anterior);
PAS(ano seguinte);
Diretrizes para as prioridades da saúde no PLDO (ano seguinte);
PLDO – saúde (ano seguinte);
Revisão do PPA/PS.

01 a 10/4

Conselho de Saúde analisa e aprova:

Diretrizes para as prioridades da saúde no PLDO (ano seguinte) (art.36, §2º);

PLDO - saúde (ano seguinte);

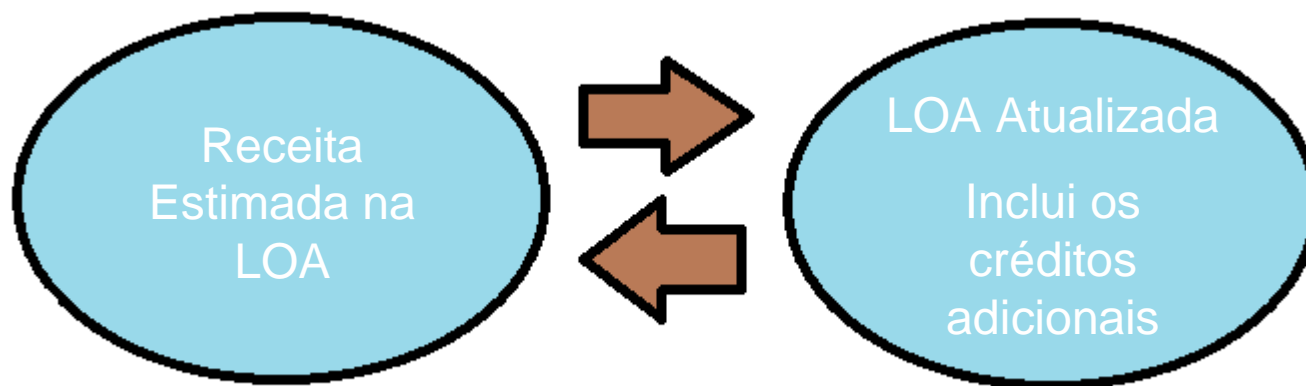
Revisão do PPA/PS.

11 a 30/4

Gestor de Saúde:

Incorpora o que foi aprovado pelo Conselho de Saúde no capítulo saúde do PLDO (ano seguinte) e envia para as áreas de planejamento, fazenda ou finanças, que consolidarão a versão final do projeto para envio ao Poder Legislativo, bem como do eventual Projeto de Lei de Revisão do PPA.

Metodologia para fixação inicial dos valores mínimos (art.23)





Aspectos da Execução Orçamentária e Financeira

QUOTAS ORÇAMENTÁRIAS	
Surgimento das Cotas	Lei Federal 4320/64, instituiu o quadro de quotas trimestrais da despesa para compatibilizá-las com as Receitas (APÓS A LRF ESSA AVALIAÇÃO É BIMESTRAL)
Motivo para estabelecer quotas	<u>Art. 48 – Lei 4320/64:</u> <ul style="list-style-type: none">○Assegurar às U.O., em tempo útil a soma de recursos, para melhor execução de seu programa de trabalho○Manter durante o exercício fiscal, na medida do possível, o equilíbrio entre receitas e despesas
Programação financeira	Programação mensal de desembolso financeiro a partir do planejamento da execução orçamentária

A autonomia para estabelecer as quotas é do Gestor do Fundo



QUOTAS ORÇAMENTÁRIAS

CRITÉRIOS PARA CALCULO DAS QUOTAS:

- Respeitar o PPA, LDO e LOA do Fundo de Saúde;
- Metas Bimestrais de Receita;
- Despesas já existentes, constitucionais e legais;
- Obrigações que a administração pretende assumir no decorrer do exercício.



QUOTAS FINANCEIRAS

São estabelecidas conforme a programação financeira do FUNDO DE SAÚDE para integrar a programação mensal de desembolso da Prefeitura (PREVISTO PELA LRF).



Outros Aspectos da Execução Orçamentária e Financeira

- Fundo de Saúde: instrumento obrigatório para a aplicação dos recursos;
- Movimentação Financeira: contas vinculadas;
- Ordenador de despesa: secretário de saúde (e/ou responsável pela unidade orçamentária);
- Ordem Cronológica de Pagamentos: relação própria (recurso vinculado);
- Prestação de Contas (Conselhos de Saúde e Poder Legislativo);
- RESTOS A PAGAR!



FUNDO DE SAÚDE: UNIDADE ORÇAMENTÁRIA E GESTORA

Fundo de Saúde (art.14):

○ Não basta somente existir legalmente, é preciso funcionar como unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados às ações e serviços públicos de saúde, que devem ser comprovadas mediante LOA, Balancetes de Execução Orçamentária e Extratos Bancários com a movimentação financeira.

○ Importante: os recursos financeiros vinculados ao SUS devem ser repassados não somente no ato do pagamento das despesas, mas de acordo com o disposto no artigo 34 da Lei 8080 (transferência automática pela autoridade arrecadadora), para que cada Fundo de Saúde possa cumprir a sua condição de “unidade gestora dos recursos” e não somente a função de “pagadoria”.



UNIDADE ORÇAMENTÁRIA E UNIDADE GESTORA

- **Unidade orçamentária:**

- ✓ dotações orçamentárias – poder de disposição

- **Unidade gestora**

- ✓ poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sob descentralização (ou seja, realiza atos de gestão orçamentária, financeira e/ou patrimonial)

fonte: http://www.tesouro.fazenda.gov.br/servicos/glossario/glossario_u.asp

Portanto:

- **Gestor do fundo = Ordenador de despesa**

- **O fundo não pode ser apenas contábil ou o fundo de despesa limitado ao conceito da lei 4320/64**



FUNDOS DE SAÚDE

Artigos 13+16+18+19:

- **Regra** para transferências regular e automática de recursos intergovernamentais no âmbito do SUS (inclusive dos Estados para os Municípios): **FUNDO-A-FUNDO**
- **Exceção à regra**: por meio dos instrumentos de transferência voluntária
- Amplia as opções do Decreto 7507/2011: movimentação financeira “*mediante cheque nominativo, ordem bancária, transferência eletrônica disponível ou outra modalidade de saque autorizada pelo Banco Central do Brasil, em que fique identificada a sua destinação e, no caso de pagamento, o credor.*” (Art.13, §4º)
- PORÉM, O DECRETO É MAIS RESTRITIVO E O GOVERNO FEDERAL TEM COMPETÊNCIA PARA DISCIPLINAR A MOVIMENTAÇÃO DE RECURSOS FEDERAIS; É PRECISO AVALIAR ISSO COM CUIDADO.



MOVIMENTAÇÃO FINANCEIRA DO FUNDO DE SAÚDE

- Os montantes financeiros do FMS devem figurar, um a um, separados do Caixa Geral, como determina o inciso I do artigo 50, da Lei de Responsabilidade Fiscal.
- Os montantes da receita própria de impostos a serem entregues ao Fundo ocorrerão mediante simples repasse de tesouraria, da conta bancária central para a conta vinculada do Fundo, através de simples transferência financeira.
- Os recursos SUS transferidos na modalidade Fundo a Fundo pela União ou Estado são centralizados no município em contas vinculadas no Banco do Brasil ou CEF, sob o controle orçamentário e financeiro do Fundo e fiscalização do Conselho de Saúde.



ORDEM CRONOLÓGICA DE PAGAMENTO DESPEAS COM RECURSOS DO FUNDO DE SAÚDE

- O artigo 5.º da Lei 8.666, de 21/6/1993 instituiu a ordem cronológica de pagamentos tendo como marco divisor a “*fonte diferenciada de recursos*”. Fonte de recursos refere-se ao vínculo segundo a origem do recurso – do Tesouro ou próprio, do Estado, da União, e assim por diante.
- **Vinculado** é o recurso “*carimbado*”, atrelado a certos programas governamentais ou fontes. Por exemplo: repasses Fundo a Fundo, convênios financiados por transferências voluntárias da União ou do Estado, entre outros. A finalidade é sempre determinada e precisa: por exemplo, construção de uma escola ou de um pronto-socorro, compra de alimentos para a merenda escolar etc.
- **Não vinculados são** os demais recursos orçamentários, de aplicação inespecífica; sua origem perde identidade ao diluir-se no Caixa Geral do Município.
- O FMS é uma fonte diferenciada de recursos com programação própria de desembolso.

Fundos de Saúde e Consórcios

- *“Art. 21. Os Estados e os Municípios que estabelecerem consórcios ou outras formas legais de cooperativismo, para a execução conjunta de ações e serviços de saúde e cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços, poderão remanejar entre si parcelas dos recursos dos Fundos de Saúde derivadas tanto de receitas próprias como de transferências obrigatórias, que serão administradas segundo modalidade gerencial pactuada pelos entes envolvidos.*
- *Parágrafo único. A modalidade gerencial referida no caput deverá estar em consonância com os preceitos do Direito Administrativo Público, com os princípios inscritos na [Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990](#), na [Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990](#), e na [Lei nº 11.107, de 6 de abril de 2005](#), **e com as normas do SUS pactuadas na comissão intergestores tripartite e aprovadas pelo Conselho Nacional de Saúde. (grifo nosso)**”*

RESULTADO DA APLICAÇÃO FINANCEIRA DO FUNDO DE SAÚDE E/OU CONTAS VINCULADAS

OS RENDIMENTOS FINANCEIROS SERÃO OBRIGATORIAMENTE APLICADOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE E/OU DO OBJETO DA VINCULAÇÃO



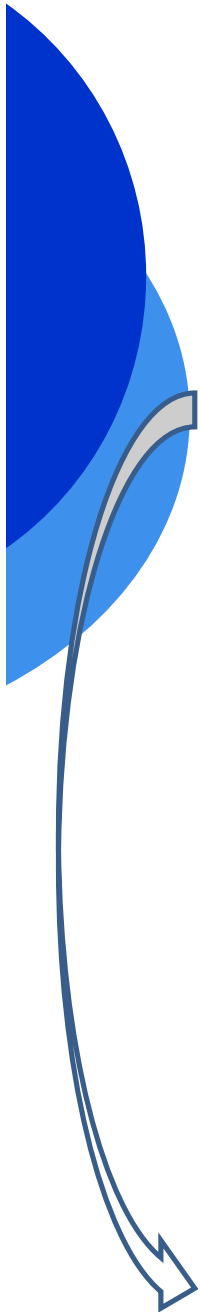
ESSES RENDIMENTOS DEVERÃO OBEDECER ÀS MESMAS REGRAS DE EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA E FINANCEIRA



ESSES RENDIMENTOS FINANCIARÃO DESPESAS ADICIONAIS À APLICAÇÃO MÍNIMA E NÃO PODERÃO SER UTILIZADOS COMO CONTRAPARTIDA FINANCEIRA PRÓPRIA NO CASO DE CONVÊNIOS



NO CASO DE CONVÊNIO, ESSES RENDIMENTOS DEVERÃO SER APRESENTADOS PLANO DE TRABALHO, CONTEMPLANDO TAL UTILIZAÇÃO, COM O ACRESCIMO DAS METAS E/OU ATIVIDADES, SE FOR O CASO, P/ FORMALIZAÇÃO DE TERMO ADITIVO





É PROIBIDO CONTINGENCIAR?

-
- O artigo 28 **proíbe o contingenciamento orçamentário e financeiro sobre os recursos vinculados à saúde**, se essa medida comprometer a aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde.
 - Ocorre que, na prática, **o contingenciamento retarda a execução orçamentária e financeira**, o que por si só representa prejuízo para a qualidade e quantidade dos serviços prestados no âmbito do SUS nas três esferas de governo.
 - É bom lembrar que **contingenciar significa tornar indisponível a utilização de recursos orçamentários e financeiros**, ou seja, impede a realização de despesas e compromete a prestação de serviços à população.
 - **Não confundir: planejamento X contingenciamento**



METODOLOGIA PARA ATUALIZAÇÃO DOS VALORES MÍNIMOS DE APLICAÇÃO

*“As diferenças entre a receita e a despesa previstas e as efetivamente realizadas que resultem no não atendimento dos percentuais mínimos obrigatórios serão apuradas e corrigidas a cada quadrimestre do exercício financeiro”
(Art.23, §único).*



METODOLOGIA DE CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA

O artigo 29 resgata aspecto tratado no artigo 9º desta Lei Complementar, a saber, os valores decorrentes de políticas de isenção tributária e/ou de estímulo ao desenvolvimento econômico regional ou local, bem como vinculados a fundos e despesas específicas, **não poderão ser excluídos da receita base de cálculo** para a apuração da aplicação mínima em ações e serviços públicos de saúde.



METODOLOGIA DE CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA – ESTADOS E DF

Art. 6º Os Estados e o Distrito Federal aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) da arrecadação dos impostos a que se refere o [art. 155](#) e dos recursos de que tratam o [art. 157](#), a [alínea “a” do inciso I](#) e o [inciso II do caput do art. 159, todos da Constituição Federal](#), deduzidas as parcelas que forem transferidas aos respectivos Municípios.



METODOLOGIA DE CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA – MUNICÍPIOS E DF

*“Art. 7º Os Municípios e o Distrito Federal aplicarão anualmente em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, **15%** **(quinze por cento)** da arrecadação **dos impostos** a que se refere o [art. 156](#) e dos recursos de que tratam o [art. 158](#) e a [alínea “b” do inciso I do caput](#) e o [§ 3º do art. 159](#), todos da Constituição Federal.*



METODOLOGIA DE CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA – SEMPRE A MAIOR

Art. 11. Os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão observar o disposto nas respectivas Constituições ou Leis Orgânicas sempre que os percentuais nelas estabelecidos forem superiores aos fixados nesta Lei Complementar para aplicação em ações e serviços públicos de saúde".



AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DESPESAS VÁLIDAS

- Artigos 2º e 3º definem as despesas válidas
- Destaque: pelo artigo 2º, foram introduzidas novas diretrizes em relação às existentes anteriormente, firmando definitivamente o entendimento de que despesas com ações e serviços públicos de saúde devem ser caracterizadas também **pela garantia do acesso gratuito a esses serviços**, bem como deixou absolutamente claro que as despesas com ações decorrentes das “*políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos*” **não podem ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde**
- Destaque: o Inciso VI do artigo 3º atribui **competência deliberativa aos respectivos Conselhos de Saúde** para definição das despesas com saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades que poderão ser consideradas como ações e serviços públicos de saúde em cada ente da Federação.



AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DESPESAS INVÁLIDAS


- O artigo 4º da Lei Complementar 141/2011 define o que não pode ser considerado no cômputo da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde e deve ser combinado com o parágrafo 4º do artigo 24 desta lei, que também indica outras despesas que não podem ser consideradas para esse mesmo fim, a saber, "despesas custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita..." de Estados, Distrito Federal e Municípios.
- Se as despesas financiadas com operações de crédito não serão computadas para o cálculo da aplicação mínima em saúde a partir de 13 de janeiro de 2012, como decorrência, as despesas com amortização e juros dessas operações (contratadas a partir dessa data) passarão a computar esse cálculo.



AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE DESPESAS INVÁLIDAS

Destaque: o artigo 4º excluiu os gastos com:

- Assistência médica a servidores para o cômputo da aplicação mínima com ações e serviços públicos de saúde, considerando o disposto no inciso III;
- A parte das despesas referentes à farmácia popular decorrente dos pagamentos efetuados pelos usuários, considerando o disposto no inciso X; e
- Outras despesas financiadas com recursos próprios vinculados, como por exemplo, DPVAT no caso da União, considerando o disposto no inciso X;
- Cabe destacar que o inciso V mantém o entendimento expresso na Resolução 322/2003 do CNS no que se refere à exclusão das ações financiadas com taxas, tarifas ou preços públicos para esse fim.



METODOLOGIA DE CÁLCULO DA APLICAÇÃO MÍNIMA E PARA OS RESTOS A PAGAR CANCELADOS

- O caput do artigo 24 e seus incisos I e II estabeleceu que o cálculo da aplicação mínima em ações e serviços de saúde considerará as despesas empenhadas, liquidadas ou não no exercício, sendo que as despesas empenhadas e não liquidadas no exercício, a serem inscritas em restos a pagar, serão consideradas até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, desde que consolidadas no respectivo Fundo de Saúde.

No caso de cancelamento ou prescrição dos Restos a Pagar, deverá ocorrer compensação no exercício seguinte por meio de consignação em dotação orçamentária específica.



DISPONIBILIDADE DE CAIXA NO FUNDO DE SAÚDE

Deverá existir disponibilidade de caixa vinculada aos Restos a Pagar, ou seja, os valores correspondentes aos Restos a Pagar vinculados ao SUS deverão estar depositados na conta vinculada do Fundo de Saúde



APLICAÇÃO INSUFICIENTE: METODOLOGIA DE COMPENSAÇÃO

Artigo 25 + Artigo 39:

- É fator condicionante para o repasse de recursos da União para Estados, Distrito Federal e Municípios nos termos do inciso II do parágrafo único do artigo 160 da Constituição Federal.
- Compensar a insuficiência do exercício anterior significa acrescentar recursos ao valor da aplicação mínima do exercício seguinte.
- A competência dessa fiscalização é dos respectivos Tribunais de Contas e Poder Legislativo, cabendo ao Ministério da Saúde garantir o registro e dar transparência a essas informações (SIOPS agora é lei).



APLICAÇÃO INSUFICIENTE: METODOLOGIA DE COMPENSAÇÃO

- O artigo 26 complementa o artigo 25, acrescentando que as eventuais diferenças do exercício anterior deverão ser apuradas e divulgadas, com base nas informações do Relatório Resumido de Execução Orçamentária do 6º bimestre, a partir do 31º dia do encerramento do exercício anterior, nos termos do artigo 52 da Lei Complementar 101/00 (Lei de Responsabilidade Fiscal), cujo prazo para regularização dessa aplicação compensatória se encerrará no final do exercício seguinte ao da aplicação insuficiente, devendo o valor correspondente estar consignado em dotação específica.
- Em outros termos, a apuração de eventuais diferenças de aplicação do exercício anterior deverá ser apurada e divulgada a partir de 01 de fevereiro do exercício seguinte.



PRAZO MÁXIMO PARA APLICAÇÃO DOS RECURSOS REPASSADOS

- Além disso, o parágrafo 2º do artigo 26 estabelece que o prazo máximo para aplicação dos recursos repassados pela União aos Estados e Municípios, e dos Estados para os Municípios, é de 12 meses, sendo que o Poder Executivo da União e dos Estados editarão decreto até 12 de abril de 2012 fixando...
- ... *“os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 1º, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente”.*



DESCUMPRIMENTO DA APLICAÇÃO MÍNIMA NA SAÚDE

O Município que não aplicar o percentual mínimo estará sujeito às seguintes punições:

- intervenção do Estado, conforme o inciso III do artigo 35 da Constituição (possibilidade incluída pela Emenda 29);
- retenção de repasses constitucionais da União (FPM, ITR) e do Estado (ICMS, IPVA, IPI/Exportação), tal qual prescreve os incisos I e II do parágrafo único do artigo 160 da Constituição (possibilidade incluída pela Emenda 29); e
- não-recebimento de transferências voluntárias da União ou do Estado, assim como determina a alínea “b” do § 1º do artigo 25 da Lei de Responsabilidade Fiscal.



USO INDEVIDO DOS RECURSOS REPASSADOS

- O artigo 27 representou um avanço importante em relação aos procedimentos atuais, pois se houver apuração de uso indevido de recurso repassado, além da responsabilização, ...
- ... a devolução ocorrerá para o Fundo de Saúde que recebeu o recurso, ...
- ... cujo valor será atualizado por índice a ser definido pelo ente transferidor do recurso, com o objetivo de cumprir a finalidade original do repasse, lembrando que o prazo máximo para aplicação definida nesta Lei Complementar é de 12 meses.




TRANSPARÊNCIA: RESPONSABILIDADE DO GESTOR

- *“Art.31. Os órgãos gestores de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios darão ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, das prestações de contas periódicas da área da saúde, para consulta e apreciação dos cidadãos e de instituições da sociedade, com ênfase no que se refere a:*
- *I - comprovação do cumprimento do disposto nesta Lei Complementar;*
- *II - Relatório de Gestão do SUS;*
- *III - avaliação do Conselho de Saúde sobre a gestão do SUS no âmbito do respectivo ente da Federação.*
- *Parágrafo único. A transparência e a visibilidade serão asseguradas mediante incentivo à participação popular e realização de audiências públicas, durante o processo de elaboração e discussão do plano de saúde”.*



NORMAS DE CONTABILIZAÇÃO

- O artigo 32 estabelece que a Secretaria do Tesouro Nacional editará as normas dos registros contábeis a serem adotados nas três esferas de governo para o cumprimento dos dispositivos desta Lei Complementar, especialmente quanto à segregação das informações.
- O artigo 33 disciplina a apresentação das despesas com ações e serviços públicos de saúde de forma consolidada, englobando as ações das administrações direta (Ministério, Secretarias, etc.) e indireta (autarquia, fundações, empresa pública, etc.) da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.



DEMONSTRATIVOS PRÓPRIOS DA APLICAÇÃO EM SAÚDE

- Os artigos 34 e 35 tratam da demonstração da prestação de contas nos termos do Relatório Resumido da Execução Orçamentária (conforme parágrafo 3º do artigo 165 da Constituição Federal) e do parecer prévio do respectivo Tribunal de Contas (artigo 56 da Lei Complementar 101/2000 – Lei de Responsabilidade Fiscal).



PRESTAÇÃO DE CONTAS PELO GESTOR

- *“Art. 36. O gestor do SUS em cada ente da Federação elaborará Relatório detalhado referente ao quadrimestre anterior, o qual conterà, no mínimo, as seguintes informações:*
- *I - montante e fonte dos recursos aplicados no período;*
- *II - auditorias realizadas ou em fase de execução no período e suas recomendações e determinações;*
- *III - oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando esses dados com os indicadores de saúde da população em seu âmbito de atuação”.*



PRESTAÇÃO DE CONTAS PELO GESTOR

- O artigo 36 reproduziu aspectos anteriormente apresentados no artigo 12 da Lei 8689/93 revogado por esta Lei Complementar.
- Além disso, o parágrafo 1º **estabeleceu o prazo de 30 de março** para que o Poder Executivo da União, dos Estados e dos Municípios encaminhem os seus Relatórios de Gestão (RAG) do exercício anterior para apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde, que deverão analisar e deliberar para envio à CIB e CIT **até 31 de maio.**



PRESTAÇÃO DE CONTAS PELO GESTOR

Obrigatoriedade da União, Estados, Distrito Federal e Municípios:

- Apresentar em audiências públicas no respectivo Poder Legislativo até o final dos meses de maio, setembro e fevereiro os relatórios de prestação de contas quadrimestrais referentes ao 1º, 2º e 3º quadrimestres respectivamente. (conforme Art.36, §5º);
- Da apresentação dessas prestações de contas periódicas (quadrimestrais) ao Conselho de Saúde , sendo que este deverá enviar ao Chefe do Poder Executivo as indicações para adoção de medidas corretivas (conforme Art.31, III e Art.41);
- Início da Vigência: com o Relatório do 1º Quadrimestre/2012 – audiência pública no Poder Legislativo até 31 de maio de 2012.



PRESTAÇÃO DE CONTAS: OBJETO DA FISCALIZAÇÃO E APOIO DOS CONSELHOS DE SAÚDE

- “Art. 38. O Poder Legislativo, diretamente ou com o auxílio dos Tribunais de Contas, do sistema de auditoria do SUS, do órgão de controle interno e do Conselho de Saúde de cada ente da Federação, sem prejuízo do que dispõe esta Lei Complementar, fiscalizará o cumprimento das normas desta Lei Complementar, com ênfase no que diz respeito:
 - I - à elaboração e execução do Plano de Saúde Plurianual;
 - II - ao cumprimento das metas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias;
 - III - à aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde, observadas as regras previstas nesta Lei Complementar;
 - IV - às transferências dos recursos aos Fundos de Saúde;
 - V - à aplicação dos recursos vinculados ao SUS;
 - VI - à destinação dos recursos obtidos com a alienação de ativos adquiridos com recursos vinculados à saúde”.



COOPERAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA

- *"Art. 43. A União prestará cooperação técnica e financeira aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios para a implementação do disposto no art. 20 e para a modernização dos respectivos Fundos de Saúde, com vistas ao cumprimento das normas desta Lei Complementar."*

Técnica (§ 1º)	<ul style="list-style-type: none">○ Processos de Educação na Saúde;○ Transferências de Tecnologia para operacionalização do SIOPS e indicadores de qualidade previamente apreciados pelo Conselho de Saúde.
Financeira (§ 2º)	<ul style="list-style-type: none">○ Entrega de bens e valores;○ Financiamento.



GESTOR DE SAÚDE: DISPONIBILIZAR AO CONSELHO DE SAÚDE PROGRAMA PERMANENTE DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE

- Art. 44. No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS disponibilizará ao Conselho de Saúde, com prioridade para os representantes dos usuários e dos trabalhadores da saúde, programa permanente de educação na saúde para qualificar sua atuação na formulação de estratégias e assegurar efetivo controle social da execução da política de saúde, em conformidade com o [§ 2º do art. 1º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.](#)



PLANEJAMENTO E EXECUÇÃO ORÇAMENTÁRIA DA SAÚDE

- **Constituição Federal (CF-88)**
- **Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)**
- **Lei Orgânica da Saúde (LF 8080/90 e 8142/90)**
- **Plano Plurianual (PPA) e Plano de Saúde**
- **Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO)**
- **Lei Orçamentária Anual (LOA)**
- **Controle Social – Conselhos de Saúde**