



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

PARECER N° /RDS/CODELEGIS/COGEJUR/CONJUR-MS/CGU/AGU

PROCESSO/SIPAR N°

INTERESSADO: Secretaria Executiva.

ASSUNTO: Manifestação acerca da legalidade da sistemática de transferência de recursos através de blocos de financiamento e utilização da modalidade fundo a fundo para transferências de recursos oriundos de emendas parlamentares.

Referência ao SISCON nº 15.5

I – Questionamentos oriundos de Tribunal de Contas da União acerca da legalidade da sistemática de transferências de recursos através de blocos de financiamento e utilização da modalidade fundo a fundo para a transferência de recursos oriundos de emendas parlamentares.

II – Regularidade da sistemática de transferências de recursos por blocos de financiamento uma vez que se encontram inseridas nos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS e sujeitas a controle finalístico.

III – Regularidade da transferência de recursos oriundos de emendas parlamentares por meio da modalidade fundo a fundo por força do art. 25 da Lei de Responsabilidade Fiscal.

Senhora Coordenadora de Legislação e Normas,

1. Em obediência ao contido no artigo 11, incisos I e V, da Lei Complementar nº. 73, de 10 de fevereiro de 1993 (Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União), encontram-se nesta Consultoria Jurídica os autos do processo em epígrafe, referente à manifestação acerca da legalidade da sistemática de transferência de recursos através de blocos de financiamento e utilização da modalidade fundo a fundo para transferência de recursos oriundos de emendas parlamentares.

2. Inicialmente, cabe destacar o que dispõe a Lei Complementar nº. 73, de 1993, que instituiu a Lei Orgânica da Advocacia-Geral da União, naquilo que trata da competência das Consultorias Jurídicas dos Ministérios:

“Art. 11 - Às Consultorias Jurídicas, órgãos administrativamente subordinados aos Ministros de Estado, ao Secretário-Geral e aos demais titulares de Secretarias da Presidência da República e ao Chefe do Estado-Maior das Forças Armadas, compete, especialmente:

I - assessorar as autoridades indicadas no **caput** deste artigo;
(...)

V - assistir a autoridade assessorada no controle interno da legalidade administrativa dos atos a serem por ela praticados ou já efetivados, e daqueles oriundos de órgão ou entidade sob sua coordenação jurídica;” (grifo nosso).

3. Cuida-se do Ofício 758/2012-TCU/SECEX-4, que trata da Tomada de Contas Ordinária, exercício de 2009, acompanhado das NT Conjunta SPO/DE-FNS nº 01/2012, de 27 de junho de 2012, e NT DAÍ/SGEP nº 22, de 26 de junho de 2012.

4. Referem-se aos questionamentos suscitados por aquela egrégia Corte de Contas, no bojo do Processo TC 030.211/2010-7, que cuida da tomada de contas ordinária da Diretoria Executiva do Fundo Nacional de Saúde (DEFNS), integrante de estrutura da Secretaria Executiva deste Ministério, referente ao exercício de 2009.

5. São os questionamentos:

a) sistemática de transferência de recursos por blocos de financiamento, instituída pela Portaria nº 204/GM/MS, de 31 de janeiro de 2007, frente ao parágrafo único do art. 8º da Lei de Responsabilidade Fiscal; e

b) utilização da modalidade fundo a fundo para transferências de recursos oriundos de emendas parlamentares ou para as quais sejam exigidas propostas de projeto.

6. No item III.1 do Processo TC 030.211/2010-7, denominado “norma interna do Ministério da Saúde possibilita que os Estados e Municípios descumpram a Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF)”, alega-se suposta irregularidade da sistemática de transferências fundo a fundo, adotada por este Ministério, em virtude do parágrafo único do art. 8º da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), quando:

Parágrafo único. Os recursos legalmente vinculados a finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

7. O problema apontado é que cada bloco de financiamento abrange recursos de várias ações e, em alguns casos, mais de um programa do Plano Plurianual (PPA). Como os recursos são depositados numa conta única para cada bloco, eles poderiam ser utilizados de acordo com a conveniência do gestor local, sem seguir a destinação estabelecida na Lei Orçamentária Anual (LOA).

8. Ademais, alega-se que essa forma de repasse dificulta o controle da utilização dos recursos transferidos fundo a fundo, uma vez que os blocos de financiamento correspondem a inúmeros projetos/atividades, com ampla liberdade de alocação de recursos, o que propicia espaço para a tomada de decisões nos planos regionais/locais contrárias aos objetivos dos programas de governo aprovados pelo Congresso Nacional.

9. Ainda, o órgão de controle interno contesta a afirmação de que a sistemática de organização do financiamento em blocos faz parte de uma discussão federativa, pois, apesar da participação de diversas instâncias nessa deliberação, ressalta que cabe ao Ministério da Saúde, enquanto órgão federal responsável pelos Programas, a autoridade normativa e o controle sobre a execução local, de acordo com o §6º do art. 10 do Decreto-Lei nº 200, de 25 de fevereiro de 1967, *in verbis*:

Art. 10. A execução das atividades da Administração Federal deverá ser amplamente descentralizada.

(...)

§6º Os órgãos federais responsáveis pelos programas conservarão a autoridade normativa e exercerão controle e fiscalização indispensáveis sobre a execução local, condicionando-se a liberação dos recursos ao fiel cumprimento dos programas e convênios.

10. Conclui que as mudanças promovidas nos instrumentos de financiamento do SUS por meio de Portarias devem seguir às diretrizes estabelecidas pela legislação federal, principalmente a LRF. O fato de os valores de cada bloco serem depositados em contas únicas pode fazer com que os recursos alocados em determinado programa pela LOA sejam aplicados em ações com objetivos diversos dos planejados, contrariando o parágrafo único do art. 8º da LRF e a própria LOA. Por isso, são necessários mecanismos que permitam o controle da aplicação dos recursos pelos estados e municípios, de forma a comprovar que não está sendo dada destinação diversa da estabelecida na lei orçamentária.

11. Em outro momento, aquela Corte de Contas sustenta a ilegalidade da transferência na modalidade fundo a fundo de recursos oriundos de emendas parlamentares. Para tanto, versa que a transferência de recursos fundo a fundo deve ocorrer de forma “regular e automática”, com base em critérios objetivos aplicáveis a todos os entes federativos. Aponta como exemplo de infringência a esta norma a transferência de recursos para a assistência farmacêutica básica, inscritos no orçamento a partir de emendas parlamentares. Isso porque, mensalmente, é realizada, para todos os municípios do país, de forma automática, transferência de valores calculados com base no número de habitantes do município. Porém, deputados e senadores podem alocar recursos para determinado município separadamente, além daqueles transferidos regularmente. Até 2010, as transferências dos recursos

oriundos de emendas parlamentares eram feitas mediante convênios. Porém, em 2011, o Ministério da Saúde passou a realizar as transferências fundo a fundo.

12. Entende o TCU que essas transferências não são regulares nem automáticas. Acontecem na maioria dos casos em parcela única, a partir de apresentação de proposta de projeto pelo ente federativo, que deve ser aprovada pelo Ministério da Saúde. Por conseguinte, não é utilizado nenhum dos critérios elencados no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, além de ser feita exigência de um projeto, em uma transferência que deveria ser obrigatória, pois as transferências fundo a fundo são consideradas transferências legais, e não voluntárias.

13. A seguir, afirma que o Ministério da Saúde criou, recentemente, por meio da Portaria nº 837/GM/MS, de 24 de abril de 2009, o Bloco de Financiamento de Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. Para receberem os recursos, os Estados e Municípios devem apresentar proposta de projeto. Portanto, as transferências de recursos para realização de investimentos são feitas fundo a fundo dentro de um bloco de financiamento específico, mas ainda condicionadas a propostas de projetos.

14. Conclui que esses repasses de recursos possuem as características de transferências voluntárias e deveriam ser realizadas mediante convênio ou contrato de repasse, mas o Ministério da Saúde tem optado pela modalidade fundo a fundo com o objetivo de se eximir da obrigação de realizar a análise das prestações de contas.

É o relatório.

FUNDAMENTAÇÃO

15. Cuida-se, como relatado, de manifestação acerca de questionamentos oriundos do Tribunal de Contas da União acerca da legalidade da sistemática de transferências de recursos através de blocos de financiamento e a utilização da modalidade fundo a fundo para a transferência de recursos oriundos de emendas parlamentares.

16. O principal objetivo de uma distribuição de recursos financeiros em saúde deve ser atender às necessidades de saúde. A questão central é como medir “necessidade de saúde” ou que indicadores devem ser utilizados para medi-la. No Brasil, diversos estudos analisam a questão da utilização de indicadores de necessidade de saúde para orientar propostas de alocação de recursos entre as instâncias gestoras do SUS.

17. Alocar recursos, sejam financeiros ou físicos, de maneira mais eficiente e equitativa, é um desafio que o gestor enfrenta cotidianamente. Isso se aplica tanto na macro-gestão quanto na micro-gestão da saúde. Ou, dito de outra forma, tanto nas decisões para distribuição de recursos entre Estados, regiões, Municípios, programas e ações de saúde, quanto na opção clínica em solicitar ou não, para um indivíduo, a realização de determinado procedimento de diagnose ou terapia. No presente caso, cuida-se das transferências intergovernamentais, ou seja, entre as instâncias gestoras do SUS.

18. Isto porque o financiamento das ações e serviços de saúde é responsabilidade das três esferas de governo. Os recursos provêm da União, Estados, do Distrito Federal, Municípios e de contribuições sociais. Nas esferas estadual e municipal, além dos recursos do próprio Tesouro, há os recursos transferidos da União, que devem ser previstos no orçamento e identificados nos fundos de saúde para execução de ações previstas nos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS.

19. O processo de planejamento no âmbito do SUS é desenvolvido de forma articulada, integrada e solidária entre as três esferas de gestão. Essa forma de atuação representa o Sistema de Planejamento do SUS, que é baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, com definição de objetivos e conferindo direcionalidade ao processo de gestão do SUS, compreendendo nesse sistema o monitoramento e a avaliação. A Portaria nº 3.085/GM/MS, de 1º de dezembro de 2006, que regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS, estabeleceu que são instrumentos básicos do sobredito Sistema de Planejamento o Plano de Saúde e a respectiva Programação Anual em Saúde e o Relatório de Gestão, e que estes instrumentos, em cada esfera de gestão do SUS, devem ser compatíveis com os respectivos Planos Plurianuais (PPA), Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e Lei Orçamentária Anual (LOA).

20. Neste ínterim, a Portaria nº 3.332, de 28 de dezembro de 2006, que aprova as orientações gerais relativas aos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, dispõe que a formulação e implementação desses instrumentos conferem expressão concreta ao processo de planejamento do referido Sistema e devem ser desenvolvidos, em cada esfera de gestão, na conformidade de suas especificidades e necessidades.

21. A seguir, estabelece que o Plano de Saúde é o instrumento básico que, em cada esfera de gestão, norteia a definição da Programação Anual das ações e serviços de saúde, assim como da gestão do SUS. O Plano de Saúde apresenta as intenções e os resultados a serem buscados no período de quatro anos, expressos em objetivos, diretrizes e metas. Como instrumento referencial no qual devem estar refletidas as necessidades e peculiaridades próprias de cada esfera, configura-se a base para a execução, o acompanhamento, a avaliação e a gestão do sistema de saúde. Desta forma, deve contemplar todas as áreas da atenção à saúde, de modo a garantir a integralidade desta. No plano devem, ainda, estar contidas todas as medidas necessárias à execução e cumprimento dos prazos acordados nos Termos de Compromisso de Gestão. A elaboração do Plano de Saúde compreende dois momentos: a análise situacional e a definição dos objetivos, diretrizes e metas para o período de quatro anos. Uma vez concebido, o Plano de Saúde deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo. Portanto, devem-se definir os recursos do fundo de saúde no orçamento do Município ou do Estado em consonância com os respectivos planos de saúde, aprovados pelos conselhos de saúde. Esses recursos definidos no orçamento para os programas devem estar de acordo com as metas que o governo pretende atingir no próximo exercício.

22. Já a Programação Anual de Saúde é o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde, cujo propósito é determinar o conjunto de ações voltadas à promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como da gestão do SUS. Neste ínterim, a Programação Anual de Saúde deve conter a definição das ações que, no ano específico, irão garantir o alcance dos objetivos e o cumprimento das metas do Plano de Saúde; o estabelecimento das metas anuais relativas a cada uma das ações definidas; a identificação dos indicadores que serão utilizados para o monitoramento da Programação; e a definição dos recursos orçamentários necessários ao cumprimento da Programação. O lapso temporal da Programação Anual de Saúde coincide com o período definido para o exercício orçamentário e tem como bases legais para a sua elaboração a Lei de Diretrizes Orçamentárias e a Lei Orçamentária Anual.

23. Por fim, o Relatório Anual de Gestão é o instrumento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde e orienta eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários. Quanto à sua estrutura deve conter o resultado da apuração dos indicadores, a análise da execução da programação física e orçamentária/financeira e as recomendações julgadas necessárias. Os resultados alcançados são apurados com base no conjunto de indicadores, definidos na Programação para acompanhar o cumprimento das metas nela fixadas. O Relatório Anual de Gestão é também instrumento das ações de auditoria e de controle, e deve ser submetido à apreciação e aprovação do Conselho de Saúde respectivo. Este Relatório, ainda, é insumo básico para a avaliação do Plano de Saúde de forma a subsidiar a elaboração do novo Plano, com as correções de rumos que se fizerem necessárias e a inserção de novos desafios ou inovações.

24. Ante estas considerações, observa-se que o Sistema de Planejamento do SUS trata-se de uma sistemática paralela ao ciclo orçamentário convencional. Inicialmente, o Plano de Saúde é elaborado durante o exercício do primeiro ano de gestão e executado a partir do segundo ano da gestão em curso até o primeiro ano da gestão subsequente. Além de cumprir o mesmo lapso temporal, o Plano de Saúde é pautado pelo PPA. A seguir, exercendo papel semelhante à LDO e à LOA, e com a devida observância destas, a Programação Anual de Saúde é elaborada durante o ano para execução no ano subsequente e deve observar as disposições do Plano de Saúde. Por fim, o Relatório de Gestão é o mecanismo de avaliação e monitoramento dos serviços de saúde.

25. Na execução dos planejamentos no âmbito do SUS, o financiamento das ações de saúde é um elemento fundamental. Esse financiamento, como dito anteriormente, é compartilhado pelas três esferas de governo. Atualmente, segundo dados do Siops, cerca de 43,5% dos recursos do SUS são originários do Ministério da Saúde e os outros 56,5% de Estados, Distrito Federal e Municípios.

26. Antigamente, quando as responsabilidades da União para com a saúde estavam divididas entre o Ministério da Saúde, que cuidava principalmente da saúde coletiva, e o Ministério da Previdência e Assistência Social, que provia assistência médica aos segmentos populacionais incorporados ao mercado formal de trabalho urbano e, secundariamente, à população rural, não havia transferências de recursos, nos moldes atuais, para Estados e Municípios. Os repasses, pouco frequentes, até a segunda metade da década de 1970, eram feitos mediante convênios ou por decorrência, ainda menos comum, da compra de serviços.

27. No início da década de 1990, as ações de saúde então desenvolvidas pelo Ministério da Saúde e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foram unificadas. Esse instituto foi incorporado pelo Ministério da Saúde em 1990 e formalmente extinto em 1993.

28. A criação do SUS, ao mesmo tempo em que unificou as ações de saúde no âmbito federal, também incluiu a descentralização como uma das diretrizes básicas do novo sistema. Nada obstante, parte considerável, senão majoritária, do financiamento do SUS foi incluída no Orçamento da Seguridade Social (OSS), que tem suas receitas integralmente arrecadadas pela União.

29. Essa característica do SUS de gestão descentralizada para Estados e Municípios e com boa parte dos recursos que lhes são destinados sendo arrecadada pelo governo federal fez com que a questão dos mecanismos e critérios de transferência de recursos do governo federal para Estados e Municípios se tornasse relevante e motivo de preocupação dos gestores públicos do setor. Não é por outro motivo que a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e a Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, apresentam diversos dispositivos dedicados a regulamentar essas questões.

30. A Lei nº 8.142, de 1990, tornou regulares e automáticas as transferências do governo federal, desde que os Estados e Municípios atendessem aos requisitos do art. 4º: ter fundo de saúde, conselho de saúde, plano de saúde, relatório de gestão, contrapartida no orçamento e comissão para elaboração do plano de carreira, cargos e salários. No entanto, foi o Decreto nº 1.232, de 30 de agosto de 1994, posterior às Normas Operacionais 01/91 e 01/93, que estabeleceu as condições e as formas para viabilizar os repasses regulares e automáticos dos recursos do SUS. Repasses fundo a fundo começaram a ser feitos aos Estados e Municípios habilitados na forma de gestão semiplena, conforme previsto na Norma Operacional Básica 01/93. Essa norma operacional criou três condições de gestão – incipiente, parcial e semiplena –, às quais Estados e Municípios poderiam habilitar-se de acordo com suas capacidades técnicas para assumir as responsabilidades inerentes a cada uma das condições de gestão.

31. Posteriormente, a NOB 01/96 introduziu novas condições de gestão para Estados e Municípios: Gestão Plena da Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema de Saúde. Dessa forma, aumentou a possibilidade de um maior número de municípios habilitarem-se à gestão descentralizada de recursos, uma vez que poderiam fazê-lo na condição de gestores da Atenção Básica.

32. As transferências para Estado e Municípios cresceram bastante entre 1998 e 2005, e esse crescimento pode ser atribuído, principalmente, aos recursos transferidos para programas que operam com incentivos por adesão. As transferências do PAB Fixo, que são universais por atenderem quase todos os municípios, correspondiam, em 1999, a cerca de 68% do total transferido para a Atenção Básica. Em 2005, os recursos do PAB fixo tiveram sua participação reduzida para 35% do total. Eses dados reforçam a percepção de que houve, nesse período, mudança de prioridade, de modo a favorecer formas de transferências que vinculam os recursos às ações reconhecidas como prioritárias pelo órgão repassador.

33. Observa-se, ainda, um crescimento significativo de itens de despesas que envolvem transferências fundo a fundo para Estados e Municípios: eram 14 em 1998, 30 em 1999, 40 em 2000 e 65 em 2001, chegando a mais de uma centena em 2006. Ainda que dez desses itens representassem mais de 90% dos recursos transferidos para Estados e Municípios, o número de itens passíveis de transferência, correspondendo, em muitos casos, a contas vinculadas ao item de despesa, implicava programação e prestação de contas específicas, gerando uma situação muito desgastante para os gestores estaduais e municipais do SUS.

34. Ante o exposto, as mudanças mais recentes no processo de financiamento compartilhado do SUS tiveram como pano de fundo o Pacto Pela Saúde, instituído pela Portaria nº 399/GM/MS, de 2006, que engloba o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida define os principais compromissos dos gestores do SUS, em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. O Pacto em Defesa do SUS busca reforçar o fortalecimento do SUS, como política pública, e a defesa de seus princípios constitucionais. Por fim, o Pacto de Gestão envolve o estabelecimento de diretrizes para a gestão do sistema nos aspectos de descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social, gestão do trabalho e da educação na saúde.

35. Tendo por base os Pactos sobreditos, a Portaria nº 204/GM/MS, de 29 de janeiro de 2007, regulamentou o financiamento e a transferência dos recursos federais para as ações e serviços de saúde, com o respectivo monitoramento e controle. Os recursos federais destinados às ações e serviços de saúde passaram a ser

organizados e transferidos na forma de blocos de financiamento. São seis os blocos de financiamento, os quais: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; Vigilância em Saúde; Assistência Farmacêutica; Gestão do SUS; e Investimentos na Rede de Serviços de Saúde. O objetivo da Portaria nº 204/GM/MS, de 2007, era de ampliar a autonomia do gestor na execução dos recursos federais e, para que isso ocorresse, entendeu-se necessária a reorganização das transferências federais com a redução da fragmentação do financiamento das políticas de saúde, facilitando, assim, a sua execução.

36. Desse modo, os recursos federais que compõem cada bloco de financiamento são transferidos aos Estados, Distrito Federal e Municípios, fundo a fundo, em conta única e específica para cada bloco de financiamento, observados os atos normativos específicos. As exceções são os recursos do bloco de Assistência Farmacêutica, que devem ser movimentados em contas específicas para cada componente relativo ao bloco e os recursos federais provenientes de acordos de empréstimos internacionais.

37. Os blocos de financiamento são constituídos por componentes, de acordo com as especificidades de suas ações e os serviços de saúde pactuados. Os recursos referentes a cada bloco de financiamento devem ser aplicados nas ações e serviços de saúde relacionados ao próprio bloco, com exceção dos recursos do bloco de financiamento da Assistência Farmacêutica, que devem ser aplicados, tal qual dito anteriormente, exclusivamente, nas ações definidas para cada componente do bloco.

38. A comprovação da aplicação dos recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde aos Fundos de Saúde dos Estados, DF e Municípios se faz para o Ministério da Saúde, como visto anteriormente, por meio do Relatório de Gestão, que deve ser elaborado anualmente e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde.

39. Já as despesas referentes ao recurso federal transferido fundo a fundo devem ser efetuadas segundo as exigências legais requeridas a quaisquer outras despesas da administração pública (processamento, empenho, liquidação e efetivação do pagamento), mantendo a respectiva documentação administrativa e fiscal pelo período mínimo legal exigido.

40. Quanto aos recursos que formam cada bloco e seus respectivos componentes, bem como os montantes financeiros transferidos aos Estados, DF e Municípios, estes devem estar expressos em memórias de cálculo, para fins de histórico e monitoramento, respeitada a especificidade de cada bloco conforme modelos estabelecidos.

41. Por fim, o controle e acompanhamento das ações e serviços financiados pelos blocos de financiamento são efetuados por meio de instrumentos específicos adotados pelo Ministério da Saúde, cabendo aos Estados, DF e Municípios a prestação de informações de forma regular e sistemática.

42. É fato notório que o setor saúde possui o maior orçamento entre as áreas de atuação da União. Não obstante o grande fluxo de recursos, o gestor da saúde deve lhe dar com a complexidade da alocação desses recursos, que envolve as três esferas de governo, para alcançar a eficiência necessária na execução das ações de saúde, em busca da observância aos preceitos constitucionais sobre o tema. Neste contexto, a transferência de recursos por meio de blocos de financiamento, tal qual demonstrado acima, representa uma evolução do financiamento da saúde, uma vez que possibilita maior autonomia ao gestor local, que possui maior proximidade com as necessidades e especificidades locais, permitindo o alcance de eficiência na alocação de recursos, sem deixar de observar as metas estipuladas pelos instrumentos de planejamento do SUS, que, por sua vez, observam os objetivos definidos pelo Governo Federal estipulados nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais.

43. Assim, a sistemática de transferências de recursos por meio de blocos de financiamento é um modelo adotado em substituição à antiga sistemática de transferências a contas vinculadas a itens de despesa, que causavam diversos entraves aos gestores estaduais e locais no que diz respeito à programação e prestação de contas, tendo em vista o elevado número de itens de despesa – mais de uma centena - sujeitos a transferências de recursos federais. No entanto, entende o TCU, neste momento, que a nova sistemática de transferências de recursos - através de blocos de financiamento - vão de encontro à Lei de Responsabilidade Fiscal, quando no parágrafo único de seu art. 8º dispõe:

Parágrafo único. Os recursos legalmente vinculados à finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação, ainda que em exercício diverso daquele em que ocorrer o ingresso.

44. No entender da egrégia Corte de Contas, os repasses aqui tratados são irregulares, pois cada bloco de financiamento abrange recursos de várias ações e, em alguns casos, mais de um programa do Plano Plurianual. Desta forma, como os recursos são depositados numa conta única para cada bloco, eles poderiam ser utilizados de acordo com a conveniência do gestor local, sem seguir a destinação estabelecida na LOA.

45. No entanto, no entender desta Consultoria, tal afirmativa não procede. Isto porque a análise isolada da sistemática de transferências de recursos por meio de blocos de financiamento pode levar à conclusão que, de fato, possibilitam o gestor local alocá-los de acordo com sua conveniência, mesmo em mão oposta aos objetivos do Governo Federal. No entanto, como demonstrado anteriormente, a transferência de recursos por meio de blocos de financiamento estão inseridos no contexto de um sistema de planejamento, devidamente coordenado e harmonizado entre as três esferas de gestão, e que estes recursos devem ser destinados às ações de saúde estabelecidas nos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, ou seja, o Plano de Saúde e a Programação Anual de Saúde, e, posteriormente, aferidos pelo Relatório de Gestão. Por fim, esses instrumentos de gestão são construídos com base nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais. Desta forma, apesar de possuir maior autonomia no momento da aplicação dos recursos federais, o gestor público é impedido de agir de forma diversa dos objetivos do governo federal expressos na LOA, pois sua atuação deve estar pautada nas diretrizes do Sistema de Planejamento do SUS.

46. Sob esta perspectiva, resta evidente que os blocos de financiamento possibilitam ao gestor local maior mobilidade na aplicação de recursos federais em ações de saúde. No entanto, esta mobilidade é limitada pelos próprios instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, que, por sua vez, guardam a devida observância aos propósitos do Governo Federal estabelecidos nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais. Desta forma, afasta-se qualquer confronto em decorrência de aplicação do dispositivo da LRF precedentemente mencionado, pois o objeto de sua tutela resta devidamente resguardado, qual seja, a aplicação dos recursos federais em ações estipuladas pelo governo federal e expressas nas leis de orçamento.

47. Ante o exposto, verifica-se que os recursos transferidos por meio de blocos de financiamento guardam a devida observância às finalidades que lhes compete, qual seja, as que integram a Função Saúde. Quanto às subfunções, como se pode aferir do esposado às linhas anteriores, estas se submetem a controle finalístico pelo Ministério da Saúde, ou seja, as metas e diretrizes estipuladas no Plano de Saúde e na respectiva Programação Anual de Saúde são posteriormente monitoradas e avaliadas pelo Relatório Anual de Gestão. Desta forma, a aplicação dos recursos transferidos por blocos de financiamento não se vinculam ao quantitativo aplicado em cada ação ou serviço, mas, antes, se as finalidades estipuladas foram alcançadas com a aplicação daqueles recursos.

48. Superado o primeiro tema, resta analisar o segundo questionamento do TCU, ou seja, acerca da legalidade da transferência fundo a fundo de recursos oriundos de emendas parlamentares. Para tanto, é imprescindível a definição, feita a seguir, de emendas parlamentares, assim como, posteriormente, a diferenciação entre as modalidades de transferência obrigatória e voluntária.

49. Isto posto, de acordo com os incisos I, II e III e § 5º do artigo 165 da Constituição da República, leis de iniciativa do Poder Executivo estabelecerão o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e o orçamento anual, sendo que esse último compreenderá: a) o orçamento fiscal referente aos Poderes da União, seus fundos, órgãos e entidades da administração direta e indireta, inclusive fundações instituídas e mantidas pelo Poder Público; b) o orçamento de investimento das empresas em que a União, direta ou indiretamente, detenha a maioria do capital social com direito a voto; e c) o orçamento da seguridade social, abrangendo todas as entidades e órgãos a ela vinculados, da administração direta ou indireta, bem como os fundos e fundações instituídos e mantidos pelo Poder Público. Além disso, segundo o § 6º do mencionado dispositivo constitucional, o projeto de lei orçamentária será acompanhado de demonstrativo regionalizado do efeito, sobre as receitas e despesas, decorrente de isenções, anistias, remissões, subsídios e benefícios de natureza financeira, tributária e creditícia. Saliente-se, ainda, que, nos termos do § 8º do citado artigo 165, a lei orçamentária anual não conterá dispositivo estranho à previsão da receita e à fixação da despesa, não se incluindo na proibição a autorização para abertura de créditos suplementares e contratação de operações de crédito, ainda que por antecipação de receita, nos termos da lei.

50. Segundo o artigo 166 da Constituição do Brasil, os projetos de lei orçamentária relativos ao plano plurianual, às diretrizes orçamentárias, ao orçamento anual e aos créditos adicionais serão apreciados pelas 2 (duas) Casas do Congresso Nacional, na forma do regimento comum, cabendo a uma Comissão mista permanente de Senadores e Deputados, na forma do § 1º a esse dispositivo:

1) examinar e emitir parecer sobre os projetos referidos neste artigo e sobre as contas apresentadas anualmente pelo Presidente da República; e

2) examinar e emitir parecer sobre os planos e programas nacionais, regionais e setoriais previstos na Constituição e exercer o acompanhamento e a fiscalização orçamentária, sem prejuízo da atuação das demais comissões do Congresso Nacional e de suas Casas, criadas de acordo com o art. 58 da Constituição Federal.

51. Conforme a lição de James Giacomoni¹, na apreciação das matérias orçamentárias, os integrantes das Casas legislativas exercem complexa atividade que envolve estudos e análises, discussões e consultas, solicitações de informações e participação em audiências públicas realizadas com autoridades e especialistas, tudo com o objetivo de esclarecer a matéria em comento. O referido autor afirma que a síntese de todo esse trabalho está representada nas emendas propostas pelos parlamentares ao projeto de lei orçamentária, de forma similar ao projeto encaminhado pelo Poder Executivo, cuja avaliação e parecer é regida nos termos do disposto nos §§ 2º a 4º do artigo 166 da CF/88, assim expostos:

“Art. 166. (...).
(...).

§ 2º As emendas serão apresentadas na Comissão mista, que sobre elas emitirá parecer, e apreciadas, na forma regimental, pelo Plenário das duas Casas do Congresso Nacional.

§ 3º As emendas ao projeto de lei do orçamento anual ou aos projetos que o modifiquem somente podem ser aprovadas caso:

I - sejam compatíveis com o plano plurianual e com a lei de diretrizes orçamentárias;
II - indiquem os recursos necessários, admitidos apenas os provenientes de anulação de despesa, excluídas as que incidam sobre:

a) dotações para pessoal e seus encargos;
b) serviço da dívida;
c) transferências tributárias constitucionais para Estados, Municípios e Distrito Federal; ou
III - sejam relacionadas:

a) com a correção de erros ou omissões; ou
b) com os dispositivos do texto do projeto de lei.

§ 4º As emendas ao projeto de lei de diretrizes orçamentárias não poderão ser aprovadas quando incompatíveis com o plano plurianual.”

52. Dessa forma, vislumbra-se que o constituinte tratou a matéria sob análise com extremo cuidado ao apontar os requisitos que deveriam ser observados para a viabilidade de proposição de uma emenda de despesa pelos parlamentares ao projeto de lei orçamentária que se encontrar sob sua apreciação. No caso, em síntese, destaca-se que em relação às despesas sugeridas por meio de emendas deverão ser previamente garantidos os recursos financeiros necessários para a sua execução, provenientes sempre de anulação de outras despesas contidas na proposta orçamentária, excluídas as que incidam sobre dotações para pessoal e seus encargos, serviço da dívida e transferências tributárias constitucionais para Estados, Municípios e Distrito Federal.

53. Posteriormente, uma vez aprovado o projeto de lei orçamentária pelo Congresso Nacional com a inclusão ou não de emendas parlamentares, o seu texto é restituído ao Chefe do Poder Executivo para sanção até o encerramento da sessão legislativa.

54. Desta forma, emenda parlamentar nada mais é do que o instrumento que o Congresso Nacional possui para participar da elaboração do orçamento anual. Por meio das emendas, os parlamentares procuram aperfeiçoar a proposta encaminhada pelo Poder Executivo, visando a uma melhor alocação dos recursos públicos. É a oportunidade que eles possuem para acrescentar novas programações orçamentárias com o objetivo de atender as demandas das comunidades que representam.

55. Uma vez exposta a delinearção conceitual de emenda parlamentar, há de se aferir se os recursos provenientes deste instrumento podem ser objeto de transferências fundo a fundo. Para tanto, há de se fazer, como dito anteriormente, uma diferenciação entre transferências voluntárias e obrigatórias.

¹ GIACOMONI, James. *Orçamento Público*. 14 ed. São Paulo: Atlas, 2007. p. 264.

56. Neste contexto, tem-se que todos os entes da federação devem aplicar recursos na saúde pública. Nesses termos, a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, ao regulamentar o disposto na Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000, estabelece:

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.

(...)

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, 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.

Parágrafo único. (VETADO)

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 das Constituição Federal.

57. No entanto, o art. 198, §3º, II, da Constituição, determinou que, da verba da União vinculada à saúde (caput do art. 5º da Lei Complementar nº 141, de 2012), deve o ente federal obrigatoriamente destinar parte desses recursos aos Estados, Distrito Federal e Municípios para aplicação na saúde, objetivando a progressiva redução das disparidades.

58. O art. 2º da Lei nº 8.142, de 1990, corroborando o que dispõe o art. 198, §3º, II, da Constituição da República, determina que os recursos do Fundo Nacional de Saúde serão alocados como:

I – despesas de custeio e de capital o 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; e

IV – cobertura de ações e serviços de saúde a serem implementados pelos Municípios, Estados e Distrito Federal.

Parágrafo único. Os recursos referidos no inciso IV deste artigo destinar-se-ão a investimentos na rede de serviços, à cobertura assistencial ambulatorial e hospitalar e às demais ações de saúde.

59. A transferência a que se refere o art. 198, §3º, da Constituição, tem como origem o montante que a União deve aplicar anualmente em ações e serviços de saúde, por determinação do art. 198, §2º, I, da Constituição c/c art. 5º, da Lei Complementar nº 141, de 2012.

60. Revogando tacitamente o art. 3º da Lei nº 8.142, de 1990, e expressamente o §1º da Lei nº 8.080, de 1990, o art. 17 da Lei Complementar nº 141 estabeleceu a nova forma de rateio dos recursos de saúde da União, em cumprimento ao disposto no art. 198, §3º, II, da Constituição, nos seguintes termos:

Art. 17. O rateio dos recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde e repassados na forma do caput dos arts. 18 e 22 aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios observará as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde e, ainda, o disposto no art. 35 da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, de forma a atender os objetivos do inciso II do §3º do art. 198 da Constituição Federal.

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

§2º Os recursos destinados a investimentos terão sua programação realizada anualmente e, em sua alocação, serão considerados prioritariamente critérios que visem a reduzir as desigualdades na oferta de ações e serviços públicos de saúde e garantir a integralidade da atenção à saúde.

61. O art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, por sua vez, trazendo segurança jurídica ao sistema, estabeleceu quais seriam as despesas com ações e serviços públicos de saúde para aplicação de recursos

mínimos em saúde e, por conseguinte, em uma interpretação sistemática, o que seriam recursos de transferência obrigatória por força constitucional.

62. Assim, as verbas repassadas pela União aos Estados, Distrito Federal e Municípios para as finalidades descritas no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, por força do art. 198, §3º, da Constituição c/c o art. 17, da Lei Complementar nº 141, de 2012, são transferências constitucionais obrigatórias, que devem ser realizadas pelo Fundo Nacional de Saúde na modalidade fundo a fundo, conforme determina o art. 18, da Lei Complementar nº 141, de 2012. Ressalte-se que, tal qual exposto anteriormente, atualmente, os repasses obrigatórios seguem as diretrizes dos blocos de financiamento estabelecidos pela Portaria nº 204/GM/MS, de 2006.

63. Contudo, as transferências obrigatórias e que, de regra, devem ser efetivadas na modalidade fundo a fundo, não se limitam às ações e serviços descritos no art. 3º da LC 141, de 2012. Isso porque a Lei de Responsabilidade Fiscal, em seu art. 25, exclui do conceito legal de transferências voluntárias os recursos destinados ao SUS:

Art. 25 (...) entende-se por transferência voluntária a entrega de recursos correntes ou de capital a outro ente da Federação, a título de cooperação, auxílio ou assistência financeira, que não decorra de determinação constitucional, legal ou os destinados ao Sistema Único de Saúde.

64. De outro vértice, sabe-se que os instrumentos utilizados para formalização de transferências voluntárias encontram-se regulados pelo Decreto nº 6.170, de 2007, e Portaria Interministerial CGU/MF/MP 507/2011, nos quais previstos o convênio e contrato de repasse.

65. Verifica-se que o art. 25 da LRF exclui expressamente do conceito de transferência voluntária aquela decorrente de determinação constitucional, legal ou destinada ao Sistema Único de Saúde. Isso permite concluir e confirmar o que foi dito anteriormente, no sentido de que todos os recursos referentes às ações e serviços de saúde previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, que a União tenha que transferir por força do art. 198, §3º, II, c/c art. 17 da Lei Complementar nº 141, de 2012, são de transferência obrigatória, já que decorrem de determinação constitucional e, concomitantemente, são destinados ao Sistema Único de Saúde e por tal fundamento serão transferidos fundo a fundo.

66. Outra conclusão ainda extraída do art. 25 da LRF é a de que não se atribui a natureza de transferência obrigatória apenas às ações e serviços públicos de saúde enumerados no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, mas também a todas aquelas que englobem recursos destinados ao Sistema Único de Saúde, assim entendidos aqueles regulados pela Lei n. 8.080, de 1990 (Lei Orgânica do SUS).

67. Por consequência, o repasse desses recursos (tanto os regulamentados pela LC n. 141, de 2012, quanto pela Lei n. 8.080, de 1990) não deve ser feito por termo de convênio ou contrato de repasse, mas por transferência na modalidade fundo a fundo, conforme acertadamente preceitua o art. 18 da Lei Complementar nº 141, de 2012. Nesse sentido, eventual utilização de instrumento de convênio para transferência a entes federativos de recursos destinados ao SUS não desnatura nem transmuda a sua natureza para voluntária, até mesmo sob pena de negar vigência à LRF.

68. Desse modo, entende-se não haver qualquer óbice na transferência de recursos oriundos de emendas parlamentares pela modalidade fundo a fundo. Isso porque, consoante demonstrado, o art. 25 da LRF exclui, expressamente, os recursos destinados ao SUS do conceito de transferência voluntária. Estes, por outro lado, são recursos cuja transferência a Estados e Municípios é obrigatória por força constitucional ou pela LRF e, por tais razões, devem ser transferidos pela modalidade fundo a fundo por força do art. 18 da Lei Complementar nº 141, de 2012. As emendas parlamentares, nesse prisma, destinadas às ações e serviços públicos de saúde, tão somente representam uma complementação aos recursos conceituados legal ou constitucionalmente como transferências obrigatórias, devendo se submeter às mesmas metas e diretrizes estipuladas no Sistema de Planejamento do SUS.

CONCLUSÃO

69. Ante as considerações supra, essa Consultoria Jurídica se manifesta no sentido de que:

a) a sistemática de transferências de recursos por meio de blocos de financiamento não infringe as disposições da Lei de Responsabilidade fiscal por conta da conservação do objeto tutelado, qual seja a aplicação dos recursos federais em ações e serviços de saúde expressos pelo governo federal nas leis de orçamento. Isso porque, apesar de o benefício possuir maior autonomia, o gestor local deve aplicar os recursos dos blocos de financiamento em ações e serviços de saúde que satisfaçam as necessidades e especificidades locais, mas com a devida observância às diretrizes e metas estipuladas pelos instrumentos do Sistema de Planejamento do SUS, que, por sua vez, se pautam nos Planos Plurianuais, Leis de Diretrizes Orçamentárias e Leis Orçamentárias Anuais; e

b) não há qualquer irregularidade na transferência de recursos oriundos de emendas parlamentares através da modalidade fundo a fundo. Isso porque o art. 25 da LRF exclui, expressamente, os recursos destinados ao Sistema Único de Saúde do conceito de transferências voluntárias. Desta forma, as emendas parlamentares representam um reforço às transferências obrigatórias, ou seja, aquelas destinadas ao Sistema Único de Saúde.

70. Propõe-se, portanto, o encaminhamento do presente processo à Secretaria Executiva.

À consideração superior.

Brasília, 20 de agosto de 2012.



ADVOCACIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA-GERAL DA UNIÃO
CONSULTORIA JURÍDICA JUNTO AO MINISTÉRIO DA SAÚDE

DESPACHO N° /2012/VAR/COGEJUR/CONJUR-MS/CGU/AGU

Processo SIPAR n° 25000.117535/2012-91

Interessado: Secretaria Executiva.

Assunto: Manifestação acerca da legalidade da sistemática de transferência de recursos através de blocos de financiamento e utilização da modalidade fundo a fundo para transferências de recursos oriundos de emendas parlamentares.

Destino: Secretaria Executiva.

De acordo.

À consideração do Senhor Coordenador-Geral de Acompanhamento Jurídico.

Brasília, 20 de agosto de 2012.