



Lei Complementar 141

Guia prático para a Gestão Municipal



LEI COMPLEMENTAR 141

Guia prático para a Gestão Municipal

Brasília, 2015

EXPEDIENTE CONASEMS

DIRETORIA EXECUTIVA

Presidente - José Fernando Casquel Monti

Vice-Presidente - Raul Moreira Molina Barrios

Vice-Presidente - Sílvia Regina Cremones Sirena

Diretor Administrativo - Frederico Marcondes Neto

Diretor Financeiro - Mauro Guimarães Junqueira

Diretor de Comunicação Social - Arilson da Silva Cardoso

Diretor de Descentralização e Regionalização - Charles Cesar Tocantins de Souza

Diretor de Descentralização e Regionalização - Adjunto - Maria da Conceição Marinho de Farias Rêgo

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Wilames Freire Bezerra

Diretor de Relações Institucionais e Parlamentares - Adjunto - Iolete Soares de Arruda

Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte - Murilo Porto de Andrade

Diretoria Extraordinária de Pequeno Porte - Adjunto - Pedro Hermann Madeiro

Diretoria Extraordinária das Populações Ribeirinhas - Januário Carneiro da Cunha Neto

1º Vice-Presidente Regional - Região Centro Oeste - Amilton Fernandes do Prado

1º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste - Maria da Salete Fernandes Cunha

2º Vice-Presidente Regional - Região Nordeste - Ubiratan Pedroso Moreira

1º Vice-Presidente Regional - Região Norte - Afonso Emerick

1º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste - Andrea Passamani Barboa Cortelettis

2º Vice-Presidente Regional - Região Sudeste - Leônidas Heringer Fernandes

1º Vice-Presidente Regional - Região Sul - Maria Regina de Souza Soar

2º Vice-Presidente Regional - Região Sul - Maria do Horto Salbego

Conselho Fiscal - 1º Membro - Soraya Galdino de Araujo Lucena

Conselho Fiscal - 1º Membro / Suplente - Conceição de Maria Soares Madeira

Conselho Fiscal - 2º Membro - José Carlos Cancigliere

Conselho Fiscal - 2º Membro / Suplente - Daniel Paulino Evangelista

Conselho Fiscal - 3º Membro - Vânio Rodrigues de Sousa

Conselho Fiscal - 4º Membro - João Carlos Strassacapa

Conselho Fiscal - 5º Membro - Rogério Márcio Alves Souto

Conselho Fiscal - 5º Membro / Suplente - Dinaci Vieira Marques Ranzi

SECRETARIAS EXTRAORDINÁRIAS

- Sec. Extraordinária Amazônia Legal** - Nilson Kokojski
- Sec. Extraordinária Amazônia Legal** - Carlos Tadeu Lopes
- Sec. Extraordinária Assistência Farmacêutica/Centro Oeste** - Silvio C. Suassuna de Moraes
- Sec. Extraordinária Assistência Farmacêutica/Sul** - José Eloir Wink
- Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Centro Oeste** - Fernando Machado de Araujo
- Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Nordeste** - Iolete Soares Arruda
- Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Norte** - Luiz Carlos Alves Teixeira
- Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Sul** - Enilson de Freitas
- Sec. Extraordinária Atenção à Saúde/Sudeste** - Márcia Aparecida Nogueira Pivato
- Sec. Extraordinária Atenção Básica/Centro Oeste** - Rosângela de Rezende Amorim
- Sec. Extraordinária Atenção Básica/Nordeste** - Maria Neuman Azevedo
- Sec. Extraordinária Atenção Básica/Norte** - João Edis de Oliveira
- Sec. Extraordinária Atenção Básica/Sudeste** - Kelen Cristina Rampo Carandina
- Sec. Extraordinária Capitais e Regiões Metropolitanas/Nordeste** - Josete Malheiro Tavares
- Sec. Extraordinária Capitais e Regiões Metropolitanas/Sudeste** - Daniel Ricardo Soranz Pinto
- Sec. Extraordinária Capitais e Regiões Metropolitanas/Sul** - Adriano Massuda
- Sec. Extraordinária Ciência e Tecnologia** - Katia Cilene de Monte Pereira
- Sec. Extraordinária de Fronteiras** - Natalia Ivone Steinbrenner
- Sec. Extraordinária Descentralização e Regionalização/Centro Oeste** - Marildes Ferreira do Rego
- Sec. Extraordinária Descentralização e Regionalização/Sul** - Vera Elizabeth Lima da Silva
- Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Centro Oeste** - Evanilde Fernandes Costa Gomides
- Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Nordeste** - Manoel Batista Moura Ribeiro
- Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Norte** - Maria de Lourdes Amaral Dourado
- Sec. Extraordinária Direito Sanitário/Sul** - Cristiane Haffermann Wille
- Sec. Extraordinária Financiamento/Centro Oeste** - Adeliza Maria Santos Abrani
- Sec. Extraordinária Financiamento/Nordeste** - Saulo Menezes Calazans Eloy dos Santos Filho
- Sec. Extraordinária Financiamento/Norte** - Josuelido Nascimento Sousa
- Sec. Extraordinária Financiamento/Sul** - Marcelo Bosio
- Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Centro Oeste** - Ana Claudia Coelho de Almeida Asturiano
- Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Nordeste** - Gessyane do Vale Paulino
- Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Norte** - Marluce Brilhante de Souza
- Sec. Extraordinária Gestão Trabalho e Educação/Sudeste** - Marta Gama de Magalhães
- Sec. Extraordinária Mercosul** - Helton Pedro Pfeifer
- Sec. Extraordinária Modelos de Gestão** - Norma Firminiano Rodrigues Barradas
- Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Centro Oeste** - Eliane Cristina F. Brilhante
- Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Nordeste** - Lucia Cristina Giesta Soares
- Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Norte** - Lucila Brunetta
- Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Sudeste** - Bruno Diniz Pinto
- Sec. Extraordinária Município Médio Porte/Sul** - Cristiane Martins Pantaleão
- Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Centro Oeste** - Sílvia Regina Cremonez Sirena
- Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Nordeste** - Stela dos Santos Souza
- Sec. Extraordinária Município Pequeno Porte/Sul** - Clodoaldo Fernandes
- Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Centro Oeste** - Fábio Henrique Lago

Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Nordeste - Luis Pessoa Aragão Júnior
Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Sudeste - Zenilton Vicente Vasconcelos
Sec. Extraordinária Participação e Controle Social/Sul - Cleidenara Maria Mohr Weirich
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Centro Oeste - Maria Angelica Benetasso
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Nordeste - Leopoldina Feitosa Cipriano
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Norte - Maria de Jesus Sousa Caldas
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Sudeste - Luis Fernando Nogueira Tofani
Sec. Extraordinária Planejamento e Programação/Sul - Nissandra Karsten
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Centro Oeste - Hisham Mohamad Hamida
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Nordeste - Débora Costa dos Santos
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sudeste - Celso Ruela Albino
Sec. Extraordinária Promoção Vigilância em Saúde/Sul - Marines Eseckert
Sec. Extraordinária Relações Interfederativas/Centro Oeste - Luis Roberto Pascotto Mariani
Sec. Extraordinária Relações Interfederativas/Nordeste - Maria do Socorro Candeira Costa
Sec. Extraordinária Relações Interfederativas/Norte - Fabrício Alves Segura
Sec. Extraordinária Saúde Bucal - Ronaldo de Jesus Santos
Sec. Extraordinária Saúde indígena/Nordeste - Alexandre Miranda Leite
Sec. Extraordinária Saúde indígena/Norte - Gilson Almirante de Souza
Sec. Extraordinária Saúde indígena/Sudeste - Nalva Bernardete Barros de Amorim
Sec. Extraordinária Saúde indígena/Sul - Emerson Magni da Silva
Representante no Conselho Nacional de Saúde - Aline Gewehr Trindade
Representante no Conselho Nacional de Saúde - José Eri Borges de Medeiros

PRODUÇÃO

Núcleo de direito sanitário
Núcleo de economia da saúde

Coordenação e Organização

Fernanda Terrazas e Blenda Pereira

Projeto gráfico, diagramação e capa

Grande Circular

Sumário

Introdução	9
Das ações e dos serviços públicos de saúde	10
Aplicação de recursos em ações e serviços de saúde	20
Mínimos Constitucionais	20
Do Repasse e Aplicação dos Recursos	21
Despesas consideradas como aplicadas em ações e serviços de saúde	22
Fundo de saúde.....	22
Dos critérios de rateio	24
Transferências de recursos.....	25
Planejamento na saúde.....	25
Da Transparência, Visibilidade, Fiscalização, Avaliação e Controle.	26
Escrituração e Consolidação Prestação de contas.....	26
Relatório de Gestão	27
Controle Externo	28
Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde	29
Cooperação Técnica-Financeira Da União.....	30
Educação Permanente Para Conselheiros De Saúde	30
Responsabilização	30
Prazos e Providências Estabelecidos Pela Lc 141	31
Referencias Bibliográficas.....	35
Anexos	33
Anexo I.....	38
Lei Complementar Nº 141, De 13 De Janeiro De 2012.....	38
Anexo II	60
Decreto Nº 7.827, De 16 De Outubro De 2012	60
Anexo III	72
Emenda Constitucional Nº 86, De 17 De Março De 2015.....	72

Introdução

A Lei Complementar 141¹ é uma lei de âmbito nacional, aplicável a todas as esferas de governo e foi elaborada com intuito de regulamentar a Emenda Constitucional 29. Foi publicada em 13 de janeiro de 2012 e dispõe 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; além de revogar dispositivos das Leis n^{os} 8.080/90 e 8.689/93.

O teor da lei complementar já estava sendo aplicado por meio de outros instrumentos (Constituição Federal, Resolução 322 do Conselho Nacional de Saúde, Lei 8080/90, Portarias Ministeriais, etc). Contudo, sua publicação trouxe novidades quanto às regras, prazos e obrigações.

O projeto de lei de regulamentação da Emenda Constitucional 29, tramitou no Congresso Nacional durante anos, todavia sua aprovação não elevou os gastos federais no SUS com a não inclusão do percentual mínimo de gastos da União a serem aplicados na saúde.

No entanto, em 17 de março de 2015 foi promulgada a Emenda Constitucional nº 86², conhecida como a Emenda Constitucional do “orçamento impositivo” que, em linhas gerais, altera e insere alguns parágrafos e incisos nos artigos 165 e 166 da Constituição, referentes à vinculação de recursos para a execução de emendas parlamentares individuais, e altera o artigo 198 da Constituição Federal para estabelecer 15% de vinculação da Receita Corrente Líquida da União para os programas e ações de saúde.

Assim, foi estabelecido que a União deverá aplicar montante não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro (artigo 198, parágrafo 2º, I). Esse dispositivo vincula um percentual da receita pública ao financiamento da saúde, sendo que a sistemática anterior, revogada pela EC 86, transferia a uma lei complementar esta fórmula, que obedecia

1. Ver texto completo da lei nos anexos dessa publicação.

2. Ver texto completo da Emenda nos anexos dessa publicação.

3. Scaff, Fernando Facury. *Surge o orçamento impositivo à brasileira pela Emenda Constitucional 86*. Consultor Jurídico. 24/03/2015. Disponível em <http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/contas-vista-surge-orcamento-impositivo-brasileira-ec-86>

4. *Idem, ibidem*.

5. *Para uma análise crítica dos efeitos da EC 86 para o financiamento da saúde, cf. Pinto e Sarlet, 2015.*

6. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 2º.*

7. *Manual de Demonstrativos Fiscais: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. – 6a ed. – Brasília, 2014, p. 398.*

a um cálculo incremental, sem percentual estabelecido, e com um “efeito catraca” para resguardar eventuais recuos do PIB”³.

Além disso, o percentual de 15% estabelecido pela Emenda Constitucional 86 será alcançado de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e apenas em 2020 será aplicado o percentual de 15% da receita corrente líquida em ações e serviços de saúde de forma plena (artigo 2º, da EC 86).

No cômputo desse montante serão incluídos os valores arrecadados de royalties do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas à ações e serviços de saúde.

Em face das alterações havidas, tanto na determinação de uma alíquota, quanto na unificação da base de cálculo, a determinação de perdas ou ganhos nessa área ainda dependerá de cálculos que pendem de realização. Possivelmente só quando forem divulgados os relatórios de gestão orçamentária é que será possível identificar com precisão o verdadeiro impacto dessa Emenda no setor de saúde pública”^{4/5}

Das ações e dos serviços públicos de saúde

A definição de ações e serviços públicos de saúde (ASPS) já estava bem clara na própria Constituição Federal e na Lei 8080/90 e posteriormente na Resolução nº 322 do Conselho Nacional de Saúde, entretanto, a partir da publicação da referida Lei foi determinado efetivamente quais são as despesas que podem ser consideradas ações e serviços de saúde.

Desse modo, são consideradas ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos, aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde, financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde, que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 7º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:^{6/7}

- a. sejam destinadas às ações e serviços públicos de saúde de acesso universal, igualitário e gratuito;
- b. estejam em conformidade com objetivos e metas explicitados nos Planos de Saúde de cada ente da Federação; e
- c. sejam de responsabilidade específica do setor da saúde, não se aplicando a despesas relacionadas a outras políticas públicas que atuam sobre determinantes sociais e econômicos, ainda que incidentes sobre as condições de saúde da população.

Dessa forma, para serem consideradas ASPS, as ações devem estar disponíveis a toda a população de forma gratuita, constar no plano de saúde, ser de responsabilidade do setor de saúde e serem fiscalizadas e aprovadas pelo Conselho de Saúde além de executadas com recursos movimentados até sua destinação final nos fundos de saúde

FIQUE SABENDO

Não podem ser consideradas ASPS as ações destinadas à clientela fechada, como, por exemplo, as despesas com planos de saúde de servidores.

Ressalta-se, no entanto, que o acesso universal, não exclui programas destinados a públicos específicos, tais como os indígenas, pessoas privadas de liberdade, etc. Nesses casos, o importante é que as ASPS estejam disponíveis, de maneira gratuita, a toda a população do grupo selecionado.

Ressaltadas as diretrizes gerais, a lei passa a especificar o que se considera **despesa com ações e serviços públicos de saúde** para efeito da apuração dos recursos mínimos a serem aplicados, quais sejam:⁸

- a. Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária;

8. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 3º.

A Lei nº 8.080/90 (art. 6º) define vigilância sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

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

De igual modo define vigilância epidemiológica como um conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos.

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

Alimentos, dietas especiais e vitaminas quando prescritas para recuperação de carências nutricionais, ou seja, para atender um problema de saúde, são considerados ASPS, o que é diferente de programas de distribuição de alimentos de natureza assistencial, os quais não podem ser financiados com recursos da saúde.

- c. Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS);

A capacitação deve ser direcionada ao pessoal que esteja em atividade no SUS.

- d. Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS;
- e. Produção, aquisição e distribuição de insumos específicos dos serviços de saúde do SUS, tais como: imunobiológicos, sangue e hemoderivados, medicamentos e equipamentos médico-odontológicos;

Os insumos fornecidos (medicamentos, órteses, próteses, etc) devem estar relacionados a programas de saúde para que sejam classificados como ASPS. Se o critério para fornecimento for a condição socioeconômica, a ação será de assistência social, não podendo ser custeada com recursos da Saúde.

- f. Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas na Lei Complementar nº 141/2012;
- g. Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;
- h. Manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

É preciso que a relação entre a ação de manejo ambiental e o controle de vetores seja DIRETA, ou seja, o objetivo principal da ação no meio ambiente é o controle de vetores. Ações relacionadas ao meio ambiente sem esse objetivo não são consideradas ASPS.

- i. Investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

As ações de investimento na rede física do SUS, para serem consideradas ASPS, devem ser realizadas dentro dos estabelecimentos públicos de saúde, não sendo computada a execução de obras como a instalação de iluminação pública, asfaltamento de ruas e construção de rede de esgoto que, mesmo beneficiando o estabelecimento de saúde.

- j. Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações e serviços públicos de saúde, incluindo os encargos sociais;

ATENÇÃO: Desde que seja para o pagamento do pessoal ativo, ou seja, excluídos os aposentados, os recursos utilizados serão considerados despesas com ASPS, inclusive os ENCARGOS SOCIAIS.

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

Gastos com a manutenção da equipe administrativa, gestão e apoio, incluindo, salários e encargos decorrentes entram nessa categoria!!

- l. Gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Por fim, nos Estados, no Distrito Federal e nos Municípios, serão consideradas para fins de apuração dos percentuais mínimos 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.⁹

9. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 24, § 3º

A Lei Complementar 141 também especifica em seu artigo 4º, para fins de cumprimento do mínimo constitucional, aqueles gastos que não são considerados como despesas com ações e serviços públicos de saúde.

As vedações previstas demonstram a preocupação do legislador de excluir aquelas despesas, que embora possam contribuir para a melhoria da saúde da população, não entram no cômputo de aplicação do mínimo constitucional, tais como meio ambiente, merenda escolar e bolsa família.

Assim, não correspondem a despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas decorrentes de:

- a. pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;
- b. pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área;

FIQUE ATENTO: Nos municípios não é incomum que servidores concursados para trabalhar em uma área estejam deslocados trabalhando em outra. Caso isso aconteça com servidores da saúde, ou seja, eles estejam trabalhando em outras áreas, os valores gastos com sua remuneração e encargos sociais não serão considerados despesas com ASPS.

- c. assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;
- d. merenda escolar e outros programas de alimentação, ainda que executados em unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), excetuando-se a recuperação de deficiências nutricionais;
- e. saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;
- f. limpeza urbana e remoção de resíduos;

LIXO HOSPITALAR - A remoção de resíduos de serviços de saúde, que não pode ser misturado ao lixo comum, é uma exceção a essa regra. A Lei nº 12.305/10 estabelece, para esse grupo, a necessidade de um plano de gerenciamento específico, devendo ser observadas ainda as normas da ANVISA (Resolução 306) e do CONAMA (Resolução 358).

em síntese: a coleta e tratamento do lixo produzidos pelos estabelecimentos públicos de saúde serão considerados ASPS

FIQUE ATENTO: A limpeza das ruas e a coleta de lixo no município, bem como a construção e manutenção de aterros sanitários NÃO podem ser custeados com os recursos da saúde!!

- g. preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais;
- h. ações de assistência social;
ATENÇÃO: É muito comum que ações de saúde e assistência social sejam confundidas, até mesmo porque o limite entre as duas áreas é tênue. Tenha sempre em mente que, ao contrário da assistência social que é focada na população mais caente, as ações de saúde são UNIVERSAIS. Assim, a análise socioeconômica não pode ser critério para oferta de ações e serviços de saúde.
- i. obras de infraestrutura, mesmo que sejam realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde;
- j. ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida em lei ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

Também **não serão consideradas** para fins de apuração dos mínimos constitucionais as despesas com ASPS custeadas com receitas provenientes de operações de crédito contratadas para essa finalidade ou com quaisquer outros recursos não considerados na base de cálculo da receita.¹⁰

10. *Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, art. 24, § 4º, inciso I*

LEI COMPLEMENTAR 141/2012

SÃO AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (ART. 3º)

Vigilância em saúde, incluindo a epidemiológica e a sanitária

Atenção integral e universal à saúde em todos os níveis de complexidade, incluindo assistência terapêutica e recuperação de deficiências nutricionais

Capacitação do pessoal de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)

Desenvolvimento científico e tecnológico e controle de qualidade promovidos por instituições do SUS

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

Saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar

Saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos

Manejo ambiental vinculado diretamente ao **controle de vetores** de doenças

Investimento na **rede física** do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde

Remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais

Ações de **apoio administrativo** realizadas pelas instituições públicas do SUS e imprescindíveis à execução das ações e serviços públicos de saúde

Gestão do sistema público de saúde e **operação de unidades prestadoras** de serviços públicos de saúde

LEI COMPLEMENTAR 141/2012

NÃO SÃO AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE (ART. 4º)

Ações de **assistência social**

Merenda escolar e outros programas de **alimentação**, ainda que executados em unidades do SUS

Assistência à saúde que não atenda ao princípio de **acesso universal**

Saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade

Limpeza urbana e remoção de resíduos

Preservação e correção do **meio ambiente**, realizadas pelos órgãos de meio ambiente dos entes da Federação ou por entidades não governamentais

Obras de infraestrutura, ainda que realizadas para beneficiar direta ou indiretamente a rede de saúde

Pagamento de **aposentadorias e pensões**, inclusive dos servidores da saúde e de pessoal ativo da área de saúde quando em atividade alheia à referida área

Pessoal ativo da área de saúde quando em **atividade alheia** à referida área

Ações e serviços públicos de saúde custeados com **recursos distintos dos especificados na base de cálculo** definida nesta Lei Complementar ou vinculados a **fundos específicos** distintos daqueles da saúde.

Aplicação de recursos em ações e serviços de saúde

Mínimos Constitucionais

A instituição dos valores mínimos do produto da arrecadação de impostos a serem aplicados anualmente com ações e serviços de saúde pelas 03 esferas de governo levou em conta os seguintes percentuais:

Quadro 1 – Percentual Mínimo de Aplicação da LC 141 e EC 86

Municípios	15%
Estados	12%
União	Montante não inferior a 15% da receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro (artigo 198, parágrafo 2o, I). O percentual de 15% estabelecido será alcançado de forma gradual, sendo 13,2% em 2016; 13,7% em 2017; 14,1% em 2018; 14,5% em 2019 e 15% em 2020. No cômputo desse montante serão incluídos os valores arrecadados de royalties do petróleo e a parcela das emendas parlamentares destinadas à ações e serviços de saúde

Vale destacar que, os municípios deverão observar o que está disposto em suas respectivas Leis Orgânicas sempre que os percentuais forem superiores ao mínimo fixado pela Lei Complementar.

Do Repasse e Aplicação dos Recursos

A discriminação da receita vinculada para apuração dos valores municipais a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, dar-se-á nos seguintes moldes:

Total das receitas de impostos municipais	<ul style="list-style-type: none">• Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza – ISS• Imposto Predial e Territorial Urbano – IPTU;• Imposto sobre a transmissão de bens imóveis – ITBI
(+) Receitas de transferências da União:	<ul style="list-style-type: none">• Quota-Parte do Fundo de Participação dos Municípios – FPM• Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade Territorial Rural - ITR• Quota-Parte da Lei Complementar n.º 87/96 (Lei Kandir)
(+) Imposto de Renda Retido na Fonte – IRRF	
(+) Receitas de transferências do Estado	<ul style="list-style-type: none">• Quota-Parte do Imposto sobre Circulação de Mercadorias e Serviços - ICMS• Quota-Parte do Imposto sobre a Propriedade de Veículos Automotores - IPVA• Quota-Parte do Imposto sobre produtos industrializados - IPI – Exportação
(+) Outras Receitas Correntes:	<ul style="list-style-type: none">• Receita da Dívida Ativa Tributária de Impostos, Multas, Juros de Mora e Correção Monetária.
= BASE DE CALCULO MUNICIPAL	

Será considerada a Receita Estimada na Lei Orçamentária Anual para fixação inicial dos valores correspondentes aos recursos mínimos a serem aplicados em saúde.

Despesas consideradas como aplicadas em ações e serviços de saúde

- Despesas liquidadas e pagas no exercício
- Despesas empenhadas e não liquidadas; inscritas em restos a pagar até o limite das disponibilidades de caixa ao final do exercício, consolidadas no fundo municipal de saúde

Os recursos provenientes da disponibilidade de caixa vinculados aos Restos a Pagar, referentes às despesas empenhadas e não liquidadas que forem canceladas ou prescritos, deverão necessariamente ser aplicados em ações e serviços de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou prescrição.

Despesas provenientes de receitas de operações de crédito não são consideradas para aplicação em ações e serviços de saúde.

No caso de descumprimento de aplicação do mínimo constitucional o município poderá ter suas transferências bloqueadas até o limite do débito.

Necessário lembrar que as receitas e despesas com ações e serviços de saúde estarão destacadas nos balanços orçamentários, por meio do demonstrativo da função saúde do Relatório Resumido da Execução Orçamentária – RREO.

Fundo de saúde

Os fundos são instrumentos de gestão financeira, que podem estar inseridos nos fins de uma entidade de Administração Direta ou Indireta, por meio do qual se afetam recursos a finalidades específicas.

Os recursos dos Fundos de Saúde não podem ser destinados à outra atividade que não seja à área da saúde. O parágrafo único

do artigo 2º da Lei 141, define que os recursos para financiamento das ações e serviços de saúde deverão ser movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde. Entretanto, aqueles recursos que se destinarem às unidades vinculadas às secretarias de saúde, como autarquias e fundações, deverão ser repassados diretamente a estas entidades.

O Fundo de Saúde deverá ser instituído por lei e constituído em uma unidade orçamentária e gestora dos recursos repassados. A Lei Complementar n. 141 prevê que a União e os Estados poderão restringir repasses de recursos nos casos em que o fundo municipal de saúde não estiver em funcionamento.

FIQUE SABENDO

Unidade gestora: é a unidade orçamentária ou administrativa investida do poder de gerir recursos orçamentários e financeiros, próprios ou sobre descentralização.

Unidade orçamentária: é um segmento da administração direta a que o orçamento consigna dotações específicas para a realização de seus programas de trabalho e sobre os quais exerce o poder de disposição.

Fonte: Secretaria do Tesouro Nacional

Apesar de não dispor de personalidade jurídica, o fundo de saúde deve ter CNPJ na condição de matriz, conforme Instrução Normativa da Receita Federal do Brasil (nº 1470/2014). Os fundos de saúde são considerados fundos públicos e por isso devem seguir esta exigência legal. A fim de que possam receber transferências oriundas do Fundo Nacional de Saúde, os Fundos Distrital, Estaduais e Municipais devem estar com o CNPJ regularizado de acordo com as orientações da Receita Federal do Brasil, possuindo a condição de matriz e a codificação 120-1. Caso contrário, o fundo de saúde não será considerado como fundo público para fins processuais e operacionais para recebimento de transferências intergovernamentais.

A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde deve realizar-se, exclusivamente, 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.

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. (Artigo 21)

A gestão dos fundos de saúde ainda é um desafio, considerando as questões multidisciplinares envolvidas. A legislação muitas vezes não é clara conceitualmente e a literatura a respeito é escassa, além dos conceitos muitas vezes não pacificados em vários pontos. No entanto, não podemos negar que a criação dos fundos de saúde foi importante para a garantia dos recursos mínimos para investimento na saúde e para superar as desigualdades. (Pereira, 2013)

Dos critérios de rateio

O rateio dos recursos da saúde, amparado no artigo 35 da Lei 8080 e recepcionados pela LC 141 deverá ser feito observando as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológicas, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde com vistas a progressiva redução das disparidades regionais.

A Lei Complementar avançou na definição dos mecanismos de transferências de aplicação dos recursos da esfera federal e das esferas estaduais aos municípios com base na redução das disparidades regionais de saúde.

A metodologia de repasses dos recursos para cada Município e Estado será elaborada e publicada pelo Ministério da Saúde após pactuação pela Comissão Intergestores Tripartite -CIT e aprovação pelo Conselho Nacional de Saúde.

As transferências de recursos da União aos Estados e Municípios estarão presentes no Plano Nacional de Saúde e no Termo de Compromisso de Gestão a ser firmado entre as três esferas de governo.

O Ministério da Saúde manterá os conselhos de saúde e os Tribunais de Contas informados sobre o montante de recursos previstos para transferência da União as demais esferas.

Transferências de recursos

As transferências destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

A União e os Estados poderão restringir repasses de recursos nos casos em que o município **não** tiver plano, conselho e fundo municipais de saúde existentes e nos dois últimos casos também em funcionamento.

Planejamento na saúde

Os instrumentos de planejamento orçamentário, (Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual) deverão ser elaborados de forma a atender a Lei Complementar.

FIQUE SABENDO:

O plano plurianual (PPA) estabelece os projetos e os programas de longa duração da administração pública, definindo objetivos e metas da ação pública para um período de quatro anos.

A lei de diretrizes orçamentárias (LDO) orienta a elaboração e execução do orçamento anual e trata de vários outros temas, como alterações tributárias, gastos com pessoal, política fiscal e transferências de recursos.

A lei orçamentária anual (LOA) estima as receitas que o governo espera arrecadar durante o ano e fixa os gastos a serem realizados com tais recursos.

A compatibilidade entre a saúde e os instrumentos de planejamento é evidenciada por meio do desenvolvimento do processo de planejamento e orçamento de forma ascendente, levando em conta as necessidades de saúde da população, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico além das prioridades estabelecidas pelo conselho de saúde.

Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão os planos estaduais, suscitando desta forma a equidade interregional, que por sua vez irão compor a base para o plano e metas nacionais, promovendo então a equidade interestadual.

DA TRANSPARENCIA, VISIBILIDADE, FISCALIZAÇÃO, AVALIAÇÃO E CONTROLE.**Escrituração e Consolidação Prestação de contas**

Os Municípios deverão dar ampla divulgação das prestações de contas da área da saúde para consulta e apreciação da população.

A prestação de contas deverá conter minimamente:

- Comprovação do cumprimento de aplicação dos mínimos constitucionais,

- Apresentação do Relatório de Gestão do SUS
- Ata do Conselho de Saúde contendo avaliação da gestão local do SUS

Os gestores deverão manter registro contábil relativo às despesas com ações e serviços de saúde, promovendo a consolidação das contas por órgãos e entidades de administração direta e indireta.

A transparência e a visibilidade serão assegurados mediante incentivo a participação popular e realização de audiências públicas durante os processos de elaboração e discussão do plano de saúde.

Relatório de Gestão

Os Gestores deverão elaborar relatório de gestão detalhado do quadrimestre anterior, contendo percentual mínimo aplicado em saúde no período, número de auditorias realizadas e oferta e produção de serviços públicos na rede assistencial própria, contratada e conveniada, cotejando os indicadores de saúde da população envolvida. O mesmo deverá ser apresentado nos meses de maio, setembro e fevereiro de cada ano, pelo gestor municipal, em audiência pública na respectiva Câmara de Vereadores, além de encaminhar exemplar ao Conselho Municipal de Saúde.

O Modelo¹¹ de apresentação do citado Relatório será aquele aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde e pactuado na Comissão Intergestores Tripartite, a ser publicado em Portaria Ministerial. A estrutura do Relatório Quadrimestral irá manter similaridade com a do Relatório Anual de Gestão - RAG.

O Relatório de Gestão é o instrumento de comprovação da aplicação dos recursos e tem a finalidade de apresentar os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde, orientar a elaboração da nova programação anual, bem como eventuais redirecionamentos que se fizerem necessários no Plano de Saúde, nas três esferas de direção do Sistema.

11. Atualmente o modelo de relatório está definido na Resolução CNS nº 459.

O RAG deverá ser encaminhado ao conselho de saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento das normas estatuídas pela Lei Complementar 141.

Para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) deve ser utilizado o SARGSUS, que é um sistema de utilização obrigatória, conforme Portaria GM/MS nº 575, de 29/03/12. No SARGSUS também é feita a postagem obrigatória dos planos de saúde e das programações anuais de saúde, com as correspondentes resoluções dos conselhos para cada um desses instrumentos (RAG, PAS e PS).

Controle Externo

A Administração Pública é fiscalizada por meio de um controle externo, realizado pelo Poder Legislativo diretamente ou com o auxílio dos respectivos Tribunais de Contas, de um controle interno e do conselho de saúde, sendo fiscalizado o cumprimento da 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.

Para fins de subsidiar a realização de ações de controle e fiscalização, os municípios disponibilizarão aos respectivos tribunais de contas informações de cumprimento dos dispositivos da Lei Complementar.

Sistema de informações sobre orçamentos públicos em saúde

O Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos dos Municípios, Estados e União. Por meio de seu preenchimento realiza-se o cálculo automático dos recursos aplicados em ações e serviços de saúde.

Portanto, o SIOPS fornece informações financeiras abrangentes que auxiliam o gestor na tomada de decisão e também fortalece a transparência da gestão dos recursos públicos.

A Lei Complementar 141 tornou obrigatório o uso do SIOPS ou outro sistema que venha a substituí-lo (art. 39, § 1º). O preenchimento do sistema além de obrigatório, tem fé pública, deverá ser realizado bimestralmente, obedecendo ao calendário de apresentação do Relatório Resumido de Execuções Orçamentárias – RREO, conforme previsto na legislação.

O não preenchimento do sistema e a homologação dos dados acarretará a suspensão das transferências constitucionais e voluntárias destinadas ao município. Portanto, fique atento aos prazos de entrega da declaração sobre receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde no SIOPS.

SAIBA MAIS

As regras de preenchimento do SIOPS e a regulamentação das hipóteses de suspensão e condicionamento das transferências constitucionais e voluntárias, quer pelo não preenchimento do sistema, quer pelo não cumprimento do mínimo constitucional estão no Decreto 7.827/12. Veja o texto completo do decreto nos anexos.

COOPERAÇÃO TÉCNICA-FINANCEIRA DA UNIÃO

A lei complementar também estabelece a previsão de cooperação técnica e financeira pela União junto aos Estados e Municípios no tocante a organização e modernização dos fundos de saúde.

EDUCAÇÃO PERMANENTE PARA CONSELHEIROS DE SAÚDE

No âmbito de cada ente da Federação, o gestor do SUS também disponibilizará capacitações aos respectivos conselheiros de saúde, priorizando aqueles representantes de usuários e dos trabalhadores, para qualificar suas ações no controle social.

RESPONSABILIZAÇÃO

É oportuno salientar que a Lei Complementar traz em sua estrutura o artigo 46 que especifica as legislações específicas de responsabilização do gestor em virtude de infrações cometidas nos casos de descumprimento das regras contidas neste dispositivo legal. O Gestor poderá responder penal, administrativa ou civilmente, por crime de responsabilidade e/ou por ato de improbidade administrativa.

Apesar de alguns retrocessos, não se pode negar os avanços alcançados com a publicação desta Lei Complementar para a Gestão do SUS, como a definição de forma clara das despesas com ações e serviços de saúde; a fixação das responsabilidades pelo planejamento ascendente; além do estabelecimento de mecanismos de transparência e visibilidade.

Prazos e Providências Estabelecidos Pela Lc 141

PRAZOS	PROVIDENCIAS
RELATORIO QUADRIMESTRAL	
30 DE MAIO	Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, o Relatório Detalhado do Primeiro Quadrimestre do Exercício.
30 DE SETEMBRO	Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, o Relatório Detalhado do Segundo Quadrimestre do Exercício.
28 DE FEVEREIRO	Apresentação no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores, o Relatório Detalhado do Terceiro Quadrimestre do Exercício Anterior.
RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO	
30 DE MARÇO	Elaboração e envio do RAG ao Conselho de Saúde
PREENCHIMENTO DO SIOPS	
30 MARÇO	1º bimestre
30 DE MAIO	2º bimestre

30 DE JULHO	3º bimestre
30 DE SETEMBRO	4º bimestre
30 DE NOVEMBRO	5º bimestre
30 DE JANEIRO	6º bimestre (fim do exercício anterior)
PLANO PLURIANUAL - PPA	
30 AGOSTO	Entrega do Projeto de Lei a Câmara de Vereadores
DEZEMBRO Encerramento da sessão legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo
LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS	
15 ABRIL	Entrega do Projeto de Lei a Câmara de Vereadores
JUNHO Encerramento do Primeiro Período da Sessão Legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo
LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL	
30 de AGOSTO	Entrega do Projeto de Lei a Câmara de Vereadores
DEZEMBRO Encerramento da sessão legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo

PRAZOS	PROVIDENCIAS
30 DE JANEIRO	Preenchimento do SIOPS anual referente exercício anterior
30 DE JANEIRO	Preenchimento do SIOPS referente ao 6º bimestre do exercício anterior
28 DE FEVEREIRO	Apresentação do RELATÓRIO QUADRIMESTRAL no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores referente ao Terceiro Quadrimestre do Exercício Anterior
30 DE MARÇO	Envio do RELATÓRIO ANUAL DE GESTÃO ao Conselho de Saúde
30 MARÇO	Preenchimento do SIOPS referente ao 1º bimestre
15 ABRIL	Entrega do Projeto de LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS na Câmara de Vereadores
30 DE MAIO	Apresentação do RELATÓRIO QUADRIMESTRAL no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores referente ao Primeiro Quadrimestre do Exercício
30 DE MAIO	Preenchimento do SIOPS referente ao 2º bimestre
JUNHO Encerramento do Primeiro Período da Sessão Legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo da LEI DE DIRETRIZES ORÇAMENTÁRIAS
30 DE JULHO	Preenchimento do SIOPS referente ao 3º bimestre

30 AGOSTO	Entrega do Projeto de Lei do PLANO PLURIANUAL - PPA na Câmara de Vereadores
30 DE AGOSTO	Entrega do Projeto de LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL na Câmara de Vereadores
30 DE SETEMBRO	Apresentação do RELATÓRIO QUADRIMESTRAL no Conselho Municipal de Saúde e na Câmara dos Vereadores referente ao Primeiro Quadrimestre do Exercício
30 DE SETEMBRO	Preenchimento do SIOPS referente ao 4º bimestre
30 DE NOVEMBRO	Preenchimento do SIOPS referente ao 5º bimestre
DEZEMBRO Encerramento da sessão legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo do PLANO PLURIANUAL - PPA
DEZEMBRO Encerramento da sessão legislativa	Sanção do Chefe do Poder Executivo da LEI ORÇAMENTÁRIA ANUAL

Referencias Bibliográficas

Brasil, Constituição da República Federativa do Brasil, 1988 – Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil, Decreto 7.827, de 16 de outubro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Decreto/D7827.htm

Brasil, Emenda Constitucional 86, de 17 de março de 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc86.htm

Brasil, Lei Complementar 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm

Brasil. Secretaria do Tesouro Nacional. Manual de Demonstrativos Fiscais: aplicado à União e aos Estados, Distrito Federal e Municípios. Ministério da Fazenda, Secretaria do Tesouro Nacional. – 6a ed. – Brasília, 2014. Disponível em http://www.tesouro.fazenda.gov.br/contabilidade_governamental/manuais.asp

Pereira, L S Blenda - Os fundos municipais de saúde: uma análise dos municípios das capitais brasileiras. Dissertação de mestrado, 2013. Universidade Nacional de Brasília. Brasília/DF. Disponível em: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14968/1/2013_BlendaLeiteSaturninoPereira.pdf

Pinto, Élide Graziane e Sarlet, Ingo Wolfgang. Regime previsto na EC 86/2015 deve ser piso e não o teto de gasto em saúde. Consultor Jurídico, 24/03/2015. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/gasto-saude-previsto-ec-862015-piso-nao-teto#author>

Santos, Lenir – SUS e a Lei Complementar 141 comentada. Campinas, SP: Saberes Editora, 2012.

Scaff, Fernando Facury. Surge o orçamento impositivo à brasileira pela Emenda Constitucional 86”. Consultor Jurídico, 24/03/2015. Disponível em: <http://www.conjur.com.br/2015-mar-24/contas-vista-surge-orcamento-impositivo-brasileira-ec-86>

Silva, F B Gilberto e Silva, Mauro - A Lei Complementar nº 141/2012 e o gestor público da saúde – Rio de Janeiro, RJ; COSEMS RJ – 2012 - Disponível em: http://www.cosemsrj.org.br/images/publicacao_juridica_cosemsrj_baixa.pdf

Carvalho, Gilson – Comentários a Lei Complementar 141 – Disponível em: http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/material%20noticias/analise_Gilson_Carvalho_lei_emenda_29.pdf



Anexos

ANEXO I

LEI COMPLEMENTAR Nº 141, DE 13 DE JANEIRO DE 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.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei Complementar:

CAPÍTULO I

DISPOSIÇÕES PRELIMINARES

Art. 10 Esta Lei Complementar institui, nos termos do § 30 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.

CAPÍTULO II

DAS AÇÕES E DOS SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 20 Para fins de apuração da aplicação dos recursos mínimos estabelecidos nesta Lei Complementar, considerar-se-ão como despesas com ações e serviços públicos de saúde aquelas voltadas para a promoção, proteção e recuperação da saúde que atendam, simultaneamente, aos princípios estatuídos no art. 70 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e às seguintes diretrizes:

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

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

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

Parágrafo único. Além de atender aos critérios estabelecidos no caput, as despesas com ações e serviços públicos de saúde realizadas pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios deverão ser financiadas com recursos movimentados por meio dos respectivos fundos de saúde.

Art. 30 Observadas as disposições do art. 200 da Constituição Federal, do art. 6º da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e do art. 20 desta Lei Complementar, para efeito da apuração da aplicação dos recursos mínimos aqui estabelecidos, serão consideradas despesas com ações e serviços públicos de saúde as referentes a:

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

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

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

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

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

VI - saneamento básico de domicílios ou de pequenas comunidades, desde que seja aprovado pelo Conselho de Saúde do ente da Federação financiador da ação e esteja de acordo com as diretrizes das demais determinações previstas nesta Lei Complementar;

VII - saneamento básico dos distritos sanitários especiais indígenas e de comunidades remanescentes de quilombos;

VIII - manejo ambiental vinculado diretamente ao controle de vetores de doenças;

IX - investimento na rede física do SUS, incluindo a execução de obras de recuperação, reforma, ampliação e construção de estabelecimentos públicos de saúde;

X - remuneração do pessoal ativo da área de saúde em atividade nas ações de que trata este artigo, incluindo os encargos sociais;

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

XII - gestão do sistema público de saúde e operação de unidades prestadoras de serviços públicos de saúde.

Art. 40 Não constituirão despesas com ações e serviços públicos de saúde, para fins de apuração dos percentuais mínimos de que trata esta Lei Complementar, aquelas decorrentes de:

I - pagamento de aposentadorias e pensões, inclusive dos servidores da saúde;

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

III - assistência à saúde que não atenda ao princípio de acesso universal;

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

V - saneamento básico, inclusive quanto às ações financiadas e mantidas com recursos provenientes de taxas, tarifas ou preços públicos instituídos para essa finalidade;

VI - limpeza urbana e remoção de resíduos;

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

VIII - ações de assistência social;

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

X - ações e serviços públicos de saúde custeados com recursos distintos dos especificados na base de cálculo definida nesta Lei Complementar ou vinculados a fundos específicos distintos daqueles da saúde.

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

Seção I

Dos Recursos Mínimos

Art. 50 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.

§ 1º (VETADO).

§ 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.

§ 3º (VETADO).

§ 4º (VETADO).

§ 5º (VETADO).

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.

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 da Constituição Federal.

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 8º O Distrito Federal aplicará, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde, no mínimo, 12% (doze por cento) do produto da arrecadação direta dos impostos que não possam ser segregados em base estadual e em base municipal.

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. 10. Para efeito do cálculo do montante de recursos previsto no § 3º do art. 5º e nos arts. 6º e 7º, devem ser considerados os recursos decorrentes da dívida ativa, da multa e dos juros de mora provenientes dos impostos e da sua respectiva dívida ativa.

Art. 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.

Seção II

Do Repasse e Aplicação dos Recursos Mínimos

Art. 12. Os recursos da União serão repassados ao Fundo Nacional de Saúde e às demais unidades orçamentárias que compõem o órgão Ministério da Saúde, para ser aplicados em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 13. (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º Os recursos da União previstos nesta Lei Complementar serão transferidos aos demais entes da Federação e movimentados, até a sua destinação final, em contas específicas mantidas em instituição financeira oficial federal, observados os critérios e procedimentos definidos em ato próprio do Chefe do Poder Executivo da União.

§ 3º (VETADO).

§ 4º A movimentação dos recursos repassados aos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios deve realizar-se, exclusivamente, 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. 14. O Fundo de Saúde, instituído por lei e mantido em funcionamento pela administração direta da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, constituir-se-á em unidade orçamentária e gestora dos recursos destinados a ações e serviços públicos de saúde, ressalvados os recursos repassados diretamente às unidades vinculadas ao Ministério da Saúde.

Art. 15. (VETADO).

Art. 16. O repasse dos recursos previstos nos arts. 6º a 8º será feito diretamente ao Fundo de Saúde do respectivo ente

da Federação e, no caso da União, também às demais unidades orçamentárias do Ministério da Saúde.

§ 1o (VETADO).

§ 2o (VETADO).

§ 3o As instituições financeiras referidas no § 3o do art. 164 da Constituição Federal são obrigadas a evidenciar, nos demonstrativos financeiros das contas correntes do ente da Federação, divulgados inclusive em meio eletrônico, os valores globais das transferências e as parcelas correspondentes destinadas ao Fundo de Saúde, quando adotada a sistemática prevista no § 2o deste artigo, observadas as normas editadas pelo Banco Central do Brasil.

§ 4o (VETADO).

Seção III

Da Movimentação dos Recursos da União

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.

§ 3º O Poder Executivo, na forma estabelecida no inciso I do caput do art. 90 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, manterá os Conselhos de Saúde e os Tribunais de Contas de cada ente da Federação informados sobre o montante de recursos previsto para transferência da União para Estados, Distrito Federal e Municípios com base no Plano Nacional de Saúde, no termo de compromisso de gestão firmado entre a União, Estados e Municípios.

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.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos federais poderão ser transferidos aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre a União e os demais entes da Federação, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

Seção IV

Da Movimentação dos Recursos dos Estados

Art. 19. O rateio dos recursos dos Estados transferidos aos Municípios para ações e serviços públicos de saúde será realizado segundo o critério de necessidades de saúde da população e levará em consideração as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica e espacial e a capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, observada a necessidade de reduzir as desigualdades regionais, nos termos do inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

§ 1º 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.

§ 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. 20. As transferências dos Estados para os Municípios destinadas a financiar ações e serviços públicos de saúde serão realizadas diretamente aos Fundos Municipais de Saúde, de forma regular e automática, em conformidade com os critérios de transferência aprovados pelo respectivo Conselho de Saúde.

Parágrafo único. Em situações específicas, os recursos estaduais poderão ser repassados aos Fundos de Saúde por meio de transferência voluntária realizada entre o Estado e seus Municípios, adotados quaisquer dos meios formais previstos no inciso VI do art. 71 da Constituição Federal, observadas as normas de financiamento.

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.

Seção V

Disposições Gerais

Art. 22. É vedada a exigência de restrição à entrega dos recursos referidos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal na modalidade regular e automática prevista nesta Lei Complementar, os quais são considerados transferência obrigatória destinada ao custeio de ações e serviços públicos de saúde no âmbito do SUS, sobre a qual não se aplicam as vedações do inciso X do art. 167 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Parágrafo único. A vedação prevista no caput não impede a União e os Estados de condicionarem a entrega dos recursos:

I - à instituição e ao funcionamento do Fundo e do Conselho de Saúde no âmbito do ente da Federação; e

II - à elaboração do Plano 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.

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.

§ 10 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.

§ 20 Na hipótese prevista no § 10, 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.

§ 30 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 10 de janeiro de 2000, visando ao financiamento de ações e serviços públicos de saúde.

§ 40 Não serão consideradas para fins de apuração dos mínimos constitucionais definidos nesta Lei Complementar as ações e serviços públicos de saúde referidos no art. 30:

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;

II - (VETADO).

Art. 25. Eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos previstos nesta Lei Complementar deverá, observado o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis.

Parágrafo único. Compete ao Tribunal de Contas, no âmbito de suas atribuições, verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde de cada ente da Federação sob sua jurisdição, sem prejuízo do disposto no art. 39 e observadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar.

Art. 26. Para fins de efetivação do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal, o condi-

cionamento da entrega de recursos poderá ser feito mediante exigência da comprovação de aplicação adicional do percentual mínimo que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício imediatamente anterior, apurado e divulgado segundo as normas estabelecidas nesta Lei Complementar, depois de expirado o prazo para publicação dos demonstrativos do encerramento do exercício previstos no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 10 No caso de descumprimento dos percentuais mínimos pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, verificado a partir da fiscalização dos Tribunais de Contas ou das informações declaradas e homologadas na forma do sistema eletrônico instituído nesta Lei Complementar, a União e os Estados poderão restringir, a título de medida preliminar, o repasse dos recursos referidos nos incisos II e III do § 2º do art. 198 da Constituição Federal ao emprego em ações e serviços públicos de saúde, até o montante correspondente à parcela do mínimo que deixou de ser aplicada em exercícios anteriores, mediante depósito direto na conta corrente vinculada ao Fundo de Saúde, sem prejuízo do condicionamento da entrega dos recursos à comprovação prevista no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal.

§ 20 Os Poderes Executivos da União e de cada Estado editarão, no prazo de 90 (noventa) dias a partir da vigência desta Lei Complementar, atos próprios estabelecendo os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências constitucionais de que trata o § 10, a serem adotados caso os recursos repassados diretamente à conta do Fundo de Saúde não sejam efetivamente aplicados no prazo fixado por cada ente, o qual não poderá exceder a 12 (doze) meses contados a partir da data em que ocorrer o referido repasse.

§ 30 Os efeitos das medidas restritivas previstas neste artigo serão suspensos imediatamente após a comprovação por parte do ente da Federação beneficiário da aplicação adicional do montante referente ao percentual que deixou de ser aplicado, obser-

vadas as normas estatuídas nesta Lei Complementar, sem prejuízo do percentual mínimo a ser aplicado no exercício corrente.

§ 40 A medida prevista no caput será restabelecida se houver interrupção do cumprimento do disposto neste artigo ou se for constatado erro ou fraude, sem prejuízo das sanções cabíveis ao agente que agir, induzir ou concorrer, direta ou indiretamente, para a prática do ato fraudulento.

§ 50 Na hipótese de descumprimento dos percentuais mínimos de saúde por parte dos Estados, do Distrito Federal ou dos Municípios, as transferências voluntárias da União e dos Estados poderão ser restabelecidas desde que o ente beneficiário comprove o cumprimento das disposições estatuídas neste artigo, sem prejuízo das exigências, restrições e sanções previstas na legislação vigente.

Art. 27. Quando os órgãos de controle interno do ente beneficiário, do ente transferidor ou o Ministério da Saúde detectarem que os recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição Federal estão sendo utilizados em ações e serviços diversos dos previstos no art. 30 desta Lei Complementar, ou em objeto de saúde diverso do originalmente pactuado, darão ciência ao Tribunal de Contas e ao Ministério Público competentes, de acordo com a origem do recurso, com vistas:

I - à adoção das providências legais, no sentido de determinar a imediata devolução dos referidos recursos ao Fundo de Saúde do ente da Federação beneficiário, devidamente atualizados por índice oficial adotado pelo ente transferidor, visando ao cumprimento do objetivo do repasse;

II - à responsabilização nas esferas competentes.

Art. 28. São vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira que comprometam a aplicação dos recursos mínimos de que tratam os arts. 50 a 70.

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.

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.

§ 10 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.

§ 20 Os planos e metas regionais resultantes das pactuações intermunicipais constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

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

§ 40 Caberá aos Conselhos de Saúde deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.

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

Seção I

Da Transparência e Visibilidade da Gestão da Saúde

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.

Seção II

Da Escrituração e Consolidação das Contas da Saúde

Art. 32. Os órgãos de saúde da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios manterão registro contábil relativo às despesas efetuadas com ações e serviços públicos de saúde.

Parágrafo único. As normas gerais para fins do registro de que trata o caput serão editadas pelo órgão central de contabilidade da União, observada a necessidade de segregação das informações, com vistas a dar cumprimento às disposições desta Lei Complementar.

Art. 33. O gestor de saúde promoverá a consolidação das contas referentes às despesas com ações e serviços públicos de saúde executadas por órgãos e entidades da administração direta e indireta do respectivo ente da Federação.

Seção III

Da Prestação de Contas

Art. 34. A prestação de contas prevista no art. 37 conterà demonstrativo das despesas com saúde integrante do Relatório Resumido da Execução Orçamentária, a fim de subsidiar a emissão do parecer prévio de que trata o art. 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 35. As receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que acompanhará o relatório de que trata o § 30 do art. 165 da Constituição Federal.

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.

§ 10 A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios deverão comprovar a observância do disposto neste artigo mediante o envio de Relatório de Gestão ao respectivo Conselho de Saúde, até o dia 30 de março do ano seguinte ao da execução financeira, cabendo ao Conselho emitir parecer conclusivo sobre o cumprimento ou não das normas estatuídas nesta Lei Complementar, ao qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público, sem prejuízo do disposto nos arts. 56 e 57 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 20 Os entes da Federação deverão encaminhar a programação anual do Plano de Saúde ao respectivo Conselho de Saúde, para aprovação antes da data de encaminhamento da lei de diretrizes orçamentárias do exercício correspondente, à qual será dada ampla divulgação, inclusive em meios eletrônicos de acesso público.

§ 30 Anualmente, os entes da Federação atualizarão o cadastro no Sistema de que trata o art. 39 desta Lei Complementar, com menção às exigências deste artigo, além de indicar a data de aprovação do Relatório de Gestão pelo respectivo Conselho de Saúde.

§ 40 O Relatório de que trata o caput será elaborado de acordo com modelo padronizado aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde, devendo-se adotar modelo simplificado para Municípios com população inferior a 50.000 (cinquenta mil habitantes).

§ 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.

Seção IV

Da Fiscalização da Gestão da Saúde

Art. 37. Os órgãos fiscalizadores examinarão, prioritariamente, na prestação de contas de recursos públicos prevista no art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, o cumprimento do disposto no art. 198 da Constituição Federal e nesta Lei Complementar.

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.

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.

§ 10 O Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde (Siops), ou outro sistema que venha a substituí-lo, será desenvolvido com observância dos seguintes requisitos mínimos, além de outros estabelecidos pelo Ministério da Saúde mediante regulamento:

I - obrigatoriedade de registro e atualização permanente dos dados pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios;

II - processos informatizados de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - realização de cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos nesta Lei Complementar, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde consideradas para fins de emissão do parecer prévio divulgado nos termos dos arts. 48 e 56 da Lei Complementar no 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS;

VI - integração, mediante processamento automático, das informações do Siops ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle das disposições do inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição Federal e do art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 20 Atribui-se ao gestor de saúde declarante dos dados contidos no sistema especificado no caput a responsabilidade pelo registro dos dados no Siops nos prazos definidos, assim

como pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais se conferirá fé pública para todos os fins previstos nesta Lei Complementar e na legislação concernente.

§ 30 O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do sistema informatizado, bem como os prazos para o registro e homologação das informações no Siops, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

§ 40 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. 40 da Lei no 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

§ 50 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.

§ 60 O descumprimento do disposto neste artigo implicará a suspensão das transferências voluntárias entre os entes da Federação, observadas as normas estatuídas no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000.

Art. 40. Os Poderes Executivos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios disponibilizarão, aos respectivos Tribunais de Contas, informações sobre o cumprimento desta Lei Complementar, com a finalidade de subsidiar as ações de controle e fiscalização.

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

Art. 41. Os Conselhos de Saúde, no âmbito de suas atribuições, avaliarão a cada quadrimestre o relatório consolidado do resultado da execução orçamentária e financeira no âmbito da saúde e o relatório do gestor da saúde sobre a repercussão da execução desta Lei Complementar nas condições de saúde e na qualidade dos serviços de saúde das populações respectivas e encaminhará ao Chefe do Poder Executivo do respectivo ente da Federação as indicações para que sejam adotadas as medidas corretivas necessárias.

Art. 42. Os órgãos do sistema de auditoria, controle e avaliação do SUS, no âmbito da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, deverão verificar, pelo sistema de amostragem, o cumprimento do disposto nesta Lei Complementar, além de verificar a veracidade das informações constantes do Relatório de Gestão, com ênfase na verificação presencial dos resultados alcançados no relatório de saúde, sem prejuízo do acompanhamento pelos órgãos de controle externo e pelo Ministério Público com jurisdição no território do ente da Federação.

CAPÍTULO V

DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

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.

§ 10 A cooperação técnica consiste na implementação de processos de educação na saúde e na transferência de tecnologia visando à operacionalização do sistema eletrônico de que trata o art. 39, bem como na formulação e disponibilização de indicadores para a avaliação da qualidade das ações e serviços públicos de saúde, que deverão ser submetidos à apreciação dos respectivos Conselhos de Saúde.

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

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.

Art. 45. (VETADO).

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.

Art. 47. Revogam-se o § 10 do art. 35 da Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o art. 12 da Lei no 8.689, de 27 de julho de 1993.

Art. 48. Esta Lei Complementar entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 13 de janeiro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

Dilma Rousseff

José Eduardo Cardozo

Guido Mantega

Alexandre Rocha Santos Padilha

Eva Maria Cella Dal Chiavon

Luís Inácio Lucena Adams

Anexo II

DECRETO Nº 7.827, DE 16 DE OUTUBRO DE 2012

Regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, e dá outras providências.

A PRESIDENTA DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, **caput**, incisos IV e VI, alínea “a”, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012,

DECRETA:

Art. 1º Este Decreto regulamenta os procedimentos de condicionamento e restabelecimento das transferências de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159 da Constituição, dispõe sobre os procedimentos de suspensão e restabelecimento das transferências voluntárias da União, nos casos de descumprimento da aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde de que trata a Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012.

CAPÍTULO I

DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES SOBRE ORÇAMENTOS PÚBLICOS EM SAÚDE

Art. 2º O Sistema de Informações Sobre Orçamentos Públicos

em Saúde - SIOPS é o sistema informatizado de acesso público, gerido pelo Ministério da Saúde, para o registro eletrônico centralizado das informações de saúde referentes aos orçamentos públicos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 3º O SIOPS será estruturado pelo Ministério da Saúde, observados os seguintes requisitos mínimos:

I - registro obrigatório e atualização permanente dos dados no Sistema pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

II - informatização dos processos de declaração, armazenamento e exportação dos dados;

III - disponibilização do programa de declaração aos gestores do Sistema Único de Saúde - SUS no âmbito de cada ente da Federação, preferencialmente em meio eletrônico de acesso público;

IV - cálculo automático dos recursos mínimos aplicados em ações e serviços públicos de saúde previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012, que deve constituir fonte de informação para elaboração dos demonstrativos contábeis e extracontábeis;

V - previsão de módulo específico de controle externo, para registro, por parte do Tribunal de Contas com jurisdição no território de cada ente da Federação, das informações sobre a aplicação dos recursos em ações e serviços públicos de saúde para emissão do parecer prévio divulgado nos termos do art. 48 e art. 56 da Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, sem prejuízo das informações declaradas e homologadas pelos gestores do SUS; e

VI - integração das informações do SIOPS, por meio de processamento automático, ao sistema eletrônico centralizado de controle das transferências da União aos demais entes da Federação mantido pelo Ministério da Fazenda, para fins de controle do cumprimento do disposto no inciso II do parágrafo único do art. 160 da Constituição e no art. 25 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 4º O gestor do SUS de cada ente da Federação será responsável pelo registro dos dados no SIOPS nos prazos defini-

dos pelo Ministério da Saúde, e pela fidedignidade dos dados homologados, aos quais será conferida fé pública para os fins previstos na Lei Complementar nº 141, de 2012.

Art. 5º O Ministério da Saúde estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS e os prazos para o registro e homologação das informações no Sistema, conforme pactuado entre os gestores do SUS, observado o disposto no art. 52 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 6º Os resultados do monitoramento e avaliação previstos neste Capítulo serão apresentados de forma objetiva, inclusive por meio de indicadores, e integrarão os relatórios de gestão dos entes federativos, conforme o disposto no inciso IV do caput do art. 4º da Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990.

CAPÍTULO II

DA VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO DOS PERCENTUAIS MÍNIMOS EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Art. 7º Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação do cumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais e suspensão das transferências voluntárias, em cumprimento ao disposto no § 1º do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Parágrafo único. A ausência de homologação das informações de que trata o caput no prazo de até trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício será considerada, para todos os fins, presunção de descumprimento de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

Art. 8º O cumprimento ou o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao:

I - serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias, ou outro que venha a substituí-lo; e

II - agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o art. 158, caput, inciso II, e o art. 159, caput, inciso I, alíneas “a” e “b”, e inciso II, da Constituição.

§ 1º O SIOPS enviará diariamente, por via eletrônica, ao serviço auxiliar de informações para transferências voluntárias a que se refere o inciso I do caput a relação dos entes da Federação que não aplicaram os percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde fixados nos arts. 6º e 8º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou que se enquadrem na situação descrita no parágrafo único do art. 7º deste Decreto.

§ 2º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União para os demais entes federativos, por meio eletrônico, no mínimo, as seguintes informações:

I - valor em moeda corrente que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde pelo ente federativo em exercício anterior, em descumprimento à exigência de aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde;

II - número da conta corrente e domicílio bancário do Fundo de Saúde do ente federativo; e

III - relação dos entes federativos que não apresentaram informações homologadas no SIOPS no prazo de trinta dias após o encerramento do último bimestre de cada exercício, conforme disposto no parágrafo único do art. 7º.

§ 3º As informações de que trata o § 2º serão enviadas até o quinto dia útil:

I - do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do Relatório Resumido de Execução Orçamentária - RREO.

II - da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação

do descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde; e

III - do depósito do montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde a que se refere o art. 15 pelo Estado no Fundo de Saúde Municipal.

CAPÍTULO III

DA VERIFICAÇÃO DA APLICAÇÃO EFETIVA DO MONTANTE QUE DEIXOU DE SER APLICADO EM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE EM EXERCÍCIOS ANTERIORES

Art. 9º Sem prejuízo das atribuições próprias do Poder Legislativo e dos Tribunais de Contas, a verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, para fins de suspensão das transferências constitucionais, em cumprimento ao disposto no caput do art. 26 da Lei Complementar nº 141, de 2012, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Art. 10. O descumprimento da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores será informado ao Ministério da Fazenda, por meio de processamento automático das informações homologadas no SIOPS ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União aos demais entes federativos, para fins de suspensão das transferências constitucionais de que trata a Subseção II da Seção I do Capítulo IV.

§ 1º O SIOPS enviará ao agente financeiro responsável pela operacionalização das transferências constitucionais da União, por meio eletrônico, a relação dos entes federativos que não comprovaram a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 2º As informações a que se refere o § 1º serão enviadas até o quinto dia útil:

I - do decurso do prazo para publicação do demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde

do RREO imediatamente posterior aos doze meses contados da data em que ocorrer o primeiro depósito; e

II - da retificação de informações nos módulos específicos disponibilizados pelo SIOPS, em caso de alteração na verificação da aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

CAPÍTULO IV

DO CONDICIONAMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E DA SUSPENSÃO DAS TRANSFERÊNCIAS VOLUNTÁRIAS

Art. 11. Em caso de verificação de descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde e de não aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores, na forma dos arts. 7º a 10, a União:

I - condicionará o repasse de recursos provenientes das receitas de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição, após processadas as retenções, destinações, deduções e bloqueio de seu interesse; e

II - suspenderá as transferências voluntárias.

Seção I

Do Condicionamento das Transferências Constitucionais

Art. 12. O condicionamento das transferências constitucionais de que tratam o inciso II do caput do art. 158, as alíneas “a” e “b” do inciso I e o inciso II do caput do art. 159, da Constituição ocorrerá por meio de:

I - medida preliminar de direcionamento das transferências constitucionais para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário; ou

II - suspensão das transferências constitucionais.

Subseção I

Da Medida Preliminar de Direcionamento das Transferências para a Conta Vinculada ao Fundo de Saúde

Art. 13. O direcionamento das transferências de que trata o art. 12 para a conta vinculada ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário ocorrerá quando as informações homologadas no SIOPS indicarem o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 1º O direcionamento previsto no caput corresponderá ao montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior.

§ 2º Para a preservação do cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em saúde no exercício corrente, os depósitos em conta vinculada ao Fundo de Saúde não poderão superar:

I - doze por cento dos repasses decendiais, no caso de Estados e Distrito Federal; e

II - quinze por cento dos repasses decendiais, no caso de Municípios.

§ 3º O direcionamento previsto no caput será encerrado caso comprovado o depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde da integralidade do montante necessário ao cumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior, sem prejuízo do cumprimento do limite relativo ao exercício financeiro corrente.

§ 4º Verificado o depósito na conta vinculada do Fundo de Saúde de valor superior ao necessário, em decorrência de procedimento de retificação ou do procedimento previsto no art. 15, os recursos permanecerão depositados a título de antecipação do montante a ser aplicado no exercício corrente.

§ 5º Não será aplicada a medida preliminar prevista no caput na hipótese de não declaração e homologação das informações no SIOPS.

Art. 14. O agente financeiro da União enviará ao SIOPS arquivo eletrônico contendo informação do valor em moeda corrente depositado na conta corrente do Fundo de Saúde do ente federativo até o quinto dia útil após a efetivação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do caput do art. 12, ao qual será permitido acesso público.

Art. 15. A limitação do direcionamento das transferências de que trata o inciso I do caput do art. 12 ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde no exercício anterior para os Municípios considerará as restrições efetivadas pela União e pelos Estados.

Parágrafo único. A atuação complementar e interativa da União e dos Estados na aplicação do direcionamento a que se refere o inciso I do caput do art. 12 será viabilizada por meio de :

I - consulta ao SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente depositado pelo agente financeiro da União na conta corrente do Fundo de Saúde; e

II - registro no SIOPS, pelo Estado em cujo território se localize o Município, do valor em moeda corrente pelo Estado depositado na conta corrente do Fundo de Saúde.

Subseção II

Da Suspensão das Transferências Constitucionais

Art. 16. As transferências de recursos constitucionais de que trata o art. 12 serão suspensas quando:

I - adotada a medida preliminar a que se refere a Subseção I, o ente federativo não comprovar no SIOPS, no prazo de doze meses, contado do depósito da primeira parcela direcionada ao Fundo de Saúde, a aplicação efetiva do montante que deixou de ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores; ou

II - não houver declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere

o art. 4º. (Vide Decreto nº 8.201, de 2014)

Art. 17. A suspensão de que trata o art. 16 será informada ao SIOPS até o quinto dia útil após sua efetivação pelo agente financeiro da União.

Seção II

Da Suspensão das Transferências Voluntárias

Art. 18. As transferências voluntárias da União serão suspensas:

I - quando constatado o descumprimento da aplicação dos percentuais mínimos em ações e serviços públicos de saúde pelos Estados e Municípios; e

II - na ausência de declaração e homologação das informações no SIOPS, transcorrido o prazo de trinta dias da emissão de notificação automática do Sistema para os gestores a que se refere o art. 4º.

CAPÍTULO V

DO RESTABELECIMENTO DAS TRANSFERÊNCIAS CONSTITUCIONAIS E VOLUNTÁRIAS DA UNIÃO

Art. 19. A verificação da aplicação efetiva do adicional depositado na conta do Fundo de Saúde que deixou de ser aplicado pelo ente federativo em exercício anterior e que deu causa ao descumprimento da aplicação do percentual mínimo em ações e serviços de saúde, será realizada por meio das informações homologadas no SIOPS.

Parágrafo único. A verificação a que se refere o caput será realizada por meio dos demonstrativos das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde do RREO disponibilizados a partir do bimestre imediatamente subsequente ao primeiro depósito na conta vinculada ao Fundo de Saúde e se estenderá até doze meses, contados da data do primeiro depósito.

Art. 20. As transferências constitucionais de que trata o art. 12 e as transferências voluntárias da União serão restabelecidas quando o ente federativo beneficiário comprovar, por meio de demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços pú-

blicos de saúde do RREO, a aplicação efetiva do adicional relativo ao montante não aplicado em ações e serviços públicos de saúde em exercícios anteriores.

§ 1º Cumprido o disposto no caput, o prazo para restabelecimento das transferências constitucionais e voluntárias da União será de cinco dias úteis.

§ 2º A suspensão decorrente da ausência de informações homologadas no SIOPS, conforme disposto no inciso II do caput do art. 16, perderá efeito após a homologação das informações no sistema.

CAPÍTULO VI DOS PROCEDIMENTOS ORÇAMENTÁRIOS E CONTÁBEIS

Art. 21. A metodologia para verificação do cumprimento da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde integrará as normas gerais para consolidação das contas públicas editadas pelo órgão central de contabilidade da União.

CAPÍTULO VII DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 22. A audiência pública a que se refere o § 5º do art. 36 da Lei Complementar nº 141, de 2012, de periodicidade quadrimestral, utilizará as informações previstas:

I - no Relatório de Gestão do SUS; e

II - no RREO dos dois bimestres correspondentes, ressalvado o prazo semestral previsto na alínea “c” do inciso II do caput do art. 63 da Lei Complementar nº 101, de 2000.

Art. 23. Verificado o descumprimento das disposições da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou deste Decreto, ou detectada a aplicação de recursos federais em objeto diverso do originalmente pactuado, o Ministério da Saúde comunicará a irregularidade:

I - ao órgão de auditoria do SUS;

II - à direção local do SUS;

III - ao responsável pela administração orçamentária e finan-

ceira do ente federativo;

IV - aos órgãos de controle interno e externo do ente federativo;

V - ao Conselho de Saúde; e

VI - ao Ministério Público.

§ 1º A comunicação a que se refere o caput somente será encaminhada ao Tribunal de Contas competente e ao Ministério Público com atribuição para o caso após o esgotamento da via administrativa de controle interno do Ministério da Saúde, sem prejuízo do exercício autônomo das competências e atribuições previstas na legislação.

§ 2º A atuação dos destinatários da comunicação de que trata o caput terá como objetivo promover a imediata devolução dos recursos irregularmente aplicados ao Fundo de Saúde do ente federativo beneficiário, nos termos do inciso I do caput do art. 27 da Lei Complementar nº 141, de 2012.

§ 3º Para os fins do disposto no § 2º, em caso de aplicação de recursos previstos no inciso II do § 3º do art. 198 da Constituição em ações e serviços diversos dos previstos no art. 3º da Lei Complementar nº 141, de 2012, ou em objeto diverso do originalmente pactuado, a devolução será efetivada com recursos do Tesouro do ente federativo beneficiário.

Art. 24. A não observância dos procedimentos previstos neste Decreto sujeitará os infratores, nos termos do art. 46 da Lei Complementar nº 141, de 2012, às penalidades previstas no Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal, na Lei nº 1.079, de 10 de abril de 1950, no Decreto-Lei nº 201, de 27 de fevereiro de 1967, na Lei nº 8.429, de 2 de junho de 1992, sem prejuízo de outras previstas na legislação.

Art. 25. O Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão providenciará as modificações orçamentárias necessárias ao atendimento do disposto neste Decreto, no prazo de sessenta dias, contado da data de sua publicação.

Art. 26. Para atender o disposto nos arts. 26, 36, 39 e 43 da Lei Complementar nº 141, de 2012, e neste Decreto, o Ministério da Saúde:

I - estabelecerá as diretrizes para o funcionamento do SIOPS, no prazo de noventa dias, contado da data de publicação deste Decreto; e

II - disponibilizará nova versão do SIOPS até 20 de janeiro de 2013.

Art. 27. Este Decreto entra em vigor na data da sua publicação, produzindo efeitos a partir da execução orçamentária do ano de 2013.

§ 1º A verificação anual do cumprimento do limite mínimo dos recursos aplicados em ações e serviços públicos de saúde nos termos da Lei Complementar nº 141, de 2012, e deste Decreto, será realizada a partir do ano de 2014, com base na execução orçamentária do ano de 2013, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

§ 2º Os procedimentos de direcionamento, suspensão e restabelecimento de transferências de recursos nos termos deste Decreto serão realizados a partir do ano de 2014, sem prejuízo das exigências legais e controles adotados antes da entrada em vigor da Lei Complementar nº 141, de 2012.

Brasília, 16 de outubro de 2012; 191º da Independência e 124º da República.

Dilma Rousseff
Nelson Henrique Barbosa Filho
Alexandre Rocha Santos Padilha
Miriam Belchior
Luís Inácio Lucena Adams

Anexo III

EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 86, DE 17 DE MARÇO DE 2015

Altera os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal, para tornar obrigatória a execução da programação orçamentária que especifica.

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

Art. 1º Os arts. 165, 166 e 198 da Constituição Federal passam a vigorar com as seguintes alterações:

“Art. 165.

.....

§ 9º.....

.....

III - dispor sobre critérios para a execução equitativa, além de procedimentos que serão adotados quando houver impedimentos legais e técnicos, cumprimento de restos a pagar e limitação das programações de caráter obrigatório, para a realização do disposto no § 11 do art. 166.”(NR)

“Art. 166.

.....

§ 9º As emendas individuais ao projeto de lei orçamentária serão aprovadas no limite de 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida prevista no projeto encaminhado pelo Poder Executivo, sendo que a metade deste percentual será destinada a ações e serviços públicos de saúde.

§ 10. A execução do montante destinado a ações e serviços públicos de saúde previsto no § 9º, inclusive custeio, será computada para fins do cumprimento do inciso I do § 2º do art. 198, vedada a destinação para pagamento de pessoal ou encargos sociais.

§ 11. É obrigatória a execução orçamentária e financeira das programações a que se refere o § 9º deste artigo, em montante correspondente a 1,2% (um inteiro e dois décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior, conforme os critérios para a execução equitativa da programação definidos na lei complementar prevista no § 9º do art. 165.

§ 12. As programações orçamentárias previstas no § 9º deste artigo não serão de execução obrigatória nos casos dos impedimentos de ordem técnica.

§ 13. Quando a transferência obrigatória da União, para a execução da programação prevista no §11 deste artigo, for destinada a Estados, ao Distrito Federal e a Municípios, independará da adimplência do ente federativo destinatário e não integrará a base de cálculo da receita corrente líquida para fins de aplicação dos limites de despesa de pessoal de que trata o caput do art. 169.

§ 14. No caso de impedimento de ordem técnica, no empenho de despesa que integre a programação, na forma do § 11 deste artigo, serão adotadas as seguintes medidas:

I - até 120 (cento e vinte) dias após a publicação da lei orçamentária, o Poder Executivo, o Poder Legislativo, o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública enviarão ao Poder Legislativo as justificativas do impedimento;

II - até 30 (trinta) dias após o término do prazo previsto no inciso I, o Poder Legislativo indicará ao Poder Executivo o remanejamento da programação cujo impedimento seja insuperável;

III - até 30 de setembro ou até 30 (trinta) dias após o prazo previsto no inciso II, o Poder Executivo encaminhará projeto de lei sobre o remanejamento da programação cujo impedimento seja insuperável;

IV - se, até 20 de novembro ou até 30 (trinta) dias após o término do prazo previsto no inciso III, o Congresso Nacional não deliberar sobre o projeto, o remanejamento será implementado por ato do Poder Executivo, nos termos previstos na lei orçamentária.

§ 15. Após o prazo previsto no inciso IV do § 14, as programações orçamentárias previstas no § 11 não serão de execução obrigatória nos casos dos impedimentos justificados na notificação prevista no inciso I do § 14.

§ 16. Os restos a pagar poderão ser considerados para fins de cumprimento da execução financeira prevista no § 11 deste artigo, até o limite de 0,6% (seis décimos por cento) da receita corrente líquida realizada no exercício anterior.

§ 17. Se for verificado que a reestimativa da receita e da despesa poderá resultar no não cumprimento da meta de resultado fiscal estabelecida na lei de diretrizes orçamentárias, o montante previsto no § 11 deste artigo poderá ser reduzido em até a mesma proporção da limitação incidente sobre o conjunto das despesas discricionárias.

§ 18. Considera-se equitativa a execução das programações de caráter obrigatório que atenda de forma igualitária e impessoal às emendas apresentadas, independentemente da autoria.»(NR)

“Art. 198.
.....
.....

§ 2º

I - no caso da União, a receita corrente líquida do respectivo exercício financeiro, não podendo ser inferior a 15% (quinze por cento);

.....

§ 3º

I - os percentuais de que tratam os incisos II e III do § 2º;

.....

IV - (revogado).

.....”(NR)

Art. 2º O disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal será cumprido progressivamente, garantidos, no mínimo:

I - 13,2% (treze inteiros e dois décimos por cento) da receita corrente líquida no primeiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

II - 13,7% (treze inteiros e sete décimos por cento) da receita corrente líquida no segundo exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

III - 14,1% (quatorze inteiros e um décimo por cento) da receita corrente líquida no terceiro exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

IV - 14,5% (quatorze inteiros e cinco décimos por cento) da receita corrente líquida no quarto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional;

V - 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida no quinto exercício financeiro subsequente ao da promulgação desta Emenda Constitucional.

Art. 3º As despesas com ações e serviços públicos de saúde custeados com a parcela da União oriunda da participação no resultado ou da compensação financeira pela exploração de petróleo e gás natural, de que trata o § 1º do art. 20 da Constituição Federal, serão computadas para fins de cumprimento do disposto no inciso I do § 2º do art. 198 da Constituição Federal.

Art. 4º Esta Emenda Constitucional entra em vigor na data de sua publicação e produzirá efeitos a partir da execução orçamentária do exercício de 2014.

Art. 5º Fica revogado o inciso IV do § 3º do art. 198 da Constituição Federal.

Brasília, em 17 de março de 2015.