

Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde

Financiamento do SUS

Benedito C. Cordeiro
Org.

Unidade de
Aprendizagem

V

FINANCIAMENTO DO SUS

CARGA HORÁRIA:
40 HORAS | 4 SEMANAS

Autores:
Carlos Vanderley Soares
Benedito Carlos Cordeiro

Reitor

Sidney Luiz de Matos Mello

Vice-reitor

Antônio Cláudio Lucas da Nóbrega

Pró-Reitoria de Graduação - Prograd

Pró-reitor: Renato Crespo Pereira

Coordenação de Educação a Distância - CEAD | UFF

Regina Célia Moreth Bragança

Curso Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde

Coordenação do Projeto: Ana Lúcia Abrahão | Túlio Batista Franco

Coordenação Pedagógica: Ândrea Cardoso de Souza | Benedito C. Cordeiro | Camilla Maia Franco | Elisete Casotti | Luiz Carlos Hubner Moreira | Magda de Souza Chagas | Monica Gouvea

Revisão técnica

Camilla Maia Franco

Revisão de Conteúdo

Camila Louzada e Nathália de Ornelas

Projeto Gráfico

Daniele da Costa Pereira

Diagramação

Marcos Maurity e Paulo Carvalho

Autor

Túlio Batista Franco

DVD

Edição e Produção

Marco Charret Brandt

©2016. Coordenação de Educação a Distância - CEAD | UFF. Todos os direitos reservados.

A responsabilidade pelo conteúdo e imagem desta obra é do(s) respectivo(s) autor(es). O conteúdo desta obra foi licenciado temporária e gratuitamente para utilização no âmbito do Ministério da Saúde, através da UFF. O leitor se compromete a utilizar o conteúdo desta obra para aprendizado pessoal, sendo que a reprodução e distribuição ficarão limitadas ao âmbito interno dos cursos. A citação desta obra em trabalhos acadêmicos e/ou profissionais poderá ser feita com indicação da fonte. A cópia desta obra sem autorização expressa ou com intuito de lucro constitui crime contra a propriedade intelectual, com sanções previstas no Código Penal, artigo 184, Parágrafos 1º ao 3º, sem prejuízo das sanções cíveis cabíveis à espécie.

E641 Organizado por: Abrahão, Ana Lúcia; Franco, Túlio Batista e Franco, Camilla Maia.
Autores: Soares, Carlos Vanderley e Cordeiro, Benedito C. Carlos.
Micropolítica da Gestão e Trabalho em Saúde / Abrahão, Ana Lúcia; Franco, Túlio
Batista; Franco, Camilla Maia e Gomes, Maria Paula Cerqueira. Niterói: UFF. CEAD,
2014.
32p.
ISBN:

1. Financiamento do SUS 2. Saúde. Título.



EMENTA

Financiamento do SUS - Fontes dos recursos públicos da saúde. Fundos de saúde. Gestão administrativa, financeira e orçamentária. Blocos de financiamento instituídos pelo Pacto pela Saúde. Judicialização e impacto financeiro. Assistência Farmacêutica.



METAS

- Conhecer o mecanismo de financiamento das ações executadas pelo Sistema Único de Saúde – SUS;
- Relacionar o financiamento do SUS com os diferentes entes federativos e suas instâncias gestoras;
- Compreender a relação entre o financiamento e a gestão orçamentária;
- Reconhecer os conceitos básicos e a importância da Assistência Farmacêutica para o sucesso da gestão.
- Identificar a judicialização da saúde como importante problema a ser enfrentado.



OBJETIVOS

Objetivos específicos de aprendizagem:

Ao finalizar esta unidade, você deverá ser capaz de:

- Identificar aspectos gerais do financiamento e da gestão no sistema público de saúde, em especial entender como isso acontece no pacto federativo;
- Ter noções de gestão orçamentária;
- Conhecer conceitos fundamentais da Assistência Farmacêutica.

Tópicos de aulas:

Esta unidade de aprendizagem será trabalhada em seis semanas. No quadro abaixo estão listados os temas a serem abordados.

Semana	Temática/conteúdo
1	AULA 1 - Financiamento do SUS
2	AULA 2 - Assistência Farmacêutica
3	AULA 3 - Gestão Orçamentária e Judicialização
4	Atividade de avaliação

SUMÁRIO

AULA 1 - FINANCIAMENTO DO SUS;	9
AULA 2 - ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA;	15
AULA 3 – GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E JUDICIALIZAÇÃO	21

Olá, amigos,

A partir de agora, começamos mais um módulo de nosso curso. Especificamente nesse módulo vamos falar sobre o financiamento da saúde, a gestão financeira e orçamentária, a assistência farmacêutica e a judicialização da saúde.

Em função da importância do financiamento, optamos por deixá-lo como texto isolado, introduzindo o módulo. Já os outros assuntos terão a Assistência Farmacêutica como eixo transversal, aproveitando-se dela para a discussão dos outros dois temas, a gestão orçamentária e a judicialização da saúde.

FINANCIAMENTO DO SUS

1) FINANCIAMENTO DO SUS

Para iniciarmos, propomos que a seguinte nota publicada n' *O Globo*, do dia 22/05/2016, seja lida:

Estado não tem mais que liberar 12% das receitas para a saúde

Justiça suspende percentual obrigatório obtido pelo MP

Em meio à crise, o governo estadual recebeu ontem uma boa notícia. Após sofrer derrotas consecutivas na Justiça, que ordenou arrestos de recursos, a 15ª Câmara Cível do Tribunal de Justiça do Rio suspendeu a decisão que determinou o repasse, todos os meses, de 12% das receitas do estado para a saúde. O dinheiro, como havia determinado o juiz da 13ª Vara de Fazenda Pública do Rio, Marcelo Martins Evaristo da Silva, deveria ser depositado numa conta do Fundo Estadual de Saúde. Responsável pela ação, o Ministério Público do estado informou que vai recorrer. Segundo a 1ª Promotoria de Tutela Coletiva, o governo deixou de investir R\$ 134 milhões no mês passado. Ao receber o recurso impetrado pelo estado, a desembargadora Maria Regina Fonseca Nova Alves lembrou que a situação do governo é de penúria. "Tenho que a situação posta em julgamento exige a compreensão do fato de que o Estado do Rio de Janeiro atravessa grave crise econômico-social, ressaltando para o notório estado calamitoso de suas finanças, o que exige cautela para o deferimento da antecipação dos efeitos da tutela requerida pelo agravado (o MP)", frisou a magistrada. Ontem, o estado depositou os salários de 460 mil servidores da ativa, aposentados e pensionistas.

Bem, para que tenhamos mais subsídios para essa discussão, vamos antes entender como é feito o financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a Constituição Federal (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser financiada, em nível federal, pelo Orçamento da Seguridade Social (OSS) que, além da saúde, financia ainda a Previdência e a Assistência Social. Especificamente, o OSS é sustentado por (UGÁ et al., 2012, p. 404):

- a. Contribuições sobre a folha de salários (paga por empresas e trabalhadores, que a partir de 1993 está vinculada à Previdência Social);
- b. Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social – Cofins (não vinculada especificamente a nenhuma área do OSS);
- c. Contribuição sobre o Lucro Líquido – CSLL (não vinculada especificamente a nenhuma área do OSS);
- d. PIS/PASEP (Vinculado ao seguro-desemprego);
- e. Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira – CPMF (iniciada em 1997, esteve totalmente vinculada à saúde e posteriormente dirigida para outras áreas até ser extinta em 2007); e
- f. Impostos Gerais da União (foi previsto o ingresso de recursos quando se fizessem necessários; porém, sua participação no OSS é insignificante).

Vale a pena destacar que, segundo a Emenda Constitucional 29 (EC 29) (BRASIL, 2000)¹, a União deveria destinar, no ano 2000, 5% a mais do que havia destinado em 1999. Nos anos seguintes, esse valor seria reajustado, no mínimo, pela variação nominal do PIB. Essa regra foi, depois, ratificada pela Lei Complementar (LC) 141/12 (BRASIL, 2012)².

Em nível estadual, a saúde é financiada da seguinte forma (PAIM, 2015, p. 61)³:

$(A + B + C + D - E) \times 0,12$, sendo

A = Impostos estaduais: ICMS, IPVA e ITCMD (sobre heranças e doações);

B = Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Estados (FPE), cota-parte do IPI-Exportação e transferências da Lei Complementar 86/96 (Lei Kandir);

³ Emenda Constitucional n. 29, de 13 de setembro de 2000. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/20anossus/legislacao/emenda-constitucionaln29.pdf>.

² Lei Complementar n. 141, de 13 de janeiro de 2012. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LCP/Lcp141.htm>.

³ PAIM J. S. O que é o SUS. 2015. Disponível em: <<http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>>.

C = Imposto de Renda Retido na Fonte;

D = Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos e multas, juros de mora e correção monetária de impostos; e

E = transferências constitucionais e legais aos municípios: 25% do ICMS; 50% do IPVA e 25% do IPI-Exportação.

Destaca-se que tanto a EC 29 quanto a LC 141/12 definiram que estados e o Distrito Federal devem destinar 12% da sua receita à saúde (por isso, no final da fórmula acima, deve-se multiplicar por 0,12).

Em nível municipal, ainda segundo Paim (2015, p. 61), a saúde é financiada por:

$(A + B + C + D + E) \times 0,15$, sendo

A = Impostos Municipais: ISS, IPTU e ITBI (sobre transmissão de bens imóveis);

B = Transferências da União: cota-parte do Fundo de Participação dos Municípios (FPM), cota parte do ITR e transferência da LC 87/96 (Lei Kandir);

C = Imposto de Renda Retido na Fonte;

D = Transferências do estado: cota-parte do ICMS, cota parte do IPVA e cota-parte do IPI-Exportação; e

E = Outras Receitas Correntes: receita da dívida ativa de impostos, multas, juros e correção monetária de impostos.

Ainda conforme a EC 29 e LC 141/12, os municípios devem alocar 15% da sua receita à saúde (motivo da multiplicação na fórmula por 0,15).

Visto como se dá o financiamento do SUS, pode-se agora voltar à notícia que estava no início deste módulo, pois vale a pena uma discussão com seus colegas e tutores: como o Poder Judiciário, que deveria zelar pelo cumprimento das leis, permite que o estado do Rio de Janeiro não cumpra sua obrigação de alocar 12% de seus recursos na saúde? Pior, esse mesmo poder arrestou recursos do estado para o pagamento dos funcionários do judiciário (*O Estado de São Paulo*, 29/01/2016)⁴, mesmo sabendo da penúria das contas estaduais, como reconhece a desembargadora citada. Pergunta-se: saúde é prioridade em nosso país?

A princípio, essa discussão sobre financiamento parece bastante “árida” e “chata”. Mas ela é crucial: para que isso seja compreendido, vamos analisar alguns números, começando pela tabela 1.

TABELA 1 – Gasto Nacional em Saúde: Percentual do PIB per capita e participação público-privado – (países selecionados, estimativas para 2007)

PAÍS	% PIB	Per capita em saúde (US\$)	% Público	% Privado	Taxa de Mortalidade de menores de 5 anos (para 1000 nascidos vivos)
Reino Unido	8,4	2.992	81,7	18,3	6
Espanha	8,5	2.671	71,8	28,2	4
Dinamarca	9,8	3.513	84,5	15,5	4
França	11,0	3.709	79,0	21,0	4
Alemanha	10,4	3.588	76,9	23,1	4
EUA	15,7	7.285	45,5	54,5	8
Brasil	8,4	837	41,6	58,4	22

Fonte: Elaboração própria a partir de dados da OMS, 2010⁵.

4 Disponível em: <<http://politica.estadao.com.br/noticias/geral,justica-determina-arresto-de-conta-do-governo-do-rj-para-pagar-servidores-do-judicia>>

5 Dados disponíveis em: <http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS10_Full.pdf?ua=1>.

⁵ Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/opiniaao/um-problema-globalizado-18361058>>.

⁶ Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/mio-lo_saude_brasil_2030.pdf>.

⁷ Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br/biblioteca/revistas/RevistaCNS_2016_n01.pdf>.

Ora, ao se analisar essa tabela, algumas informações “saltam aos olhos”. Dentre elas, podemos destacar:

1. Há certo equilíbrio quanto à porcentagem do PIB gasto em saúde, à exceção dos EUA;
2. Países universalistas, como Reino Unido, Espanha e Dinamarca têm gasto per capita menor que países que utilizam o seguro social para o financiamento (França e Alemanha) e muito menor que EUA, que tem forte influência do setor privado;
3. Apesar de o gasto em saúde nos EUA ser praticamente o dobro dos outros países, seus indicadores apontam que os resultados em saúde são piores;
4. O Brasil tem % de PIB gasto com saúde semelhante a países universalistas e com seguro social. Entretanto, o gasto per capita é menor entre um terço e um quinto desses países;
5. Apesar de possuir um sistema universal, o Brasil aloca menos recursos (proporcionalmente) no setor público que os EUA.

A principal conclusão a que se chega é que, a partir desses números, países universalistas gastam menos e obtêm melhores resultados na saúde, o que já é suficiente para justificar o investimento no SUS. Além disso, o Brasil tem um gasto privado maior que o público (como nos EUA); porém, nesse país, o impacto disso não é tão grande, devido ao grande poder aquisitivo de sua população. Enquanto isso, no Brasil, os mais pobres são penalizados, justamente pelo baixo financiamento do setor público.

Estes números demonstram, inequivocamente, que um dos problemas do SUS é o seu financiamento, ao contrário do que é divulgado em meios de comunicação de massa, de que o problema do SUS é unicamente de gestão (editorial *O Globo*, 27/12/2015)⁵. Essa discussão surge, principalmente, sob a alegação de que não se deve aumentar impostos ou se alocar mais recursos para o SUS – até porque, seria de se esperar, boa parte das pessoas que falam isso não dependem desse sistema.

A Fundação Oswaldo Cruz, em 2013, publicou um interessante documento: *A Saúde no Brasil em 2030* (FIOCRUZ, 2013)⁶. Esse documento apresenta três possíveis cenários naquele ano:

1. Cenário pessimista e plausível;
2. Cenário inercial e provável; e
3. Cenário otimista e possível.

Infelizmente, quando parecia que partindo do cenário 2 não alcançaríamos o 3, no final do ano de 2016 regredimos ao cenário 1, com a aprovação da EC 95/16, que congela os gastos públicos por 20 anos. Esta legislação, que deixou para apresentar os efeitos perversos a partir de 2019, representa perdas de mais de R\$ 400 bilhões nos próximos 20 anos, conforme relata o Conselho Nacional de Saúde (2016)⁷. Se o que desejamos é um sistema de saúde tão bom quanto os outros países possuem, não cabe outra alternativa que não seja a defesa do SUS e o aumento de seus recursos, ainda que isso signifique a criação de um imposto exclusivo para esse fim. Cabe, nesse momento, a luta. E esta luta pode acontecer de várias formas:

1. Muito se fala (mal...) da volta da CPMF para a saúde. Em geral, a maior parte das pessoas é contra essa contribuição. Mas você já parou para fazer algumas contas? Por exemplo, quanto você paga por um plano de saúde? E está satisfeito com esse atendimento? Por outro lado, a proposta da CPMF (ou seja lá qual for o novo nome para esse tributo), representa 0,2% de sua movimentação financeira. Imaginemos, então, que ganhamos um salário de R\$10.000,00.

Se este salário for “movimentado”, 0,2% dele seria retido para financiar a saúde. Sabe quanto isso significaria? R\$ 20,00. Ou seja, caso ganhássemos R\$ 10.000,00 (um salário, em geral, muito distante dos servidores), pagaríamos R\$ 20,00. Se ganhássemos R\$ 5.000,00, pagaríamos R\$ 10,00.

A quem interessa que não seja criada uma contribuição com essa finalidade? Logicamente, a quem “vende” planos de saúde – ou teve sua campanha financiada por esses órgãos. Ou, ainda, a quem não quer deixar rastros da utilização de dinheiro não declarado ou sonogado, como tantos políticos denunciados nos últimos tempos ou mesmo diretores da Federação das Indústrias do Estado de São Paulo (FIESP), responsável pela campanha “Eu não vou pagar o pato”. Um de seus diretores, segundo a revista *Exame* (18/07/2016)¹, é o maior devedor da União entre as pessoas físicas. E, segundo a mesma fonte, a soma dos valores devidos por empresas e pessoas para o governo federal ultrapassou recentemente R\$ 1 trilhão, o que é mais de 5 vezes o buraco no orçamento federal previsto para 2016.

2. Acompanhe, agora, a Tabela 2:

Tabela 2 – Renúncia Tributária. Ano Calendário 2008

Modalidade	Tributo	Valor (R\$ milhões)
Despesas com saúde pessoas físicas	IRPF	3.184
Assistência médica, odontológica e farmacêutica a empregados	IRPJ	2.181
Entidades sem fins lucrativos	IRPJ, CSLL, Cofins	1.559
Medicamentos	PIS, Cofins	2.304
Produtos químicos e farmacêuticos	PIS, Cofins	1.297
TOTAL		10.525

Fonte: FIOCRUZ, 2013, p. 174. IRPF: Imposto de Renda de Pessoa Física. IRPJ: Imposto de Renda de Pessoa Jurídica. CSLL: Contribuição Social sobre o Lucro Líquido. PIS: Programa de Integração Social. Cofins: Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social.

Segundo essa tabela, houve uma renúncia fiscal de mais de R\$ 10 bilhões de reais apenas em 2008. Ocké-Reis e Gama (2016)² afirmam que, em 2013, a União renunciou a mais de R\$ 25 bilhões. Assim, ao conceder isenção de impostos para pessoas físicas (gastos diretos e planos de saúde) e jurídicas, o que acontece é a transferência de recursos federais para o setor privado. A União não disponibiliza os recursos devidos para o SUS porque precisa ressarcir aqueles que não querem utilizar o Sistema, preferindo o setor privado.

Em todos os itens acima, são apresentadas situações em que se pede um posicionamento em defesa do SUS. Mas estas atitudes, em democracias representativas como o Brasil, somente podem ser tomadas por nossos representantes. Então, a partir do que foi lido, discuta com seu tutor o que nós, cidadãos, profissionais de saúde e gestores podemos fazer além de esperar que nossos representantes (que historicamente compactuam com a falta de recursos para a saúde) finalmente nos representem...

¹ Disponível em: <<http://exame.abril.com.br/economia/noticias/divida-de-diretor-da-fiesp-com-a-uniao-e-de-r-6-9-bilhoes>>.

² Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploa->



ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

Olá, amigos,

A um gestor cabe a execução das ações que estiverem sob sua responsabilidade, ainda que, muitas vezes, sem ter preparo e equipe capacitada. Em função disso, criamos uma situação hipotética, para o entendimento da Assistência Farmacêutica. Assim, analisem a seguinte estória:

Luís Carlos é um enfermeiro que trabalha em dois municípios fronteiriços, Radamés (cidade de médio porte, com 150.000 habitantes) e Passarim, município pequeno, com 25.000 habitantes. Em Radamés, Luís Carlos trabalha em um hospital privado, e em Passarim trabalha na Atenção Básica do município. Ele sempre foi muito crítico a respeito dos problemas que encontrava no setor público, mas, em função de sua capacidade, foi convidado e aceitou ser o novo Secretário Municipal de Saúde de Passarim. Decidido a mudar a realidade do município, ele elencou sua primeira prioridade – acabar com a crônica falta de medicamentos nas Unidades de Saúde de Passarim.

Para isso, foi procurar Márcia, farmacêutica colega que trabalha em Radamés. Estalhe explicou que todos os municípios recebem recursos para a compra de medicamentos, mas alguns não podem fazê-lo por uma situação que lhe pareceu inusitada: o município tem dinheiro, mas não tem orçamento para essa compra. Já outros municípios têm orçamento, mas ou não têm dinheiro para a compra ou o processo está parado porque um fornecedor ganhou a licitação e não entregou o produto. E, pior, justamente por não ter conseguido entregar um medicamento, Luís Carlos já foi avisado que existem algumas ações judiciais que podem inclusive fazer com que ele seja preso.

Decidido a entender melhor como tudo isso pode acontecer, Luís Carlos foi pesquisar: como se dá o financiamento da Assistência Farmacêutica? O que significa “ter dinheiro mas não ter orçamento, ou ter orçamento mas não ter dinheiro”? Como se dá esse processo de compra no setor público, já que no hospital privado onde ele trabalha as coisas são muito menos burocráticas? Como essas ações judiciais surgiram, e porque ele tem que assumir a responsabilidade de atendê-las, sob pena de ser preso?

Assim, a partir de agora, começamos a acompanhar Luís Carlos em seu mergulho para conseguir entender melhor essas situações, na esperança de torná-lo mais capaz de, no futuro, entender e gerir melhor a Secretaria de Saúde que ele assumiu.

Como primeiro passo, vamos nos debruçar sobre como a Assistência Farmacêutica está organizada no Sistema Único de Saúde.

A Assistência Farmacêutica é formada por três componentes (básico; estratégico e especializado), e será financiada pelos três gestores do SUS, devendo agregar a aquisição de medicamentos e insumos e a organização das ações de assistência farmacêutica necessárias, de acordo com a organização de serviços de saúde.

2.1 - Componente Básico da Assistência Farmacêutica

Consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica na atenção básica em saúde e para agravos e programas de saúde específicos, inseridos na rede de cuidados da atenção básica, sendo de responsabilidade dos três gestores do SUS.

O financiamento desse componente se dá através do seguinte repasse, transferido fundo a fundo para os municípios (BRASIL, 2013)¹:

União: R\$ 5,10 per capita/ano;

Estados: 2,36 per capita/ano;

Municípios: contrapartida de R\$ 2,36 per capita/ano.

Vale ressaltar que os valores acordados para o repasse estadual podem ser discutidos e modificados pelas CIB, com alguns estados repassando valores mais altos que o disposto acima. O tamanho da população será definido pelos dados do IBGE, e os recursos serão depositados mensalmente pela União e estados no Fundo Municipal de Saúde. Com estes recursos, podem ser comprados os medicamentos constantes nos anexos I a IV da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), que foi recentemente alterada, comportando atualmente inclusive medicamentos homeopáticos e alguns fitoterápicos. Cumpre dizer, ainda, que até 15% da soma dos valores recebidos dos estados e da contrapartida dos municípios podem ser empregados na estruturação da Assistência Farmacêutica municipal.

2.2 - Componente Estratégico da Assistência Farmacêutica

Consiste em financiamento para ações de assistência farmacêutica de programas estratégicos, de interesse da saúde pública. O financiamento e o fornecimento de medicamentos, produtos e insumos para os Programas Estratégicos são de responsabilidade do Ministério da Saúde, mas estes medicamentos podem ser dispensados em Unidades estaduais ou municipais. O componente reúne:

- a) Controle de Endemias: Tuberculose, Hanseníase, Malária e Leishmaniose, Chagas e outras doenças endêmicas de abrangência nacional ou regional;
- b) Programa de DST/AIDS (antirretrovirais);
- c) Programa Nacional do Sangue e Hemoderivados;
- d) Imunobiológicos.

2.3 - O Componente Especializado

O Componente Especializado da Assistência Farmacêutica (CEAF), aprovado através da **Portaria GM/MS nº 2.981**, de 26 de novembro de 2009 (**república em 01/12/2009**), enfoca o acesso ao tratamento medicamentoso, em nível ambulatorial, de patologias cujas linhas de cuidado estão definidas em Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), publicados pelo MS. Este Componente foi implantado no sentido de aprimorar e substituir o Componente de Medicamentos de Dispensação Excepcional.

O objetivo principal do CEAF é garantir tratamento em todas as fases evolutivas das doenças contempladas, levando-se em consideração a abordagem terapêutica na atenção básica, visto que muitas doenças contempladas no CEAF requerem, inicialmente, uma abordagem no nível básico da assistência. Os medicamentos que constituem as linhas de cuidado para as doenças contempladas neste Componente estão divididos em três grupos com características, responsabilidades e formas de organização distintas:

- O **Grupo 1** é aquele cujo financiamento está sob a responsabilidade exclusiva da União. É constituído por medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente, por aqueles indicados para doenças mais complexas, para os casos de refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento.

* No **Grupo 1A** estão incluídos os medicamentos com aquisição centralizada pelo MS e fornecidos às Secretarias de Saúde dos Estados e Distrito Federal,

Portaria n. 1.555, de 30 de julho de 2013. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/0DAF/Portaria-15552013CBAF.pdf>>.

- sendo delas a responsabilidade pela programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
- * No **Grupo 1B** os financiados com transferência de recursos do MS, com aquisições pelas Secretarias Estaduais de Saúde para aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica;
 - O **Grupo 2** possui os medicamentos sob responsabilidade das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal pelo financiamento, aquisição, programação, armazenamento, distribuição e dispensação para tratamento das doenças contempladas no âmbito do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
 - O **Grupo 3** é constituído por medicamentos constantes da Relação Nacional de Medicamentos - RENAME e indicados pelos PCTD/MS, como primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas neste Componente. Estes medicamentos integram o Componente Básico da Assistência Farmacêutica e, desta forma, com aquisições e dispensações sob responsabilidade dos Municípios.
 - ✓ Os **grupos** acima são definidos de acordo com os seguintes critérios gerais:
 - I - complexidade do tratamento da doença;
 - II - garantia da integralidade do tratamento da doença no âmbito da linha de cuidado; e
 - III - manutenção do equilíbrio financeiro entre as esferas de gestão do SUS.
 - ✓ O **Grupo 1** é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:
 - I - maior complexidade do tratamento da doença;
 - II - refratariedade ou intolerância à primeira e/ou à segunda linha de tratamento;
 - III - medicamentos que representam elevado impacto financeiro para o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica; e
 - IV - medicamentos incluídos em ações de desenvolvimento produtivo no complexo industrial da saúde.
 - ✓ O **Grupo 2** é definido de acordo com os seguintes critérios específicos:
 - I - menor complexidade do tratamento da doença em relação ao Grupo 1; e
 - II - refratariedade ou intolerância à primeira linha de tratamento.
 - O **Grupo 3** é definido de acordo com os medicamentos constantes no Componente Básico da Assistência Farmacêutica e indicados pelos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, publicados na versão final pelo Ministério da Saúde como a primeira linha de cuidado para o tratamento das doenças contempladas pelo Componente Especializado da Assistência Farmacêutica.

Depois de verificar todas essas informações sobre o financiamento da Assistência Farmacêutica, Luís Carlos entendeu que aqueles recursos que ele dispunha no Fundo Municipal de Saúde de seu município referiam-se aos recursos depositados por União, estado e município para o componente básico da Assistência Farmacêutica. Logo, ele fez a seguinte conta:

– Passarim tem, segundo o IBGE, 25.000 habitantes. Como a União repassa R\$ 5,10/hab/ano, o estado R\$ 2,36/hab/ano e o município entra com, no mínimo, R\$ 2,36/hab/ano, neste ano terei R\$ 245.500,00 para a compra dos medicamentos constantes da RENAME.

A primeira parte de sua dúvida, como se dá o financiamento das ações da Assistência Farmacêutica, estava resolvida. Mas agora ele tinha outras dúvidas: o que é RENAME? E, acima disso, será que com esse dinheiro ele podia comprar todos os medicamentos que alguns médicos de Passarim estavam lhe pedindo?

Assim, Luís Carlos foi novamente conversar com Márcia, para entender o que é RENAME e quais medicamentos ele poderia comprar. A primeira dúvida foi simples, já que Márcia lhe deu um exemplar da nova RENAME. Lá, ele leu o seguinte:

A Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (Rename), adotada pelo Brasil desde 1964, é um instrumento oficial que norteia a definição das políticas públicas para o acesso aos medicamentos no âmbito do Sistema de Saúde brasileiro (...) Conceitualmente, passou a ser composta pelos medicamentos que o SUS disponibiliza por meio de suas políticas públicas, selecionados a partir das melhores evidências disponíveis, e indicados para o tratamentos daqueles agravos que acometem a população brasileira e que serão ofertados a todos os usuários do SUS, visando à garantia da integralidade do tratamento medicamentoso (BRASIL, 2013, p. 25).

A RENAME possui uma introdução e 5 anexos: o anexo I traz os medicamentos que fazem parte do componente básico, o anexo II traz os medicamentos do componente estratégico, o anexo III os medicamentos do componente especializado, o anexo IV traz os insumos farmacêuticos e o anexo V os medicamentos de uso hospitalar (neste caso, esta lista não traz todos os medicamentos de uso hospitalar, já que a maioria deles está inserida em procedimentos hospitalares mais amplos e inespecíficos).

Entretanto, a RENAME é uma lista nacional, ou seja, ela inclui medicamentos que serão essenciais em todo o Brasil. Medicamentos para malária, por exemplo, são importantes em várias áreas do país, mas não existe malária em Passarim. Por isso, é importante que todos os municípios decidam quais medicamentos devem constar de suas listas de medicamentos essenciais – as Relações Municipais de Medicamentos Essenciais (REMUME). As REMUME são baseadas na RENAME e na Relação de Medicamentos Essenciais do Estado (RESME), mas não cópias dessas, cada município tendo autonomia para decidir quais são os medicamentos mais importantes para si.

Agora, conhecendo a RENAME, Luís Carlos pesquisou para ver se todos os medicamentos solicitados pelos médicos de Passarim estavam contidos naquele documento, pois aqueles que estivessem nos anexos I a IV poderiam ser comprados com o dinheiro depositado no Fundo Municipal de Saúde. Para sua surpresa, viu que vários deles não constavam da RENAME. Luís Carlos, então, fez uma pesquisa sobre aqueles medicamentos. Descobriu que alguns medicamentos que foram solicitados pelos médicos não estavam na RENAME, seja porque não tinham estudos que comprovassem melhores efeitos do que aqueles que estavam na RENAME, ou eram associações entre dois ou mais medicamentos, ou até nem tinham o registro junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA).

De qualquer modo, eram pedidos de médicos, que precisavam no mínimo de uma resposta. Por isso, foi conversar com Márcia, que lhe orientou a formar uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), até como forma de se resguardar.

– Mas o que é CFT, perguntou Luís?

– Uma Comissão de Farmácia e Terapêutica (CFT), composta por uma equipe multiprofissional, serve para decidir quais medicamentos deverão ser incluídos e excluídos da REMUME. Esta comissão deve se reunir periodicamente, para justamente analisar a pertinência dos pedidos de medicamentos de médicos ou outros profissionais de saúde. Isto é importante até mesmo para resguardar o gestor, já que a decisão, se fosse tomada somente por ele, poderia gerar conflitos desnecessários. E ela (a comissão) passaria a ser encarregada de responder a todas as demandas dos médicos, tanto atendendo quanto negando, sempre com base nas evidências científicas.

Luís Carlos gostou muito dessas informações e do modo como Márcia havia lhe explicado os detalhes sobre RENAME, REMUME e CFT. Agora, ele poderia passar para suas outras dúvidas, conforme veremos no próximo capítulo deste módulo.

GESTÃO ORÇAMENTÁRIA E JUDICIALIZAÇÃO

Olá, amigos,

Em nosso último capítulo, vimos como Márcia ajudou Luís Carlos com algumas dúvidas sobre a Assistência Farmacêutica, como são financiados os medicamentos e como se dá a seleção de medicamentos. Neste capítulo, veremos como funciona a gestão orçamentária, utilizando a Assistência Farmacêutica como modelo.

Como havíamos comentado no outro capítulo, Luís Carlos ficou muito intrigado com a frase:

“– Temos dinheiro, mas não temos orçamento”.

Na sua experiência no setor privado, ter orçamento significava ter dinheiro. Por isso, ele aprofundou seus estudos para entender como funciona a Gestão Orçamentária no setor público.

Mais uma vez, Luís Carlos foi pesquisar, e descobriu um texto que dizia que a gestão orçamentária é regida por três leis:

Plano Plurianual (PPA) = Planeja

Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) = Prioriza (orienta)

Lei Orçamentária Anual (LOA) = Quantifica e aloca os recursos (executa).

O PPA é o plano com a proposta de trabalho do governo eleito para quatro anos de mandato. Dele deve constar uma visão dos problemas, prioridades e estratégias a serem desenvolvidas no período de quatro anos, com os objetivos estratégicos, definindo diagnóstico da situação estrutural, problemas, prioridades e metas de cada secretaria de governo no período. No caso da saúde, é importante que tanto o PPA, quanto as outras leis orçamentárias – LDO e LOA – englobem as ações previstas no Plano de Saúde, encadeando o Planejamento com o Orçamento.

O artigo 165 da CF/88 (BRASIL, 1988) dá o embasamento legal para o PPA, LDO e LOA. Como o PPA deve ser apresentado no primeiro ano de mandato, sua vigência começa a partir do segundo ano de mandato, perdurando pelo primeiro ano do mandato do sucessor eleito. Como exemplo, se considerarmos as próximas eleições (2018), isso significa que os governantes eleitos nesse pleito deverão preparar seus planos plurianuais para o período 2019-2023, e terão que cumprir, em 2019, o que seus antecessores definiram. Por planejar atividades pelo período de 4 anos, pode-se dizer que o PPA é responsável pelo planejamento de longo prazo do governo eleito.

O PPA possui quatro etapas:

1. **Elaboração:** planejamento estratégico e definição de programas e ações a serem desenvolvidas pelo governo no período;
2. **Implantação:** o PPA estabelece as diretrizes e prioridades que deverão constar da LDO e o detalhamento de como isso será executado pela LOA;
3. **Monitoramento:** acompanhamento do que está sendo executado, para tentar observar distorções e propor correções quando for o caso; e
4. **Avaliação:** compara os resultados obtidos com o que foi planejado, e se estes resultados alcançaram os objetivos macro do governo.

Tanto a elaboração quanto a implantação do PPA são garantidas através das Leis Orçamentárias. Já o monitoramento e a avaliação serão observados através dos Relató-

rios de Prestações de Contas e do Relatório Anual de Gestão, conforme disposto em lei. O PPA deve ser encaminhado para o poder legislativo até 31 de agosto do primeiro ano de governo.

Percebe-se, então, que o PPA prevê todas as ações (em tese) que deverão ocorrer nos quatro anos em que está em vigor. Mas, se você tentar fazer tudo que prevê para os próximos quatro anos, tem grandes chances de não conseguir executar aquilo que planejou. Como garantir que o planejado realmente saia do papel? Para isso, a CF/88 inovou ao criar a obrigação de, em cada esfera, ser proposta a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

A LDO é a lei que mostrará quais prioridades devem ser escolhidas para um ano específico. Trata-se de uma lei anual, ou seja, os governantes têm que definir anualmente quais suas prioridades para o próximo ano, considerando o planejamento quadrienal proposto. Ou seja, a LDO especifica qual parcela do PPA será realizada no próximo ano.

Em linhas gerais, a LDO deve definir, entre outros:

- Metas e prioridades para o exercício seguinte;
- Orientação para a elaboração do orçamento programado;
- Alteração na legislação tributária (se houver);
- Mudanças na política de pessoal.

Em seus anexos, devem constar:

- Metas fiscais;
- Riscos fiscais.

seguintes perguntas (FERRAZ, 2011):

Quem é responsável pela despesa?

Classificação Institucional. Aqui se identifica a Unidade Orçamentária (no município, por exemplo, a Secretaria Municipal de Saúde) e a Unidade de despesa (por exemplo, o departamento de Vigilância em Saúde);

A que área se refere esta despesa? Qual o objetivo do gasto?

Classificação Funcional-programática. Aqui as ações devem ser detalhadas como função, subfunção, programas e ações do governo. Como exemplo:

Função: 10. Saúde².

Subfunções: 301 Atenção básica
 302 Assistência hospitalar e ambulatorial
 303 Suporte profilático e terapêutico
 304 Vigilância sanitária
 305 Vigilância epidemiológica
 306 Alimentação e nutrição

Programas e projetos: as numerações são diferentes para os diferentes níveis de governo. Um programa é o instrumento da ação governamental que visa à concretização dos objetivos pretendidos, e o projeto é o instrumento de programação para alcançar o objetivo de um programa. Como exemplos, pode-se afirmar que a construção de uma unidade de saúde ou a compra de um aparelho de diagnóstico por imagem seriam enquadrados como projetos em um orçamento.

Ações e atividades: São também instrumentos de programação para alcançar o objetivo de um programa, mas envolvendo um conjunto de operações que se realizam de modo contínuo e permanente, das quais resulta um produto que concorre para a expansão ou o aperfeiçoamento da ação de governo. Um bom exemplo é a compra de medicamentos para abastecer unidades de saúde e hospitais.

² As despesas realizadas com ações e serviços de saúde devem sempre ser classificadas na Função 10.

O que se precisa comprar e/ou contratar, ou seja, qual é a natureza da despesa?

Classificação Econômica. Serve para diferenciar as despesas correntes das despesas de capital. As despesas correntes estão associadas com as ações e atividades exercidas pelo governo, enquanto as despesas de capital estão associadas com os projetos e representam aumento do patrimônio público. As despesas correntes englobam o custeio e as transferências correntes; já as despesas de capitais englobam os investimentos, as inversões financeiras e as transferências de capital (Fig. 1).

Figura 1. **Despesa pública. Classificação Econômica.**

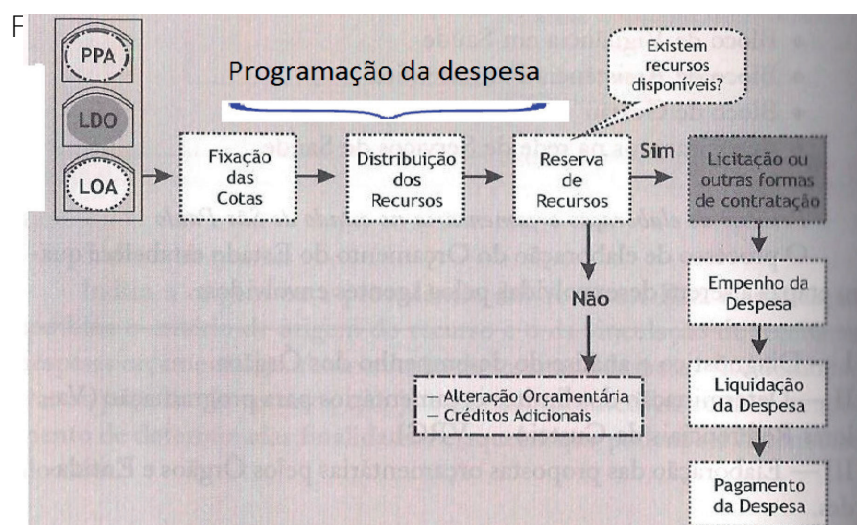


Fonte: Funcia, Rezende e Vinoli (apud BRASIL, 2011a, p. 52).

Qual a origem do dinheiro que financiará o item?

Fonte dos recursos. Indica a origem e procedência dos recursos que financiarão o item, combinando a origem do recurso com a vinculação da receita para a despesa. Isto demonstra os recursos que já estão comprometidos com o atendimento de finalidades específicas e os que podem ser livremente ordenados (FERRAZ, 2011).

Depois de encaminhada ao poder legislativo, a LOA ainda pode receber as emendas parlamentares antes de sua aprovação (normalmente, se limita o número de emendas que cada parlamentar pode apresentar ou então se limita o valor máximo que as emendas podem comprometer do orçamento). Finalmente, com a LOA aprovada, é possível iniciar a execução orçamentária (Fig. 2).



Fonte: PDG/Fundap (apud FERRAZ, 2011, p. 490).

Antes de tudo, é preciso lembrar que o orçamento é sempre uma previsão. Não necessariamente o que está previsto no orçamento vai ser executado. Mas aquilo que não foi previsto no orçamento não poderá ser feito, daí a importância do planejamento adequado deste instrumento. Assim, a execução orçamentária se dá através dos seguintes passos:

1) PROGRAMAÇÃO DA DESPESA

Segundo a Lei de Responsabilidade Fiscal – Lei Complementar 101/00 (BRASIL, 2000b), até trinta dias após a publicação da LOA, o governo deve estabelecer a programação financeira e o cronograma de execução mensal de desembolso.

Neste sentido, o primeiro passo é a fixação das cotas, ou seja, garantir às unidades orçamentárias os recursos necessários e suficientes para a execução do programa de trabalho mantendo, tanto quanto possível, o equilíbrio entre a receita arrecadada e a despesa realizada (FERRAZ, 2011). As cotas podem ser alteradas durante o exercício, dependendo da discricionariedade do governo.

Fixadas as cotas, os recursos devem ser distribuídos pelas Unidades Executoras, sendo que as despesas devem ser precedidas das reservas de recursos, na medida das disponibilidades existentes. Aqui, chega-se ao ponto crucial do fluxograma da execução orçamentária, para a resposta da pergunta: “Existem recursos disponíveis?”

Iniciaremos com a resposta positiva. Neste caso, o primeiro passo é a realização de uma licitação ou outras formas de contratação. Pela sua importância, vamos nos deter um pouco mais neste item.

2) LICITAÇÃO (PROCESSO LICITATÓRIO)

Denomina-se licitação o critério utilizado pelo serviço público para determinar, por meio de competição entre vários interessados, aquele que oferece melhores condições de preços e fornecimento para os bens, serviços e obras necessários à administração.

2.1 – Modalidades de Licitação

São cinco as principais modalidades de licitação: convite, tomada de preços, concorrência pública, pregão e RDC – Regime Diferenciado de Contratação, sendo definidas com base no valor estimado da compra ou contratação. No serviço público, todas as compras devem seguir essas modalidades, conforme os termos da Lei Federal 8.666, de 21 de junho de 1993 e da Lei 12.462/11 (BRASIL, 2011b).

2.1.1 - Convite

É a modalidade de licitação entre, no mínimo, três interessados, escolhidos pela administração e convocados com prazo mínimo de 05 (cinco) dias úteis.

2.1.2 - Tomada de Preços-TP

TP é a modalidade de licitação entre interessados previamente cadastrados no órgão licitante, observada a necessária qualificação conforme definida no edital, convocados com antecedência mínima de 15 (quinze) dias corridos. O resumo do edital de TP deve ser publicado obrigatoriamente pelo menos uma vez no Diário Oficial e em um jornal de grande circulação Regional ou Nacional.

2.1.3 - Concorrência Pública - CP

É a modalidade de licitação em que é admitida a participação de qualquer interessado, observada a necessária qualificação, e convocados com antecedência mínima de 30 (trinta) dias corridos. O resumo do edital de CP deve ser publicado obrigatoriamente pelo menos uma vez no Diário Oficial da União e em um jornal de grande circulação regional ou nacional.

2.1.4 - Pregão

O pregão é a modalidade de licitação em que a Administração Pública adquire bens e serviços comuns através de confrontação direta entre os interessados, mediante lances sucessivos, até a proclamação de um vencedor. O pregão pode ser presencial ou eletrônico. O resumo do edital de pregão deve ser publicado obrigatoriamente pelo menos uma vez em Diário Oficial. Facultativamente, conforme o vulto da licitação, em jornal de grande circulação regional ou nacional.

2.1.5 – RDC – Regime Diferenciado de Contratação

O RDC é a modalidade de licitação instituída pelo Governo Federal para ampliar a eficiência nas contratações públicas e a competitividade entre os licitantes; promover a troca de experiências e tecnologias em busca da melhor relação custo x benefício; incentivar a inovação tecnológica e assegurar tratamento isonômico entre os licitantes e a seleção da proposta mais vantajosa para a administração pública. Aplica-se exclusivamente às licitações e contratos necessários à realização de eventos extraordinários que ocorrerão no Brasil, especialmente àquelas relacionadas à expansão das condições de infraestrutura do país para sediar tais eventos (Copa do Mundo/2014, Olimpíada/2016) e, especialmente, em seu Inciso V, para as obras e serviços de engenharia no âmbito do SUS, incluídas posteriormente pela Lei Federal nº 12.745/2012.

2.2 – Dispensa e Inexigibilidade de Licitação

A observância ao princípio da licitação é regra imperiosa à qual devem sujeitar-se os entes e órgãos públicos, tanto da Administração Direta, quanto Indireta. A Lei 8.666/93 também admite, em caráter de excepcionalidade, situações em que se pode “fugir” a esta regra. Tais hipóteses são denominadas **dispensa** e **inexigibilidade**. Trata-se de situações distintas justificadoras da exclusão do procedimento licitatório.

2.2.1 - Dispensa

A licitação seria em tese possível, em face de uma necessidade pública específica e a existência de bens ou serviços disponíveis, em quantidades tais a justificarem uma licitação. Contudo, razões de interesse público justificam uma contratação direta, sem recurso à licitação. São aquelas situações descritas nos Incisos de I a XXIX do Artigo 24 da referida lei. Isso se faz necessário, pois neste caso o legislador entendeu que os eventuais benefícios que poderiam ser obtidos através da licitação seriam inferiores aos malefícios dela derivados. Explicando melhor, na dispensa a alternativa de licitar é possível, cabendo ao administrador fazer a análise do caso concreto, inclusive com relação ao custo-benefício desse procedimento e a bem do interesse público, levando-se em conta o princípio da eficiência, pois, em certas hipóteses, licitar pode não representar a melhor alternativa.

Uma situação que pode ilustrar muito bem o que aqui foi detalhado se dá quando o processo de aquisição de material, contratação de serviço ou obra de pequeno vulto se enquadrar em valores-limite estabelecidos nos incisos I e II do Artigo 24 da Lei Federal 8.666/93. Nestes casos, a licitação será dispensada, devendo o processo ser formalizado e instruído com, no mínimo, 03 (três) orçamentos, nos termos da lei e devidamente justificados.

2.2.2 - Inexigibilidade

A inexigibilidade de licitação se refere aos casos em que o administrador não tem a faculdade para licitar, em virtude de não haver competição ao objeto a ser contratado, condição imprescindível para um procedimento licitatório. O Artigo 25 da lei 8.666/93 define as seguintes situações em que esta faculdade pode ser exercida pelo administrador público:

Para aquisição de materiais, equipamentos ou gêneros que só possam ser fornecidos por fornecedor exclusivo, vedada a preferência de marca;

Para contratação de serviços técnicos de natureza singular, com profissionais ou empresas de notória especialização, vedada a inexigibilidade para serviços de publicidade e divulgação;

Para contratação de profissional de qualquer setor artístico, diretamente ou através de empresário exclusivo, desde que consagrado pela crítica especializada ou pela opinião pública.

OBS.: tanto na situação de dispensa ou de inexigibilidade haverá de se ter um arrazoado do ordenador de despesa para justificar a sua decisão de fazer uso destas duas excepcionalidades, bem como observar o rito processual previsto no Artigo 26 da referida lei de licitações.

2.3 – Sistema de Registro de Preços

Sistema de Registro de Preços é o conjunto de procedimentos para registro formal de preços relativos à prestação de serviços e aquisição de bens, para contratações futuras. Não se trata de uma nova modalidade de licitação. Efetuado o procedimento licitatório que visa o registro de preços, é assinada uma ARP, Ata de Registro de Preços, documento de compromisso para contratação futura, em que se registram os preços, fornecedores, órgãos participantes e condições a serem praticadas. A ARP tem os seus preços registrados válidos por 12 (doze) meses, período em que o fornecedor se obriga a fornecer à administração pública o bem ou serviço pelo preço que nele consta.

No entanto, é importante ressaltar que a Administração Pública não é obrigada a contratar quaisquer dos itens registrados. Essa característica peculiar do SRP se traduz em uma vantagem importante, já que, pela desoneração da obrigação de comprar/contratar qualquer item registrado na ARP, não há necessidade de se comprometer recursos orçamentários previamente, o que não acontece com as demais despesas contraídas em decorrência de outros procedimentos licitatórios. A desvantagem dessa estratégia de compra é que estimula o sobrepreço na apresentação das propostas pelos fornecedores, pelo risco atrelado a não obrigatoriedade do empenho.

3) EMPENHO DA DESPESA

Depois de terminado o processo licitatório, pode ser feito o empenho da despesa. O empenho nada mais é que a garantia, com base na autorização e dedução da dotação respectiva, dada ao fornecedor ou prestador de serviços, vencedor da licitação, de

que o produto ou serviço será pago, desde que observadas as cláusulas contratuais e o que estava disposto no edital da licitação. Sua materialização acontece através da “nota de empenho”, que deduz dos recursos orçamentários a parcela correspondente àquela despesa (FERRAZ, 2011).

4) LIQUIDAÇÃO DA DESPESA

É a verificação do direito líquido do fornecedor ou prestador de serviços de receber pelo produto ou serviço prestado, ou seja, do implemento de condição. Deve verificar, “*in loco*”, o cumprimento da obrigação por parte contratante de entrega do bem ou serviço à contratada, confirmando a origem, o objeto e a importância e a quem se deve pagar para extinguir a obrigação.

5) PAGAMENTO DA DESPESA

Segundo o artigo 64 da Lei 4320/64 (BRASIL, 1964), “a ordem de pagamento é o despacho exarado por autoridade competente, determinando que a despesa seja paga”.

É a última fase do processo de execução orçamentária, e somente poderá ser determinada pela pessoa legalmente investida na autoridade de ordenar os pagamentos (FERRAZ, 2011).

Vistos os passos a serem seguidos quando a resposta for positiva à pergunta: “Existem recursos disponíveis?”, vamos ver agora o que acontece quando a resposta é negativa. Neste caso, temos duas possibilidades: a alteração orçamentária e créditos adicionais.

6) ALTERAÇÕES ORÇAMENTÁRIAS/CRÉDITOS ADICIONAIS

- Os créditos adicionais acontecerão quando as dotações orçamentárias forem insuficientes ou surjam despesas imprevistas. Os créditos adicionais são autorizações de despesas não computadas ou insuficientemente dotadas na LOA, e estão previstos nos artigos 40 a 46 da Lei 4320/64 (BRASIL, 1964). Eles podem ser classificados em:
- Créditos Suplementares: destinados ao reforço da dotação orçamentária. Podem ser concedidos por decreto do Poder Executivo ou por lei, conforme autorização expressa na LOA. Como exemplo, se uma determinada unidade orçamentária precisar de mais recursos para executar um programa com recursos insuficientemente previstos no orçamento original, poderá receber recursos adicionais. Quando autorizados pela LOA, terão valor (absoluto ou relativo) prefixado pela própria lei;
- Créditos Especiais: destinam-se à cobertura de despesas para as quais não haja dotação orçamentária específica. Como exemplo, quando uma unidade resolver realizar um novo programa para o qual não foi prevista dotação específica na LOA. Nessa situação, o Executivo encaminhará projeto de lei solicitando a abertura de crédito especial;
- Créditos Extraordinários: destinam-se à cobertura de despesas urgentes e imprevistas, sendo aberto por decreto do Poder Executivo, que deles dará imediato conhecimento ao Poder Legislativo. Devido à urgência na realização das

despesas, inexistente a prévia autorização do Poder Legislativo, mas deve ser antes precedido da decretação do estado de calamidade ou semelhante.

As alterações orçamentárias serão feitas quando da realocação dos recursos, sem alterar a composição dos valores constantes dos demonstrativos da lei orçamentária (FERRAZ, 2011). Como exemplo, temos a antecipação de cotas, transposição de cotas, liberação de cota contingenciada, entre outras.

Ao se discutir o orçamento, é importante, ainda, conhecer o que são os restos a pagar. Segundo a Lei 4320/64 (BRASIL, 1964), restos a pagar são as despesas empenhadas, mas não pagas, até o dia 31 de dezembro. Assim, para se determinar as despesas e receitas de um ano específico, é fundamental primeiro verificar o que ficou pendente do ano passado e a disponibilidade dos recursos para honrar os compromissos empenhados no ano anterior. As despesas empenhadas e não pagas podem ser classificadas em:

- Processadas: empenhos executados, liquidados, prontos para o pagamento; e
- Não processadas: empenhos em plena execução, não existindo ainda o direito líquido e certo do credor.

Só devem ser inscritas como restos a pagar as despesas contratadas e que vão se efetivar no ano seguinte. Compete ao Poder Executivo, anualmente, estipular por regulamento próprio ou por decreto as regras e critérios a serem observados na definição dos restos a pagar (FERRAZ, 2011).

Finalmente, como já havia sido comentado, é importante o monitoramento e a avaliação do orçamento. Duas ferramentas importantes para o acompanhamento e o controle do orçamento são o Sistema de Informações de Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS) e o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO).



- SIOPS: SIOPS é um sistema disponibilizado pela internet que tem por objetivo apurar as receitas totais e os gastos em ações e serviços públicos de saúde. Foi institucionalizado no âmbito do Ministério da Saúde, e pode ser consultado por União, estados e município através do site: <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops>
- RREO: A Constituição Federal exige em seu artigo 165, §3º, que o Poder Executivo publicará, no prazo de trinta dias após o encerramento de cada bimestre, o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO). A Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000, estabelece as normas para sua elaboração e publicação. O RREO abrangerá os órgãos da administração direta e entidades da administração indireta de todos os poderes que recebam recursos dos orçamentos fiscal e da seguridade social, inclusive sob a forma de subvenções para pagamento de pessoal ou de custeio em geral ou de capital, excluídos, no último caso, aqueles provenientes de aumento de participação acionária. Pode ser consultado por União, estados e municípios, através do site: <http://siops.datasus.gov.br/consleirespfiscal.php>

Outra fonte de informação importante para o monitoramento é o Cálculo do Mínimo Aplicado em Saúde, disponível no site <http://portal-saude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/siops/mais-sobre-siops/6114-demonstrativos-municipios>, disponibilizado também para a União, estados e municípios, e as prestações de contas feitas, trimestralmente, aos Conselhos de Saúde de cada esfera de governo.

Já a avaliação, terá como principal instrumento os Relatórios de Gestão, feitos anualmente, e que demonstram o quanto as metas foram atingidas ou não.

Depois de ter lido todas essas informações, agora Luís Carlos entendia um pouco mais sobre orçamento público. Ele ficou surpreso como o planejamento é importante para o setor público, e o papel das leis orçamentárias (PPA, LDO e LOA). Entendeu as etapas da execução orçamentária e os passos a serem seguidos quando os recursos são insuficientes.

Ele chamou Márcia para, juntos, entenderem um pouco mais sobre os motivos da falta de medicamentos em Passarim. Por uma falha que ele não sabia qual, não foram previstos no orçamento recursos suficientes para a compra de medicamentos. Mas, como apesar de “não ter orçamento, mas ter recursos”, o que ele precisava fazer era solicitar créditos suplementares à Câmara de Vereadores do município.

Mas, em meio a tantas descobertas, teve que se preocupar com um fato inusitado: chegou às suas mãos um mandado judicial, e ele teria que fornecer medicamentos (que o município não possuía) sob pena de prisão.

Apesar do pouco tempo em que Luís Carlos ocupava o cargo de Secretário de Saúde de Passarim, ele já tinha sido alertado, pelo Secretário da Saúde de Radamés, que a judicialização era um problema sério, que lhe havia obrigado inclusive a se “esconder” para não ser preso, por ordem judicial. Logicamente, isso fez com que Luís Carlos discutisse com Márcia o que era a judicialização, suas causas e como ela poderia ser, se não eliminada, pelo menos diminuída em Passarim. Inicialmente, Márcia lhe repassou um texto sobre Judicialização da Saúde, recentemente publicado n’O Globo do dia 24/07/2016.²

Considerando todo o material que discutiu com Márcia, Luís Carlos entendeu que, muitas vezes, a judicialização é injustificada, trazendo sérios problemas financeiros e, até, éticos para o ente federativo réu do processo judicial. Quando uma prescrição solicita um determinado medicamento, que não faz parte das listas de medicamentos do Ministério da Saúde, nos componentes básico, estratégico e especializado, compete ao gestor não atender essa prescrição. Muitas ações contra as Secretarias se baseiam no preceito constitucional (BRASIL, 1988) contido no artigo 196: “a saúde é um direito de todos e um dever do Estado...”. Ora, muitas vezes, negar um medicamento que se sabe não ser a melhor escolha para uma doença significa, com essa negativa, cuidar da saúde do paciente. É importante lembrar que os medicamentos disponibilizados pelo SUS, antes de fazerem parte da RENAME, têm estudadas suas evidências, somente sendo disponibilizados os melhores medicamentos, considerados de “primeira escolha” na terapêutica.

Por outro lado, a judicialização é importante para punir os gestores que, por incompetência ou mesmo má-fé, são incapazes de gerenciar a saúde de seus municípios. Quando um município escolhe os medicamentos que farão parte de sua REMUME, na prática ele está assinando um pacto com a população, dizendo que se compromete em fornecer estes medicamentos, desde que prescritos por profissionais competentes. Com isso, Luís Carlos percebeu, então, a responsabilidade de “sentar na cadeira” de um Secretário de Saúde. Mas, ao mesmo tempo em que isso lhe trouxe um certo receio pelas dificuldades a serem encontradas, por outro lado, lhe trouxe muita satisfação, pois ele sabia que com seu trabalho poderia fazer a diferença para os cidadãos de Passarim que, como milhões de brasileiros, dependem do Sistema Único de Saúde para terem acesso a medicamentos e aos serviços de saúde.

² Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/brasil/uniao-preve-gasto-recorde-com-tratamentos-por-ordem-judicial-19774203>>.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. *Lei 4320/64*. Estatui Normas Gerais de Direito Financeiro para elaboração e contrôles dos orçamentos e balanços da União, dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal. Brasília: DOU, 1964.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Gráfica do Senado; 1988.
- BRASIL. *Lei 8666/93*. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências. Brasília: DOU, 1993.
- BRASIL. *Emenda Complementar 29*. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. Brasília: DOU, 2000a.
- BRASIL. *Lei Complementar 101/00*. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília: DOU; 2000b.
- BRASIL. MS/CNS. *Manual de Orçamento e Finanças Públicas para Conselheiros de Saúde*. Brasília: MS, 2011a.
- BRASIL. *Lei 12462/11*. Institui o Regime Diferenciado de Contratações Públicas – RDC. Brasília: DOU, 2011b.
- BRASIL. *Lei Complementar 141/12*. 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. Brasília: DOU, 2012.
- BRASIL. *Portaria GM/MS 1555/13*. Dispõe sobre as normas de financiamento e de execução do Componente Básico da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2013a.
- BRASIL. *Portaria GM/MS 1554/13*. Dispõe sobre as regras de financiamento e execução do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DOU, 2013b.
- BRASIL. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. *Revista Conselho Nacional de Saúde*. Edição 1, ano 1, set./out. 2016.
- BRASIL. *Relação Nacional de Medicamentos Essenciais*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
- FERRAZ, M. F. Gestão Orçamentária. In: IBAÑEZ, N. et al. *Política e Gestão Pública em Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 2011.
- FIOCRUZ. *A Saúde no Brasil em 2030*. Vol. 5. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- OCKÉ-REIS, C. O. e GAMA, F. N. *Radiografia do gasto tributário em saúde – 2003-2013*. Brasília: IPEA, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório Mundial da Saúde. O caminho para a cobertura universal*. 2010. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/WHR2010.pdf?ua=1>
- PAIM, J. S. *O que é o SUS*. 2015. Disponível em: <http://www.livrosinterativoseditora.fiocruz.br/sus/>
- UGÁ MAD et al. Financiamento e alocação de recursos em saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2012, p. 395-425.



Atividade de Avaliação

Considerando os objetivos de aprendizagem e os temas abordados nesta unidade, as atividades de reflexão propostas, bem como a relação dos mesmos com a sua realidade e com a problemática-alvo do seu TCC (em construção), você deve:

- **Analisar o PPA e a LOA, indicando se há elementos (e quais) que dialogam com o problema alvo do TCC e com o plano de intervenção proposto.**

Agência Brasileira do ISBN

ISBN 978-85-62007-46-0



9 788562 007460

**Governo
Federal**

Ministério da
Saúde

