Texto para Discussão

03

Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito da gestão municipal
Emenda Constitucional nº 29

Luiz Guilherme Vieira
Marcelo Lima Fedeszen

Vitória - ES
maio / 2002

Texto para discussão - TCEES é uma publicação do Núcleo de Planejamento,

Orçamento e Gestão (NPO) do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo.

Coordenador do NPO
Regis Mattos Teixeira

Capa
Edson Alves Rangel

© TCEES, 2002

V657f
VIEIRA,Luiz Guilherme;FEDESZEN, Marcelo Lima
Financiamento das ações e serviços públicos de saúde no âmbito da gestão municipal: Emenda Constitucional nº 29 / Luiz Guilherme Vieira; Marcelo Lima Fedeszen.__Vitória/ES: Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, 2002.
f.16 (Texto para Discussão)

1. Administração Municipal 2. Gestão Municipal I.Título II. Série

352.081 (CDD 15.ed)

TCEES Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo
Núcleo de Planejamento, Orçamento e Gestão
Rua José Alexandre Buaiz, 157
Enseada do Suá - CEP 29055-221
Vitória - ES
Home page: http:\\www.tce.es.gov.br
E-mail: npo@tce.es.gov.br
Tel.: (27)3334-7688
Fax: (27)3345-0895

FINANCIAMENTO DAS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA GESTÃO MUNICIPAL – EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29.

Luiz Guilherme Vieira[1]
Marcelo Lima Fedeszen[2]

1. INTRODUÇÃO

Os ideais de civilidade, no âmbito da saúde, consolidados na Constituição de 1988, concretizam-se, na vivência cotidiana do povo brasileiro, por intermédio de um crescente entendimento e incorporação de seus princípios ideológicos e doutrinários, como também, pelo exercício de seus princípios organizacionais.

Cada um e todos os brasileiros devem construir e usufruir políticas públicas, econômicas e sociais que reduzam riscos e agravos à saúde. Esse direito significa, igualmente, o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias foram criando as condições de viabilização plena do direito à saúde. Destacam-se, nesse sentido, no âmbito jurídico institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (8.080/90 e 8.142/90), o decreto n.º 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas (NOB), editadas em 1990 e 1996.

Com a finalidade de garantir a vinculação dos recursos a serem despendidos em saúde, foi editada a Emenda Constitucional n.º 29, definindo o percentual das receitas da União, Estados, Distrito Federal e Municípios que deve ser destinado às ações e serviços públicos de saúde.

As determinações da EC 29, de 13 de setembro de 2000, são aplicáveis desde sua edição. Nesse campo, os Tribunais de Contas, no uso de suas atribuições constitucionais, são responsáveis pela fiscalização de seu cumprimento.

Contudo, a fim de que os governantes sintam-se seguros com a relação a esse mandamento constitucional e avancem na implementação da saúde como direito de

---

[1] Controlador de Recursos Públicos do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, Especialista em Controle Externo.
[2] Controlador de Recursos Públicos do Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, Pós-graduando

todos e dever do estado, viabilizando seu acesso universal importa ressaltar a necessidade de esclarecer alguns aspectos de sua aplicabilidade, destacando aqui, sobretudo, as implicações quanto à operacionalização no âmbito da gestão municipal.

2. VINCULAÇÃO CONSTITUCIONAL - BASE DE CÁLCULO

De início, impende ressaltar que para a compreensão do alcance da Emenda Constitucional em comento, impõe-se o enfoque sobre a base vinculável da receita dos entes federativos, considerando que esta será o ponto de partida para o cálculo do montante a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde.

Na esteira deste entendimento, cumpre esclarecer que a base vinculável de recursos para a aplicação é composta por impostos próprios e transferidos. A propósito, a Constituição fixou um período inicial, até 2004, no qual já estão estabelecidas as regras transitórias para aplicação desses recursos. A partir de 2005 as regras deverão ser definidas pela Lei Complementar a que se refere o § 3º do artigo 198 da CF. Importa salientar que, sempre que necessário, será feita uma análise em separado entre o período de transição, compreendido entre 2000 e 2004 e o período definitivo, relativo aos exercícios posteriores.

Além disso, a EC n. º 29 introduziu uma base vinculável única para os dois períodos: "o produto da arrecadação dos impostos a que se refere o artigo 156 e dos recursos de que tratam os artigos 158 e 159, inciso I, alínea b e § 3º " (CF , art. 198, § 2º, III e ADCT, art. 77, III). Dessa forma a receita vinculada do Município será formada pelo somatório das seguintes rubricas:

Base de Cálculo do Município – Receitas vinculadas
Receita de Impostos próprios
Imposto sobre a propriedade predial e territorial urbano – IPTU
Imposto sobre transmissão inter vivos de bens imóveis – ITBI
Imposto sobre serviços de qualquer natureza – ISS
Imposto de Renda retido na fonte pelo município – IRRF
Dívida ativa tributária de impostos municipais
Receita de Impostos Transferidos pela União e pelo Estado
Cota-parte do fundo de participação dos municípios – FPM
Cota-parte do imposto sobre propriedade territorial rural – ITR
Transferências Lei Complem. 87/96-Lei Kandir
Cota-parte do ICMS
Cota-parte do imposto sobre a prop. de veículos automotores – IPVA

em Controle da Administração Pública.

Com efeito, tencionando assegurar uma participação maior da arrecadação municipal na gestão da saúde, a EC nº 29 promoveu alterações no art. 156 da CF, possibilitando a progressividade do IPTU em razão do valor, da localização e do uso do imóvel. Não obstante, para torná-las aplicáveis, tais alterações devem ser incluídas na Lei de Diretrizes Orçamentárias e estar previstas em lei específica aprovada em exercício anterior ao de sua cobrança.

Vale lembrar que, diferentemente do instrumento legal que regulamentou o FUNDEF (Lei n.º 9.424, de 1996), a EC n.º 29 não discrimina, como fonte de recursos da Saúde, a receita de compensação da Lei Kandir (Lei n.º 87, de 1996) e a Dívida Ativa de Impostos. A propósito, o Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo firmou entendimento no sentido de que, até a edição de lei complementar específica, estas receitas serão consideradas, conforme Decisão Plenária TC – nº 007/2001.

3. PERCENTUAIS APLICADOS AS BASES VINCULÁVEIS

No que tange a apuração do valor que deverá ser destinado para despesas com ações e serviços públicos de saúde, segundo determina a CF (art. 198, § 2º), deve esta ser feita mediante a aplicação de percentuais, que variam em função do período considerado (período de transição ou definitivo), incidente sobre as respectivas bases vinculáveis.

Para os municípios, a regra geral para o período de transição determina que deverão aplicar, até 2004, 15% (quinze por cento) da base vinculável (ADCT, art.77, III). Além disso, no exercício de 2000 nenhum município poderia estar aplicando menos que 7% (sete por cento) da receita vinculada. Já para os exercícios de 2001 a 2004, a diferença entre o efetivamente aplicado e os 15% (quinze por cento) estipulados deverá ser reduzida na razão mínima de um quinto ao ano.

Em cumprimento à determinação legal, um Município que, por exemplo, tenha aplicado 7% (sete por cento) no exercício de 2000, deverá reduzir no período entre 2001 a 2003, a diferença entre o percentual empregado em 2000 (7%) e aquele fixado para 2004 (15%), com a evolução mínima seguinte:

Tabela Progressiva de Gastos Mínimos na Saúde - Municípios	
Exercício	Aplicação Mínima*
2000	7,0%
2001	8,6%
2002	10,2%
2003	11,8%
2004	15,0%

* Percentuais aplicáveis sobre a receita de impostos.

Por outro lado, na hipótese de o município ter destinado, no exercício de 2000, percentual superior aos 7%, será a partir dele que se processará o ajuste, até atingir o patamar mínimo de 15% que deverá ser aplicado no exercício de 2004. Isso ocorre devido ao fato de que o índice empregado no exercício de 2000 é o marco inicial sobre o qual deverá ser efetuada a adequação de pelo menos 1/5 (um quinto) ao ano, não devendo haver retrocesso com relação ao percentual de aplicação. Ressalta-se, mesmo que tenha sido executado um percentual inferior aos 7%, no ano de 2000, este será o parâmetro mínimo a ser observado.

4. DESPESAS QUE INTEGRAM AS AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

A EC n.º 29 vinculou recursos para serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde, sem, entretanto fornecer a abrangência deste conceito. Caberá a lei complementar estabelecer um conceito normativo de "ações e serviços públicos de saúde", na medida em que definirá precisamente o universo de atividades que tem seu financiamento contabilizado e cujas despesas devem ser acompanhadas, para fins de cumprimento do dispositivo constitucional.

O Tribunal de Contas do Estado do Espírito Santo, por intermédio do Parecer-Consulta n.º 69/01, externou o entendimento de que ações e serviços públicos de saúde se inserem no conceito ditado pelo caput do artigo 4º da Lei Federal 8.080/90, a saber " O conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constituem o Sistema Único de Saúde (SUS)", dispostos detalhadamente nos artigos 5º e 6º daquela Lei.

Dessa forma, devem ser computadas as despesas de custeio e capital, financiadas por intermédio do Fundo Municipal de Saúde, com recursos da base vinculável, relacionadas a programas finalísticos e de apoio, inclusive administrativo, que atendam, simultaneamente, aos critérios de acesso universal, igualitário e gratuito,

em conformidade com os objetivos e metas explicitados no Plano Municipal de Saúde, de responsabilidade específica do setor de saúde, e que se destinem a:

a) remuneração e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde;
b) aquisição, manutenção, construção e conservação das instalações e equipamentos necessários à saúde;
c) uso e manutenção de bens e serviços vinculados à saúde;
d) levantamentos estatísticos, estudos e pesquisas visando precipuamente o aprimoramento da qualidade e a expansão da saúde;
e) transferência, na forma da lei, para o setor privado, em contrapartida à prestação de serviços de saúde para a população;
f) aquisição de produtos alimentícios, nutrientes, materiais médico-sanitários e demais materiais voltados especificamente à promoção, proteção e recuperação da saúde;
g) ações de saneamento básico associadas diretamente ao controle de vetores, ao subsistema de atenção à saúde indígena e a outros programas que venham a ser determinado pelo Conselho Nacional de Saúde;
h) realização de atividades-meio necessárias à implantação e manutenção das ações e serviços públicos de saúde;
i) amortização e custeio de operações de crédito destinadas às ações e aos serviços públicos de saúde.

Estas despesas elencadas somente serão consideradas no cômputo das ações e serviços públicos de saúde, quando integrarem programas de governo que visem, precipuamente, à promoção, proteção e recuperação da saúde, tais como:

a) vigilância epidemiológica e controle de doenças;

b) vigilância sanitária;

c) vigilância nutricional e orientação alimentar;

d) educação para a saúde;

e) saúde do trabalhador;

f) assistência à saúde, em todos os níveis de complexidade;

g) assistência farmacêutica;

h) atenção à saúde dos povos indígenas;

i) capacitação de recursos humanos do Sistema único de Saúde (SUS);

j) pesquisa e desenvolvimento científico e tecnológico em saúde;

k) produção, aquisição e distribuição de insumos setoriais específicos, como: medicamentos, imunológicos, sangue e hemoderivados e equipamentos;

l) saneamento básico, desde que associado diretamente ao controle de vetores, aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ou a outras ações que venham a ser determinadas pelo Conselho Nacional de Saúde.

5. DESPESAS QUE NÃO INTEGRAM AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE

Sob o enfoque do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, a Emenda Constitucional n.º 29, visa assegurar uma quantidade mínima de recursos para o atendimento médico, preventivo ou curativo. Nesse contexto, a aplicação mínima do Município não incorporará as despesas que se destinem a:

a) que correm à conta da subfunção 306 – Alimentação e Nutrição, quando esta se referir à merenda escolar;
b) assistência médica e odontológica , exclusiva de servidores públicos;
c) ressarcimento de despesas de saúde a munícipes, sem que isto disponha de critérios previstos em lei específica e no plano municipal de saúde;
d) saneamento básico (abastecimento de água e coleta de esgotos) e de limpeza pública, exceto as de saneamento básico diretamente relacionadas ao controle de vetores, aos Distritos Sanitários Especiais Indígenas ou a outras ações que venham a ser determinadas pelo Conselho Nacional de Saúde;
e) pagamento de inativos e pensionistas (função 09 – Previdência);
f) preservação e correção do meio ambiente, realizadas pelo órgão de meio-ambiente do Município ou por entidade não-governamental;
g) ações financiadas com recursos provenientes de operações de crédito.

6. FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - INSTRUMENTO OBRIGATÓRIO

Todos os recursos da Saúde, compreendendo os vinculados da receita de impostos e os recebidos da União ou do Estado (repasses do SUS), serão aplicados sob a fiscalização do Conselho de Saúde por meio de um fundo especial, o Fundo Municipal de Saúde. É o que determina o § 3º do art. 7º do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. O Fundo garante que seus recursos financeiros tenham tratamento específico em relação aos da administração geral, possibilitando autonomia quanto à utilização e maior agilidade na sua alocação.

O Fundo especial não detém personalidade jurídica, de modo que a responsabilidade pelos compromissos assumidos, bem como pelos danos provocados por esse instrumento orçamentário será atribuída ao prefeito municipal, não obstante possa o presidente do Conselho do Fundo, responder circunstancialmente por esses atos.

Os fundamentos legais do Fundo de Saúde estão inscritos no inciso IV do artigo 167 da Constituição Federal e nas Leis Orgânicas da Saúde 8.080/90 e 8.142/90. A lei 8.080 determina no artigo 33 que "os recursos financeiros do SUS serão depositados em conta especial, em cada esfera de sua atuação...". Desse modo o recurso depositado no Fundo de Saúde é movimentado pela direção do SUS em cada esfera de governo – no âmbito dos Municípios a direção é exercida pela Secretaria de Saúde, na representação de seu gestor, o Secretário de Saúde (inciso III do artigo 9º e parágrafo 2º do artigo 32, da lei 8.080/90). Por sua vez, a lei 8.142/90, em seu artigo 3º e 4º estabelece que os municípios, estados e o DF receberão recursos se contarem com o Fundo de Saúde.

6.1 Características dos Fundos Municipais

a) instituem-se através de lei, que é sempre de iniciativa do Poder Executivo (art. 167, IX da CF);
b) financiam-se mediante receitas especificadas na lei de criação, daí sua autonomia financeira;
c) dispõem de orçamento próprio, denominado plano de aplicação;
d) transferem para o exercício seguinte eventual saldo positivo apurado em sua movimentação financeira anual.
e) contam com normas especiais de controle e prestação de contas.

Em verdade, os Fundos Especiais constituem uma exceção ao princípio do caixa único de que fala o art. 56 da Lei n.º 4.320. Nos Balanços financeiro e patrimonial

seus saldos financeiros devem ser registrados, um a um, apartados do Caixa Geral, assim como determina o art. 50, I, da Lei de Responsabilidade Fiscal. O repasse dos recursos da conta bancária central para a conta vinculada ao Fundo Municipal de Saúde é simples movimentação entre contas do ativo financeiro. Vislumbra-se claramente que não se trata de despesa, dispensa emissão de empenho, que só se materializa quando o fundo realiza, de fato, suas próprias despesas.

Ademais, o orçamento do Fundo de Saúde deve respeitar as políticas e os programas de trabalho da Secretaria de Saúde, observando atentamente a Agenda de Saúde, o Plano de Saúde, a parte relativa ao setor saúde do Plano Plurianual e da Lei de Diretrizes Orçamentárias, e os princípios da universalidade e do equilíbrio do Orçamento Público.

Neste ínterim, as ações deverão ser explicitadas e seus valores apresentados segundo a abertura programática definida na Portaria n.º 42 do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, que estabeleceu nova metodologia de classificação programática, determinando funções e subfunções, conferindo liberdade as administrações públicas em suas diversas esferas, para criar seus programas, seus projetos e atividades. Nos termos dessa portaria, as despesas em saúde devem ser classificadas na função 10 – SAÚDE.

Portanto, o plano de aplicação do Fundo Municipal de Saúde integra o orçamento geral do município, em observância aos princípios da unidade e da universalidade, nos termos do artigo 2º da Lei Federal nº 4.320/64. Nesse passo, a Lei que instituir o Fundo poderá também determinar normas peculiares de controle, prestação e tomada de contas, sem, entretanto, elidir a competência do controle interno e externo.

7. ACOMPANHAMENTO, FISCALIZAÇÃO E CONTROLE

A Lei Federal 8.142/90 definiu que o Conselho de Saúde é o instrumento de participação dos segmentos organizados da comunidade na gerência do SUS, atuando " na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros..."(parágrafo 2º, do artigo 1º). A Emenda Constitucional n.º 29 determinou que o acompanhamento e a fiscalização dos recursos do Fundo de Saúde serão exercidos pelo Conselho de

Saúde. Além disso, para se habilitar a qualquer uma das formas de gestão da Saúde, e receber os recursos do SUS, o Município deve comprovar o funcionamento do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde. Nesse sentido, o Conselho situa-se em posição intermediária, entre o controle interno do Município e o respectivo controle do Tribunal de Contas.

O acompanhamento dos recursos da área da saúde (SUS) é garantido pela Lei Federal 8.689/93 e pelo Decreto Federal n.º 1.651/95. Ambos determinam a necessidade de prestação de contas periódicas.

A Lei 8.689/93 estabelece em seu artigo 12:

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

Na esteira desse entendimento, a cada três meses, em audiência pública na Câmara de Vereadores, a Secretaria ou Departamento Municipal de Saúde deverá apresentar relatório sobre o financiamento das ações de saúde, nele demonstradas as fontes dos recursos aplicados, quer os provenientes da Emenda Constitucional n.º 29 (7% a 15% da receita de impostos), quer os recebidos da União e do Estado. Da mesma forma, o artigo 9º do Decreto Federal nº 1.651/95 estabelece ainda a obrigação de prestação de contas por parte do gestor ao Conselho de Saúde.

8. A LEI DE RESPONSABILIDADE FISCAL E A EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29

Nos termos da Lei de Responsabilidade Fiscal, o Município que deixar de aplicar o mínimo constitucional exigido para a Saúde, não receberá transferências voluntárias da União ou do Estado (art. 25, § 1º, III e IV, b da LC 101/00), excetuando-se aquelas relativas à ações de educação, saúde e assistência social (art. 25, § 3º).

Entretanto, em face de sua relevância social, o setor saúde foi poupado, em parte, das medidas de contenção estabelecidas pela Lei Complementar n.º 101, senão vejamos:

a) a compensação financeira para despesas obrigatórias de caráter continuado não se faz necessária quando o Município expande, quantitativamente, suas ações e serviços de saúde (art. 24, § 1º, II). Porém, de acordo com a LRF, tais despesas não estão isentas da obrigação de apresentarem informações como: estimativa de impacto orçamentário-financeiro no exercício em que entrar em vigor e nos dois subseqüentes; demonstrativo explicitando que a despesa criada, ou até mesmo aumentada, não afetará as metas fiscais constantes do Anexo de Metas Fiscais da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO);
b) comprometidas as metas fiscais, a aplicação mínima não sofrerá restrição orçamentária e financeira (art. 9º, § 2º da LRF);
c) os recursos da Saúde, de natureza vinculada que são, não podem ser utilizados em finalidade diversa, ainda que em exercício diferente daquele em ocorrer a sua origem (art. 8º, parágrafo único da LRF). Nesse contexto, as contas bancárias da Saúde deverão suportar os Restos a Pagas do setor.

9. NÃO-APLICAÇÃO DOS MÍNIMOS PREVISTOS NA EMENDA CONSTITUCIONAL Nº 29 - SANÇÕES

O Município que não aplicar o mínimo constitucional estará sujeito às seguintes sanções:

- intervenção Estadual, conforme o art. 35, III, da Constituição Federal já alterada pela Emenda Constitucional n.º 29;
- retenção de repasses constitucionais da União e do Estado, nos termos em que prescreve o art. 160, parágrafo único, II da Constituição Federal já alterada pela Emenda Constitucional n.º 29;
- não-recebimento de transferências voluntárias da União ou do Estado, em cumprimento ao que determina o art. 25, § 1º, inciso IV , b, da Lei de Responsabilidade Fiscal.

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o advento da Emenda Constitucional nº 29, o legislador constituinte almejou viabilizar ao cidadão o exercício do direito igualitário, universal e equânime de acesso às ações e aos serviços públicos de promoção, proteção e recuperação da saúde, nos moldes já constitucionalmente assegurados.

Para alcançar o cumprimento deste ideal, a inovação constitucional valeu-se, para tanto, do estabelecimento definitivo de uma vinculação mínima de recursos proveniente de impostos para o financiamento estável daquelas ações.

Além disso, na medida em que a alteração constitucional impôs a obrigatoriedade da movimentação dos recursos vinculados por intermédio de Fundo Especial, findou por reforçar o teor das disposições da lei 8.080/90, instituidora do SUS.

Tal ocorre, considerando que esta lei já determinava o depósito dos recursos em conta especial, cuja movimentação se sujeita ao acompanhamento e a fiscalização dos respectivos Conselhos de Saúde, os quais se constituem num mecanismo importante de participação da sociedade na gestão dos recursos, sem acarretar qualquer gravame às atribuições dos respectivos Tribunais de Contas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil: promulgada em 5 de outubro de 1988: atualizada até a Emenda Constitucional n. 30, de 2000. 15 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2000.

_____. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 abr. 2002.

_____. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, e dá outras providências. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 18 abr. 2002.

_____. Lei nº 8.689/93, de 27 de julho de 1993. Dispõe sobre a extensão do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS e dá outras providências. Disponível em <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 18 abr. 2002.

_____. Lei Complementar nº 101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Lex – Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginália, São Paulo, v. 64, p. 2119, mai. 2000.

_____. Decreto n.º 1.232, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e dá outras providências. Lex – Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginália, São Paulo, v. 58, p. 1124, jul/set. 1994.

_____. Decreto n.º 1.651, de 28 de setembro de 1995 – Regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do sistema Único de Saúde. Lex – Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginália, São Paulo, v. 59, p. 1789, jul/set. 1995.

_____. Decreto n.º 99.438, de 07 de agosto de 1990. Dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Lex – Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginália, São Paulo, v. 54, p. 958, jul/set. 1990.

_____. Decreto n.º 2.979/99, de 02 de março de 1999. Dá nova redação ao art. 2º do Decreto n. 99.438, de 7 de agosto de 1990, que dispõe sobre a organização e atribuições do Conselho Nacional de Saúde, e dá outras providências. Lex – Coletânea de Legislação e Jurisprudência: legislação federal e marginália, São Paulo, v. 63, p.1275, mar. 1999.

_____. Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria nº 42, de 14 de abril de 1999. Atualiza a discriminação da despesa por funções de que tratam o inciso I do § 1º do art. 2º e § 2º do art. 8º, ambos da Lei 4.320, de 17 de março de 1964, estabelece os conceitos de função, subfunção, programa, projeto, atividade, operações especiais, e dá outras providências. Disponível em <http://www.planejamento.gov.br>. Acesso em: 17 abr. 2002

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Relatório das Plenárias e Conferências Estaduais de Saúde para 11ª Conferência Nacional de Saúde. Brasília. dez. 2000.

_____. Parâmetros Consensuais sobre a Implementação e Regulamentação da Emenda Constitucional 29. Documento elaborado pelo Ministério da Saúde, Ministério Público Federal, Conselho Nacional de Saúde, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde – CONASS, Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS, Comissões de Seguridade Social da Câmara e Assuntos Sociais do Senado e Associação dos Membros dos Tribunais de Contas – ATRICON. Brasília. Jun. 2001.

_____. Resolução n.º 33, de 23 de dezembro de 1992. Aprova o documento: Recomendações para a constituição e estruturação de conselhos estaduais e municipais de saúde. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 17 abr. 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. Disponível em <http://www.saude.gov.br>. Acesso em: 17 abr. 2002.

TEIXEIRA, J.; REIS, Heraldo. A Lei 4.320 Comentada. Rio de Janeiro: IBAM, 1996.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO. Manual Básico: Financiamento das Ações e Serviços de Saúde. São Paulo. 2001.

TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Parecer/Consulta n. 069/2001, de 4 de dezembro de 2001. Consulta sobre a possibilidade de aplicação de recursos do Fundo Municipal de Saúde na construção de redes de esgoto e outras ações indiretas consideradas essenciais para a preservação da saúde da população. Relator Mário Alves Moreira. Vitória. dez. 2001.

_____. Decisão Plenária n. 007/2001, de 6 de setembro de 2001. Decisão provisória, até a edição de lei complementar específica, possibilitando uniformidade de entendimento na destinação dos gastos com saúde de acordo com a Emenda Constitucional n. 29. Vitória. set. 2001.

Texto para discussão TCEES

1) A série texto para discussão divulga artigos de membros, servidores e estagiários do TCEES com o objetivo de fomentar o debate e aprimorar o conhecimento em controle externo.

2) Os trabalhos devem ter um mínimo de 10 e um máximo de 25 páginas.

3) A formatação deve obedecer às seguintes características: fonte "Frankfurt Gothic Roman", corpo 12, entre linhas 1,5, papel tamanho A4, impressão em apenas uma face;

4) Os originais devem ser endereçados ao Núcleo de Planejamento, Orçamento e Gestão (NPO) e entregues no Núcleo de Controle de Documentos, com uma cópia impressa e uma cópia disquete, formato Word 6.0 ou superior.

5) Os trabalhos aceitos serão publicados na ordem cronológica de chegada.

6) Esta é uma publicação bimestral do Núcleo de Planejamento, Orçamento e Gestão (NPO).