



CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

RECOMENDAÇÃO Nº 48, DE 13 DE DEZEMBRO DE 2016.

Sugere parâmetros para a atuação do Ministério Público no controle do dever de gasto mínimo em saúde.

O **CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO**, no exercício da competência fixada no artigo 130-A, §2º, I, da Constituição Federal, e com fundamento nos artigos 147 e seguintes de seu Regimento Interno do Conselho Nacional do Ministério Público – RICNMP, nos autos da Proposição n.º 1.00415/2016-30, julgada na 24ª Sessão Ordinária, realizada em 13 de dezembro de 2016;

Considerando que a saúde é condição de concretização dos fundamentos e dos objetivos da República Federativa do Brasil, inseridos nos artigos 1º e 3º da Constituição Federal, sobretudo a dignidade da pessoa humana;

Considerando que o art. 196 da Constituição Federal determina que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos, devendo ser assegurada por todos os entes da Federação na forma do art. 23, inciso II, da Constituição de 1988, e em regime de responsabilidade solidária;

Considerando que o direito fundamental à saúde é direito subjetivo público, exigível também em sua dimensão objetiva, que é referida aos deveres de proteção imputáveis ao Estado e aos particulares, do que é exemplo o Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecido como garantia institucional pela própria Constituição Federal;

Considerando que o art. 198, §1º, da Constituição Federal prevê o financiamento do Sistema Único de Saúde – SUS por meio de recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, o que deve ser feito mediante a vinculação de patamares de gasto mínimo fixados na forma dos §§ 2º e 3º do aludido dispositivo constitucional;

Considerando que a Lei Complementar n.º 141, de 13 de janeiro de 2012, regulamentou o dever constitucional de aplicação mínima de recursos governamentais em

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

ações e serviços públicos de saúde – ASPS, tal como inserido no art. 198, §§ 2º e 3º, pela Emenda Constitucional n.º 29/2000;

Considerando que o dever de gasto mínimo em saúde para a União foi alterado pela Emenda n.º 86/2015 e que, a partir de 2016, não lhe será exigível a forma de cálculo estipulada pela LC n.º 141/2012, vez que foi instituído regime específico de escalonamento do gasto mínimo federal em saúde na forma do art. 2º dessa Emenda, para que, tão somente em 2020, seja alcançado o percentual fixado no art. 198, §2º, inciso I, da Constituição Federal;

Considerando que o dever de gasto mínimo em saúde deve atender às obrigações normativas de fazer identificadas nos artigos 196, 198 e 200 da Constituição, as quais são detalhadas e operacionalizadas temporalmente nos planos de que trata o art. 16, XVIII, e o art. 36 da Lei n.º 8080/1990, bem como na Programação Anual de Saúde (PAS) com compatibilização à Lei de Orçamento Anual – LOA, sendo o planejamento da saúde obrigatório para os entes públicos, na forma do art. 15, §1º, do Decreto n.º 7.508, de 28 de junho de 2011;

Considerando que o custeio das ações e serviços públicos de saúde pela União deve ser equilibrado federativamente na forma do que houver sido pactuado na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS), à luz do art. 17, §§ 1º e 3º, da LC n.º 141/2012, que regulamentou o regime de rateio do art. 198, §3º, inciso II, da CF/88 no âmbito do SUS, bem como à luz do art. 32 do Decreto n.º 7.508/2011;

Considerando que, na forma do art. 20 do Decreto n.º 7.508/2011, a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores;

Considerando que, de acordo com o art. 30 da Lei Complementar n.º 141/2012, o plano plurianual, as diretrizes orçamentárias e os orçamentos anuais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios serão formulados de maneira a assegurar a consignação de dotações orçamentárias compatíveis com as metas de atenção integral à saúde e os respectivos custos, conforme pactuado nas Comissões Intergestores, de modo a atender as necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir;

Considerando que, de acordo com o art. 22, parágrafo único, da Lei Complementar

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

n.º 141/2012, as transferências obrigatórias na área da saúde podem ser condicionadas à instituição e ao regular funcionamento do fundo e do conselho de saúde no âmbito do ente da federação, bem como à elaboração do correspondente plano de saúde;

Considerando que o quadro de recessão técnica, pelo qual a economia brasileira vem passando desde o segundo trimestre de 2014, impõe severas restrições orçamentário-financeiras em todos os níveis da federação e que eventuais medidas de ajuste fiscal sobre as políticas públicas de saúde e educação não podem desconhecer ou mitigar, ainda que parcialmente, as vinculações orçamentárias fixadas constitucionalmente nos artigos 198 e 212;

Considerando que os artigos 195, 198 e 212 da Constituição Federal operam como deveres estatais e também como garantias de financiamento mínimo, para que os orçamentos públicos não sejam omissos ou regressivos quanto à satisfação material dos direitos fundamentais, respectivamente, ao conjunto integrado de ações da seguridade social, à saúde e à educação;

Considerando que, sob o pálio da Constituição de 1988, as receitas vinculadas à seguridade social (art. 195) e os pisos de gasto em saúde e educação (artigos 198 e 212) são instrumentos de proteção orçamentário-financeira de direitos que não podem ser minorados ou negados;

Considerando que, a teor do art. 167, inciso IV, em sua parte final, da Constituição, as vinculações orçamentárias asseguradoras de piso de custeio para os direitos fundamentais à saúde e à educação foram expressamente excetuadas do princípio geral de não afetação da receita de impostos, por força da sua condição de conteúdo mínimo de validade das leis orçamentárias anuais de cada ente da federação;

Considerando que, nos termos dos artigos 34, inciso VII, alínea “e”, e 35, inciso III, as mencionadas vinculações constituem princípios sensíveis inscritos na Constituição Federal, cuja violação pode ensejar, respectivamente, intervenção federal nos estados e no Distrito Federal - e intervenção estadual em seus municípios - durante a qual é vedada, nos termos do art. 60, §1º, da CF/88, a apreciação de proposta de emenda constitucional;

Considerando que a vedação de retrocesso na seguridade social foi fixada no art. 194, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal como garantia de irredutibilidade que fixa o estágio progressivo do custeio dos benefícios e serviços prestados no âmbito dos direitos

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

fundamentais à saúde, à assistência social e à previdência social;

Considerando que o art. 3º da Lei Federal n.º 8.080/1990 (Lei Orgânica do SUS) reconhece que “os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País”, assentando positivamente os princípios da vedação de retrocesso e da vedação de proteção insuficiente em face do princípio da reserva do possível, para fins de equidade de custeio a que se refere o art. 194, inciso V, da Constituição Federal;

Considerando que os recursos financeiros vinculados ao custeio do direito fundamental à saúde devem ficar depositados nos respectivos fundos de saúde de cada ente da federação, com conta bancária específica e Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ) na condição matriz sob a codificação 120.1, nos termos da Instrução Normativa n.º 1470 da Secretaria da Receita Federal (SRF), para que possam ser geridos na forma do art. 198, §3º, inciso III, da Constituição Federal, regulamentado pelo art. 24, inciso II, e §1º da LC n.º 141/2012, hipótese em que não se aplica a sistemática de caixa único de que trata o art. 164, § 3º, da Constituição;

Considerando que o comando de imutabilidade que confere máxima proteção aos direitos fundamentais (art. 60, §4º, inciso IV, da Constituição) também se estende às suas garantias estatuídas constitucionalmente, sendo esta a natureza jurídica das vinculações orçamentárias de receita e gasto mínimo protetivas da seguridade social, da saúde e da educação;

Considerando que o Supremo Tribunal Federal admite o controle judicial para conter arbitrariedades no custeio dos direitos fundamentais, tal como assentado na ADPF n.º 45/DF, oportunidade em que o Ministro Celso de Mello afirmou que “não se mostrará lícito, contudo, ao Poder Público, em tal hipótese, criar obstáculo artificial que revele – a partir de indevida manipulação de sua atividade financeira e/ou político-administrativa – o ilegítimo, arbitrário e censurável propósito de fraudar, de frustrar e de inviabilizar o estabelecimento e a preservação, em favor da pessoa e dos cidadãos, de condições materiais mínimas de existência”;

Considerando que o Ministério Público tem os deveres institucionais de defender a ordem jurídica e de zelar pelo efetivo respeito dos Poderes Públicos à máxima eficácia do direito fundamental à saúde, bem como pela garantia do seu financiamento estatal em patamares de gasto mínimo;

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

Considerando o papel do Conselho Nacional do Ministério Público na promoção da integração entre os ramos do Ministério Público, respeitada a independência funcional de seus membros e a autonomia da instituição, RECOMENDA:

Art. 1º Os Procuradores-Gerais e os Diretores dos Centros de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional devem empreender esforços para a inclusão do tema “Financiamento Constitucional do Direito à Saúde” no ingresso vestibular da carreira, nos cursos de formação e atualização dos membros do Ministério Público, bem como para a priorização da temática no planejamento estratégico das unidades.

Art. 2º Os ramos do Ministério Público da União e dos Estados devem empreender esforços administrativos e institucionais para dar apoio e fomentar a atuação dos membros do Ministério Público na defesa do custeio constitucionalmente adequado do direito à saúde.

Art. 3º Os membros do Ministério Público com atribuições para atuação na Saúde e no Patrimônio Público devem realizar ações coordenadas para evitar e reprimir quaisquer desvios e retrocessos quantitativos ou qualitativos no piso de custeio do direito à saúde, acompanhando sua execução orçamentário-financeira e respectiva prestação de contas, por meio da avaliação dos instrumentos de gestão e de planejamento na saúde (Plano Plurianual - PPA, Lei de Diretrizes Orçamentárias - LDO, Lei Orçamentária Anual - LOA, Plano de Saúde, Programação Anual de Saúde - PAS, Relatório Quadrimestral, o Relatório Anual de Gestão - RAG), dentre outros.

Art. 4º Para os fins previstos no artigo anterior, os membros do Ministério Público poderão realizar ações coordenadas de preservação da garantia fundamental de custeio mínimo do direito à saúde, no sentido de:

I – tomar as providências cabíveis quanto às leis orçamentárias que prevejam gasto mínimo em saúde inferior ao ditame do art. 198 da Constituição Federal;

III – fiscalizar quaisquer formas de contabilização como ações e serviços públicos de saúde de despesas manifestamente contrárias às diretrizes da LC n.º 141/2012, notadamente em seus artigos 3º e 4º;

III – questionar, com fulcro nos princípios da vedação de retrocesso e vedação de proteção insuficiente, bem como no art. 194, parágrafo único, inciso IV, da Constituição Federal, a conformidade da previsão e da execução de quaisquer montantes de valores no

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

orçamento da União que impliquem queda nominal de aplicação federal em ASPS para 2016 em face dos montantes aplicados em 2015 e 2014, em rota de mitigação da garantia estatuída no art. 5º, § 2º, da LC n.º 141/2012, que aparentemente teria sido revogada pelos subpisos do art. 2º da Emenda n.º 86/2015;

IV – questionar a conformidade da previsão e da execução de quaisquer montantes de valores no orçamento dos entes que impliquem descumprimento do art. 198 da Carta de 1988, a pretexto de ajustamento de gestão ou instrumento congênere com o respectivo Tribunal de Contas e/ou Poder Legislativo;

V – demandar medida compensatória do déficit diagnosticado no parecer prévio do respectivo Tribunal de Contas e/ou no julgamento das contas pelo Legislativo, sob pena de suspensão de transferências voluntárias, na forma do art. 25, §1º, inciso IV, alínea “b” da Lei de Responsabilidade Fiscal; intervenção na forma do art. 35, III da CR/1988 e responsabilização no âmbito do art. 1º, inciso I, alínea “g” da LC n.º 64/1990 e do art. 46 da LC n.º 141/2012, caso se verifique que a execução orçamentária deixou de cumprir o patamar de gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde;

VI – recomendar aos Chefes de Executivo o depósito permanente no respectivo fundo de saúde dos repasses mensais inadiáveis e não suscetíveis de contingenciamento, que correspondam ao duodécimo das ASPS planejadas na lei orçamentária de cada ente à luz do art. 30 da LC n.º 141/2012, no que se incluem as transferências de recursos feitas fundo-a-fundo no âmbito do SUS, em interpretação sistemática do art. 69, §§ 5º e 6º, da Lei n.º 9.394/96;

VI – recomendar dos Chefes de Executivo que a gestão do fundo de saúde seja de responsabilidade exclusiva do titular do Ministério ou Secretaria de Saúde, para impedir a multiplicidade de ordenadores de despesas da saúde, a centralização e o controle operacional dos recursos vinculados à saúde pelo Ministério ou pela Secretaria da Fazenda, bem como o remanejamento das transferências fundo-a-fundo do SUS para a conta única do tesouro do ente, conforme o art. 198, inciso I, da CF e os artigos 9º e 32, §2º, da Lei n.º 8080/90;

VII – recomendar dos Chefes de Executivo que as disponibilidades de caixa (saldo financeiro) que ampararam a contabilização dos restos a pagar, para fins de perfazimento do piso em exercícios anteriores, na forma do art. 24, inciso II, e §1º da LC n.º 141/2012, permaneçam depositadas no fundo de saúde do ente, até a sua efetiva liquidação e pagamento;

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

VIII – refutar a contabilização, pelo regime de caixa, das disponibilidades financeiras do fundo de saúde que estiverem vinculadas às despesas empenhadas no piso constitucional da saúde como um falseado saldo positivo parcial do resultado primário do ente;

IX – recomendar a compensação, como aplicação adicional no exercício imediatamente subsequente, do cancelamento de restos a pagar contabilizados como ASPS para fins do piso da EC n.º 29/2000, na forma da LC n.º 141/2012, sob pena de déficit de aplicação relativo aos anos em que foram inicialmente contabilizados e responsabilização pessoal;

X – cobrar dos gestores a quitação dos restos a pagar que foram contabilizados como ASPS e já tiverem sido liquidados, na sua estrita ordem cronológica e em prazo não superior a 90 (noventa) dias, conforme parâmetro de razoabilidade temporal dado pelo art. 78, inciso XV, da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993;

XI – apurar a prestação de contas e, se necessário, recomendar o cancelamento dos restos a pagar que, a despeito de contabilizados como ASPS, ainda não tiverem sido processados e, portanto, encontrarem-se pendentes de liquidação há mais de dois exercícios, hipótese em que se impõe a compensação do respectivo montante que houver sido contabilizado no piso constitucional a que se refere o art. 198, §§ 2º e 3º, da Constituição Federal;

XII – refutar a classificação como “despesa obrigatória sujeita à programação financeira” e, por conseguinte, a inclusão das despesas de ASPS em limites de pagamento inferiores aos respectivos limites de empenho, sobretudo porque, naquele limite, também é computada a expectativa de quitação dos restos a pagar de exercícios anteriores, na medida em que tal programação deficitária do fluxo de pagamento das ASPS se trata de contingenciamento da movimentação financeira, que é vedado pelo art. 28 da LC n.º 141/2012 e pelo art. 9º, § 2º, da LC n.º 101/2000 - Lei de Responsabilidade Fiscal;

XIII – recomendar aos gestores que o pactuado na Comissão Intergestores Tripartite – CIT e aprovado pelo Conselho Nacional de Saúde - CNS é obrigatório, ainda que excedente ao patamar contábil de gasto mínimo em ASPS, até porque o piso constitucional de custeio da saúde deve comportar a dilatação do limite de empenho – fixado inicialmente no estrito valor mínimo contábil – para que abranja necessariamente o custeio das obrigações de financiamento prévia e formalmente pactuadas na citada Comissão, sob pena de lesão ao

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

pacto federativo, ao princípio da boa-fé objetiva e à responsabilidade solidária no custeio das ações e serviços públicos de saúde;

XIV – avaliar possível responsabilização dos entes federados que descumprirem o rateio pactuado na Comissão Intergestores Tripartite e aprovado pelo CNS, na forma do art. 17, §1º, da LC n.º 141/2012 e do art. 198, §3º, inciso II, da Constituição Federal, ainda que as despesas ali assumidas, eventualmente, sejam superiores ao piso do ente, para que não haja descentralização da execução de programas sem suficiente sustentabilidade financeira ao longo da sua consecução;

XV – refutar que, na forma do art. 4º, inciso X, da LC n.º 141/2012, seja contabilizado no piso federal em ASPS as despesas custeadas por fontes de recursos distintas da base de cálculo definida na aludida Lei ou vinculadas a fundos específicos distintos dos fundos da saúde, como o seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres – DPVAT e restituições de planos de saúde;

XVI – sugerir que as emendas parlamentares impositivas de que trata a Emenda n.º 86/2015 sejam priorizadas para cobertura de despesas de capital com duração adstrita ao exercício financeiro a que se referirem, dado que o caráter discricionário e eventual da própria emenda inviabiliza o custeio de programas de duração continuada e das despesas de capital que exorbitem o exercício financeiro;

XVII – fomentar o aperfeiçoamento da metodologia de lançamento, validação, comparabilidade e fiscalização dos dados disponíveis no Sistema de Informação sobre Orçamento Público em Saúde – SIOPS, na forma do art. 39 da LC n.º 141/2012, em busca do seu cruzamento sistêmico com os dados apurados pelos Tribunais de Contas para fins de resolução tempestiva de eventuais divergências na análise dos gastos mínimos em saúde, à luz do art. 40, parágrafo único, da LC n.º 141/2012;

XVIII – fomentar que as recomendações e ressalvas do controle social aos relatórios quadrimestrais e anual de gestão do SUS, apresentadas pelo respectivo Conselho de Saúde na forma dos artigos 36 e 41 da LC n.º 141/2012, sejam incorporadas, no que couber, como metas e balizas para a saúde estabelecidas na lei de diretrizes orçamentárias do ente, tal como definido pelo art. 30, §4º, da citada Lei Complementar;

XIX – propor que as conclusões do Conselho Social sobre os relatórios quadrimestrais e anual do SUS operem como critérios de avaliação de programas da auditoria

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

do SUS e do controle interno para fins de correção das falhas e aprimoramento do planejamento em saúde, na esteira do art. 74, incisos I e II, da CF/88 e do art. 42 da LC n.º 141/2012;

XX – recomendar a 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, prevista no art. 43, §1º, da LC n.º 141/2012;

XXI – recomendar, no âmbito de cada ente da Federação, que o gestor do SUS disponibilize 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 n.º 8.142/1990 e o art. 44 da LC n.º 141/2012;

XXII – verificar as efetivas conformidades formal e material do Plano de Saúde, Lei Orçamentária Anual - LOA, Programação Anual de Saúde - PAS, Relatório Anual de Gestão - RAG, do Fundo de Saúde, do Conselho de Saúde, da aderência ao SIOPS e da própria aplicação do patamar de gasto mínimo em ASPs como condições de manutenção do fluxo de transferências obrigatórias e voluntárias para o ente, na forma do art. 25, §1º, inciso IV, alínea “b”, da LC n.º 101/2000 e dos artigos 22, parágrafo único, e 39, §6º, da LC n.º 141/2012;

XXIII – recomendar aos Presidentes de Casas Legislativas que o diagnóstico, feito em sede de parecer prévio pelo respectivo Tribunal de Contas, sobre eventual déficit de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, no exercício financeiro apreciado, somente seja refutado no julgamento das contas anuais de governo dos Chefes de Poder Executivo, mediante expressa motivação quanto a fatos relativos ao comportamento da receita ou da despesa do ente;

XXIV – recomendar que os chefes do Executivo, que nos termos do art. 48, I, da Lei de Responsabilidade Fiscal, promovam o incentivo à participação popular e realizem, com ampla divulgação prévia, de audiências públicas, durante os processos de elaboração e discussão dos planos, lei de diretrizes orçamentárias e orçamentos.

XXV – recomendar que os Chefes do Executivo, na forma do art. 2º da Lei n.º 9.452/1997, notifiquem os partidos políticos, os sindicatos de trabalhadores e as entidades empresariais, com sede no ente, da liberação de recursos financeiros provenientes de órgãos e

CONSELHO NACIONAL DO MINISTÉRIO PÚBLICO

entidades da administração federal direta e autarquias, fundações públicas, empresas públicas e sociedades de economia mista federais, no prazo de 02 (dois) dias úteis, contados da data de recebimento dos recursos.

XXVI – recomendar aos Chefes do Executivo que a notificação prevista no item anterior seja realizada por meio de ofício, com os respectivos avisos de recebimento, pela rede mundial de computadores (internet) ou, ainda, pelo meio mais módico possível ao Ente, mantendo-se arquivo de cópia do expediente com a devida identificação do órgão e da pessoa recebedora.

XXVII – recomendar, sem prejuízo da notificação de que trata o item anterior, a afixação de aviso informativo, em local visível na sede do Poder Executivo, referente ao recebimento de recursos financeiros federais, pelo período mínimo de 30 (trinta) dias, contados da data de seu efetivo recebimento, de modo a assegurar à comunidade, destinatária dos recursos, a ciência quanto ao seu recebimento.

Art. 5º Esta Recomendação entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília-DF, 13 de dezembro de 2016.

RODRIGO JANOT MONTEIRO DE BARROS
Presidente do Conselho Nacional do Ministério Público