

GRUPO II – CLASSE VII – Plenário
TC 011.936/2017-7 [Apenso: TC 011.935/2017-0 - Denúncia]
Natureza: Representação
Órgão/Entidade: não há
Representação legal: não há

SUMÁRIO: REPRESENTAÇÃO FORMULADA PELO MINISTÉRIO PÚBLICO DE CONTAS JUNTO AO TCU. ALEGAÇÕES DE DESCUMPRIMENTO, PELA UNIÃO, NA APLICAÇÃO DO PERCENTUAL MÍNIMO CONSTITUCIONAL PARA AÇÕES E SERVIÇOS PÚBLICOS DE SAÚDE NO EXERCÍCIO DE 2016. REQUERIMENTO DE CONCESSÃO DE MEDIDA CAUTELAR PARA DETERMINAR A IMEDIATA COMPENSAÇÃO DOS VALORES CONSIDERADOS SUPRIMIDOS DO MONTANTE DEVIDO. CAUTELAR INDEFERIDA POR AUSÊNCIA DOS PRESSUPOSTOS LEGAIS. RATIFICAÇÃO DE ENTENDIMENTO FIRMADO PELO TRIBUNAL QUANTO À METODOLOGIA A SER APLICADA PARA CÁLCULO DO MÍNIMO CONSTITUCIONAL DE SAÚDE NO EXERCÍCIO DE 2016. NÃO COMPROVAÇÃO DAS IRREGULARIDADES ALEGADAS. IMPROCEDÊNCIA. CIÊNCIA.

RELATÓRIO

Por registrar com propriedade as principais ocorrências havidas no andamento deste processo até o momento, resumindo os fundamentos das peças acostadas aos autos, adoto como relatório a instrução da auditora responsável pela análise do processo (peça 36), *in verbis*, a qual contou com a anuência dos dirigentes da Secretaria de Macroavaliação Governamental (peças 37 e 38):

“I. INTRODUÇÃO

Trata-se de Representação formulada pelo Procurador do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas da União, Júlio Marcelo de Oliveira, por meio da qual encampa o pedido apresentado no bojo da Denúncia objeto do TC 011.935/2017-0, apresentada por Élide Graziane Pinto, Procuradora do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, CPF 034.567.236-44; e por Francisco Rozsa Funcia, Economista, CPF 007.727.298-67, com amparo no art. 5º, XXXIV, alínea ‘a’ combinado com o art. 74, § 2º, da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e o art. 53 da Lei 8443/1992.

2. Os subscritores formalizaram a Denúncia em face do Excelentíssimo Sr. Presidente da República, Michel Miguel Elias Temer Lulia, e do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Ricardo José Magalhães Barros, em razão de indícios de *deficit* na aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde pela União no exercício financeiro de 2016.

3. O descumprimento decorreria, segundo alegam na Denúncia, do não atingimento do piso federal de 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal (RCL) fixado de acordo com o art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB, em razão da revogação do art. 2º da Emenda Constitucional 86, de 18/3/2015, pela Emenda 95, esta promulgada em **15/12/2016**.

4. Além da discussão quanto à vigência e plena eficácia da Emenda 95/2016 sobre a aplicação do mínimo de saúde da União em 2016, questiona-se na Denúncia a aplicação, a título de

compensação, das disponibilidades provenientes de cancelamento, em 2015, de restos a pagar de exercícios anteriores (até 2014).

5. No rol de alegações, antecipam que não cabe invocar, a título de defesa do Executivo federal, que a alteração promovida pelo art. 3º da Emenda 95/2016, com a revogação do art. 2º da Emenda 86/2015, somente produziria efeitos a partir do exercício de 2017. Nas palavras dos subscritores, a Emenda 95/2016 entrou integralmente em vigor na data da sua promulgação.

6. Ressaltam que, quisesse o Poder Constituinte derivado estabelecer diferimento temporal da vigência do piso da União fixado no patamar de 15% da RCL, deveria tê-lo consignado expressamente nas regras de vigência da Emenda 95/2016. Ponderam que a finalidade do art. 2º da Emenda 86/2015 era exatamente a postergação do mínimo de 15%, cujo escalonamento é questionado na Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) 5.595, da relatoria do Ministro Ricardo Lewandowski, do Supremo Tribunal Federal (STF).

7. Na sequência, alega-se na Denúncia que a revogação operada pelo art. 3º da Emenda 95/2016 produziu efeitos imediatos, de modo que não haveria como a União invocar quaisquer argumentos em torno da anualidade orçamentária e mesmo da segurança jurídica para refutar a vigência ainda em 2016 do piso federal a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde correspondente a 15% da RCL. Com a entrada em vigor da Emenda 95, em **15/12/2016**, não caberia - dizem os subscritores - manter a interpretação da extensão temporal de vigência da regra anterior de 13,2% da RCL fixada pelo art. 2º, inciso I da Emenda 86 até 31/12/2016.

8. Para fundamentar a Denúncia, os subscritores recorrem aos números do Demonstrativo das Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde que integra o Relatório Resumido de Execução Orçamentária da União referente ao 6º bimestre de 2016 (peça eletrônica 2, pág. 50-51), divulgado no site do Tesouro Nacional, e pedem ao final:

i) o conhecimento e recebimento da Denúncia;

ii) seja deferida, *inaudita altera parte*, a tutela cautelar para determinar a imediata compensação do saldo de restos a pagar cancelados em 2015, em acréscimo ao piso federal em ações e serviços públicos de saúde de 2016, bem como a compensação do *deficit* de aplicação de R\$ 2,574 bilhões verificado no ano passado;

iii) seja notificada a Presidência da República e o Ministério da Saúde, para, querendo, apresente razões e justificativas em face das irregularidades constatadas;

iv) seja dada procedência aos pedidos de compensação formulados, confirmando-se os efeitos da medida cautelar, declarado o *deficit* federal de aplicação em saúde para todos os efeitos de exame das contas anuais de 2016 do Governo da República, bem como para os devidos fins das possibilidades de responsabilização a que se refere o art. 46 da Lei Complementar 141/2012.

9. Em relação à compensação do saldo de restos a pagar cancelados em 2015, assevera o Procurador Júlio Marcelo de Oliveira que se esses cancelamentos não forem compensados como aplicação adicional em 2016, o cumprimento do piso federal em saúde em relação aos exercícios a que se referem tais cancelamentos fica comprometido.

10. O representante também registra o alerta dos subscritores da Denúncia no sentido de que ‘os restos a pagar cancelados em 2015 referem-se às despesas empenhadas em exercícios anteriores (até 2014), cujos valores foram computados para apurar a aplicação em ASPs daqueles respectivos exercícios’.

11. Transcreve, na sequência, o seguinte registro consignado na Denúncia: ‘Desconsiderar o dever de compensação dos restos a pagar cancelados anteriormente a 2014 não só é inconstitucional, como também muito preocupante à luz dos elevados valores inscritos em cada exercício’. Nessa trilha argumentativa, alerta o Procurador:

‘... se esses cancelamentos não forem compensados como aplicação adicional em 2016, o cumprimento do piso federal em saúde em relação aos exercícios a que se referem esses cancelamentos fica comprometido. É como se estivesse ocorrendo uma fraude: o governo

empenha a despesa, inscreve em restos a pagar, computa o gasto como aplicação mínima em saúde naquele exercício de origem da dotação empenhada, sem efetivamente realizar o gasto, e depois cancela os restos a pagar, aplicando em saúde, na prática, menos que o determinado pela Constituição Federal.’

12. Destaca, com base na documentação recebida em seu Gabinete, que ‘somente é possível computar despesas empenhadas e não processadas, no piso em ASPS, mediante o depósito correspondente do saldo financeiro no fundo de saúde e sempre condicionado à sua efetiva realização posterior’.

13. Conclui no sentido de que todas as falhas descritas na Representação caracterizam o *fumus boni iuris* necessário para a concessão de medida cautelar que determine a compensação do saldo de restos a pagar cancelados em 2015 e do *deficit* de aplicação de **R\$ 2,574 bilhões** verificado no ano de 2016.

14. No entendimento do Procurador, os fatos narrados pelos subscritores apontam para uma ‘incoerente e abusiva rota de precarização do gasto mínimo federal em saúde, que - direta ou indiretamente - dá causa à percepção social de que o país não consegue cumprir o desiderato constitucional de oferecer à população um Sistema Único de Saúde universal, igualitário e integral’, o que evidencia o *periculum in mora*, visto que em razão desse não cumprimento do comando constitucional um número imenso de pessoas foram privadas dos serviços de saúde no país ou os receberam de forma precária e inadequada.

15. Registre-se, a título de informação, que, em 28/4/2017, os subscritores também encaminharam Representação com teor idêntico ao **Procurador Regional dos Direitos do Cidadão no Ministério Público Federal em São Paulo**, Pedro Antônio de Oliveira Machado, conforme peça eletrônica 2 do TC 011.935/2017-0, apenso a estes autos.

16. No documento supramencionado, pede-se a promoção das medidas necessárias para resguardar o interesse coletivo e apurar as irregularidades que reputam perpetradas pela União quanto ao dever de financiamento mínimo das ações e serviços públicos de saúde. Além disso, pleiteia-se a imediata compensação do saldo de restos a pagar cancelados em 2015, em acréscimo ao piso federal que deveria ter sido aplicado em 2016, bem como a compensação do *deficit* de aplicação de R\$ 2,574 bilhões, sem prejuízo das possibilidades de responsabilização a que se refere o art. 46 da Lei Complementar 141/2012.

17. Nesses termos, o representante do Ministério Público de Contas junto ao TCU aderiu, na totalidade, às preocupações, informações e motivações apresentadas pela Procuradora do Ministério Público de Contas junto ao TCE-SP, Elida Graziane Pinto, e pelo economista Francisco Rozsa Funcia, formalizando os seguintes pedidos:

- i) o recebimento e autuação de sua Representação;
- ii) **CAUTELARMENTE**, seja determinada a imediata compensação do saldo de restos a pagar cancelados em 2015, em acréscimo ao piso federal em ASPS de 2016, bem como a compensação do *deficit* de aplicação de R\$ 2,574 bilhões verificado no ano passado;
- iii) sejam notificados a Casa Civil da Presidência da República, o Ministério da Fazenda e o Ministério da Saúde, para, querendo, apresentarem esclarecimentos em face das irregularidades verificadas;
- iv) caso os esclarecimentos que vierem a ser apresentadas não sejam capazes de elidir as irregularidades apresentadas na Representação em questão, que sejam promovidas as diligências e inspeções necessárias para a elucidação dos fatos e, na hipótese de serem comprovadas as ilegalidades, que sejam promovidas as audiências pertinentes;
- v) na hipótese de não serem sanadas as irregularidades que justificarem a realização de audiências, seja dada procedência aos pedidos de compensação formulados, confirmando-se os efeitos da medida cautelar, sejam aplicadas as sanções pertinentes e adotadas as demais providências cabíveis.

18. Por derradeiro, o Ministério Público de Contas junto ao TCU requereu a oportunidade de oficiar nos autos após a instrução da Unidade Técnica, ocasião em que poderá oferecer seus contributos adicionais para o julgamento de mérito desta Representação.

19. Neste estado, chegaram os presentes autos à Secretaria de Macroavaliação Governamental (Semag), cuja análise e instrução foram realizadas pela Diretoria de Fiscalização da Dívida Pública, da Política Econômica e da Contabilidade Federal (Dipec).

II. EXAME DE ADMISSIBILIDADE

20. O exame de admissibilidade demonstrou plena observância do disposto no art. 103 da Resolução-TCU 259/2014, que estabelece os seguintes pressupostos:

‘Art. 103. As denúncias e as representações sobre irregularidades ou ilegalidades que derem entrada no Tribunal, nos termos dos arts. 234 a 237 do Regimento Interno, serão registradas e encaminhadas à unidade técnica responsável pela clientela a que se refira a matéria para autuação, exame de admissibilidade e, se for o caso, exame de mérito.

§ 1º O exame de admissibilidade abordará a competência do Tribunal sobre o assunto, a legitimidade do autor, a suficiência dos indícios e a existência de interesse público no trato da suposta ilegalidade apontada.’

21. Em relação à competência do Tribunal para apreciar o tema, trata-se de matéria constitucional que exige lei complementar para disciplinar as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas esferas federal, estadual, distrital e municipal, conforme art. 198, § 3º, inciso III da CRFB. Tais normas gerais foram fixadas pela Lei Complementar 141/2012, que assim dispõe sobre a fiscalização do mínimo da saúde e prestação de contas:

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

...

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

22. A leitura desses dois dispositivos deve ser feita de forma sistemática com o art. 35 do mesmo Diploma, o qual estabelece que as receitas correntes e as despesas com ações e serviços públicos de saúde serão apuradas e publicadas nos balanços do Poder Executivo, assim como em demonstrativo próprio que integra o Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) previsto no art. 165, § 3º da CRFB e regulamentado pelo art. 52 da Lei de Responsabilidade Fiscal (Lei Complementar 101/2000 - LRF).

23. Esse exercício hermenêutico precisa considerar, ainda, o disposto no art. 25 da Lei Complementar 141/2012, segundo o qual eventual diferença que implique o não atendimento, em determinado exercício, dos recursos mínimos em saúde deverá ser acrescida ao montante mínimo do exercício subsequente ao da apuração da diferença, sem prejuízo do montante mínimo do exercício de referência e das sanções cabíveis. Na esteira, o parágrafo único do mesmo artigo define, de forma expressa, a competência do TCU para verificar a aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde da União.

24. Por se tratar de matéria que a Lei Complementar determina apuração no parecer prévio sobre as contas presidenciais anuais referido no art. 71, inciso I, da CRFB e no art. 56 da LRF, fica clara a competência da Semag para analisar e se pronunciar sobre as questões agitadas nos autos, consoante o disposto na Resolução TCU 266/2014, segundo a qual compete à referida Unidade Técnica:

‘Art. 45. **A Semag tem por finalidade assessorar os relatores das contas do Presidente da**

República, dos presidentes dos órgãos dos poderes Legislativo e Judiciário e do Chefe do Ministério Público da União na **elaboração dos pareceres prévios a cargo do Tribunal**, bem como realizar análises sistêmicas e econômicas de programas de governo, da dívida pública, da arrecadação, da renúncia de receita, das transferências constitucionais e da dívida ativa.

Art. 46. Compete à Semag:

I - instruir os processos relativos a procedimentos de fiscalização, representações, denúncias, requerimentos, certidões e contestações referentes a transferências constitucionais para Estados, Distrito Federal e municípios, bem como outros relacionados à sua finalidade;

...

XI - realizar fiscalização e controle do cumprimento das normas estabelecidas pela Lei Complementar 101, de 4 de maio de 2000, e legislação correlata;’ (grifamos)

25.Quanto à competência para apresentação da Representação de autoria do Procurador Júlio Marcelo de Oliveira, a iniciativa encontra amparo no art. 237, inciso I do RITCU c/c art. 84 da Lei 8.443/1992, que aplica aos membros do Ministério Público de Contas as disposições da Lei Orgânica do Ministério Público da União (Lei Complementar 75/1993), notadamente no que diz respeito às prerrogativas, preenchidos os requisitos legais de admissibilidade.

26.Vê-se, pois, que estão presentes os pressupostos de constituição estabelecidos pelos arts. 235 e 237 do RITCU c/c o art. 103, § 1º, da Resolução-TCU 259/2014, no que diz respeito à competência do Tribunal sobre o assunto, à legitimidade dos autores, à suficiência dos indícios e à existência de interesse público. Em razão do exposto, a Denúncia e a Representação devem ser conhecidas.

27.Em Despacho de peça eletrônica 11 dos presentes autos, o relator conheceu da presente Representação, por restarem configurados os requisitos de admissibilidade previstos no art. 237 c/c o art. 235 do Regimento Interno do TCU (item 7).

28.Ressaltou, ainda, tratar-se de matéria constitucional, consoante o disposto no art. 198, § 3º, inciso III da CRFB, disciplinada pela Lei Complementar 141/2012, cujo art. 25, parágrafo único, define expressamente a competência do Tribunal de Contas da União para a verificação da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

29.Em desfecho, o relator concluiu pelo indeferimento da medida excepcional pleiteada, uma vez não restarem configurados os pressupostos do *fumus boni iuris* e do *periculum in mora* (itens 10-14).

30.No que diz respeito à Denúncia, tem-se que a iniciativa foi formalizada pela representante do Ministério Público de Contas junto ao TCE-SP e outros, cujos subscritores encontram-se devidamente qualificados na inicial formulada com amparo no art. 74, § 2º, da CRFB, regulamentado pelo art. 53 da Lei 8.443/1992. No plano infralegal, a iniciativa encontra amparo nos arts. 234 a 236 do Regimento Interno do TCU (RITCU), preenchidos todos os pressupostos de admissibilidade, consoante a análise empreendida no processo respectivo (peças eletrônicas 3 e 4, TC 011.935/2017-0).

31.O exame de admissibilidade, o pedido suspensão do sigilo e de apensamento da **Denúncia** aos presentes autos constaram da Instrução objeto de peça eletrônica 3 do TC 011.935/2017-0, cuja proposta foi integralmente acolhida conforme Despacho do relator (peça eletrônica 5 do referido processo).

III. DA DILIGÊNCIA

III.1. Da Realização de Diligência junto aos Órgãos Federais

32.Sobre os indícios de irregularidade, os principais pontos de discussão se referem: i) à eficácia da Emenda 95/2016 sobre a apuração do mínimo de saúde da União no ano da promulgação da norma constitucional; e ii) à compensação, no exercício de 2016, das disponibilidades provenientes de restos a pagar inscritos nos orçamentos referentes até 2014, que teriam sido cancelados em 2015.

33.As possíveis repercussões gravosas que poderiam decorrer da Denúncia e da Representação

qualificadas nestes autos exigiram uma análise criteriosa de todos os aspectos apontados como indícios de irregularidade.

34.Quanto ao mérito da primeira questão a ser dirimida, referente à controvérsia atinente à metodologia de cálculo do mínimo em ações e serviços públicos de saúde que se aplica mais adequada para o exercício de 2016, o relator discordou da tese formulada e acolheu integralmente a análise empreendida pela Semag, no sentido da aplicabilidade da Emenda 86/2015 no exercício de 2016.

35.No que tange ao segundo ponto tratado na Representação, relativo à compensação das disponibilidades de restos a pagar inscritos até 2014 e cancelados em 2015, o relator, acolhendo a proposta da unidade instrutora (peças eletrônicas 9 e 10), determinou a realização de diligências junto à Secretaria de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (SOF), e à Secretaria do Tesouro Nacional do Ministério da Fazenda (STN) para que, conjuntamente, encaminhassem as informações requeridas, as quais permitirão fazer um diagnóstico preciso quanto à compensação de eventuais disponibilidades de caixa provenientes do cancelamento de restos a pagar (peça eletrônica 11).

36.Com vistas pluralizar a discussão, o relator acolheu proposta das unidades instrutoras e determinou fosse dada ciência e oportunizados comentários, em caráter facultativo, dos Ministros da Fazenda, do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, da Saúde, da Casa Civil e da Advogada-Geral da União. Também foi oportunizada a ciência e facultada a manifestação dos Subprocuradores-Gerais da República titulares da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e das 1ª e 5ª Câmaras de Coordenação e Revisão (1ª e 5ª CCR) da Procuradoria-Geral da República, assim como do Procurador Regional dos Direitos do Cidadão (PRDC) no Ministério Público Federal em São Paulo, Pedro Antônio de Oliveira Machado (documento entregue em 1/6/2017, conforme aviso de recebimento de peça eletrônica 33).

III.2. Das Respostas à Diligência e Manifestações dos Gestores

37.Em resposta à diligência sobre a compensação das disponibilidades de restos a pagar cancelados, em 30/5/2017, a STN encaminhou Ofício 41/2017-CFORM/DIRCO/STN/MF-DF, por meio do qual apresenta a Nota Conjunta 002/2017-STN/MF-SOF/MPDG (peças eletrônicas 28 e 29). Em 2/6/2017, foi encaminhado Ofício 43/2017-CFORM/DIRCO/STN/MF-DF ao qual foi anexada a Nota Conjunta 003/2017-STN/MF-SOF/MPDG (peça eletrônica 30), em complementação à Nota Conjunta anterior.

38.Em apertada síntese, a SOF e a STN manifestaram concordância com a análise empreendida na Instrução Preliminar, merecendo destaque o seguinte trecho da Nota Conjunta:

‘4. Inicialmente cabe registrar, que a SOF e a STN apoiam integralmente as considerações contidas na instrução do processo TC 011.936/2017-7, no que se refere ao item III. 2. Da Eficácia das Regras para Apuração do Mínimo em Ações e Serviços Públicos de Saúde no exercício de 2016, ao esclarecer que o art. 110, inciso I, do ADTC fixou, expressamente, que sua eficácia normativa se daria, de forma excepcional, no exercício de 2017.’

39.No que diz respeito à compensação das disponibilidades decorrentes do cancelamento de restos a pagar de despesas consideradas para fins de apuração do mínimo constitucional, a SOF e a STN apresentaram divergência desta Unidade Técnica em relação aos restos a pagar inscritos em exercícios anteriores a 2012, no caso em questão de 2007 a 2011, independentemente da data do cancelamento ou da prescrição.

40.Dito em outras palavras: no entendimento da SOF e STN, mesmo que a União tenha cancelado os restos a pagar inscritos de 2007 a 2011 **após 16/1/2012** (data da vigência da Lei Complementar 141), não haveria necessidade de aplicar as disponibilidades correspondentes em ações e serviços públicos de saúde **adicionais**.

41.Alegam, para justificar essa tese, que a Emenda 29/2000 não trouxe nenhuma determinação no sentido de reposição de restos a pagar cancelados. Aduzem haver entendimentos diferentes entre o Ministério Público Federal e o Poder Executivo federal sobre a matéria. Ressaltam que, após várias

tentativas de entendimento, o tema acabou sendo levado à apreciação do Poder Judiciário, na Ação Civil Pública, que deu origem ao Processo 47981-93.2010.4.01.3400. Transcreve, na sequência, os seguintes trechos da sentença:

‘A controvérsia estabeleceu-se quanto à forma de cálculo dos recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde pela União, prevista no art. 77 do ADCT, o qual está assim redigido:

...

Cabe observar que, apesar de essa regra ter sido formulada para vigor até 2004, o § 4º do mesmo artigo dispõe que ‘na ausência de lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, a partir do exercício financeiro de 2005 aplicar-se-á à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios o disposto neste artigo’. Como a lei complementar não foi editada até o presente momento, permanece vigente essa fórmula de cálculo dos recursos mínimos aplicados anualmente nas ações e serviços públicos de saúde, evidenciando a continuidade do interesse de agir.

(...)

Descabe, por fim, o argumento do autor de que, na prática, o critério adotado pela União acarretaria a aplicação de valor menor nas ações e serviços públicos de saúde do que o devido, em decorrência da não dedução dos restos a pagar cancelados.

A tabela de fl. 149 demonstra que, na verdade, seguindo-se a metodologia prevista no art. 77 do ADCT, o valor anual efetivamente aplicado (valor empenhado deduzido os restos a pagar cancelados), no acumulado de 2000 a 2010, foi maior do que se fosse adotado o critério defendido pelo autor, justamente por não se excluir da base de cálculo os empenhos cancelados no ano anterior. Ao utilizar uma base de cálculo ‘cheia’, sem deduzir os empenhos cancelados, para então aplicar o acréscimo percentual determinado pela norma, obtém-se um valor maior a ser considerado como patamar mínimo a ser aplicado a cada ano.

Não se nega que a sistemática adotada pelo art. 77 do ADCT, de considerar o montante empenhado para fins de cumprimento dos recursos mínimos aplicados nas ações e serviços públicos de saúde e de base de cálculo para os orçamentos subsequentes, sem deduzir os restos a pagar cancelados, acaba por tornar pouco transparentes as informações acerca do gasto real com ações e serviços públicos de saúde, ‘uma vez que inclui valores que, ao final e na verdade, não são efetivamente gastos em ações e serviços públicos de saúde’, como enfatiza o MPF.

No entanto, como demonstrado, essa situação decorre do próprio critério adotado pelo texto constitucional, não cabendo ao Judiciário alterá-lo para aprimorar o controle social dos gastos. **A solução do problema suscitado pelo MPF deve ser buscada na lei complementar a que se refere o art. 198, § 3º, ainda em fase de discussão legislativa.**

Firme, portanto, nas razões acima expendidas a improcedência do pedido é medida que se impõe.

Ante o exposto, JULGO IMPROCEDENTE O PEDIDO.’ (grifamos)

42.Com base na referida sentença, a SOF e a STN asseveram que ‘ficou pacificado que, antes da Lei Complementar nº 141/2012, não há de se falar em reposição de restos a pagar’. Nessa marcha batida, observam que após a Lei Complementar 141/2012 essa questão foi disciplinada no art. 24 da referida norma geral. Ressaltam que a SOF se pronunciou sobre o tema em duas Notas Técnicas Conjuntas, a primeira em 17/5/2012 e a segunda em 8/11/2012.

43.Cumprir fazer um parêntese para registrar que as Notas Técnicas mencionadas integram o TC 012.762/2012-1 (peças eletrônicas 8 e 49 respectivamente), instaurado para fins de levantamento de auditoria com vistas a avaliar a aplicação da Lei Complementar 141/2012 no primeiro ano de sua vigência. Frise-se, ainda, que na ocasião a Semag e a Secex Saúde analisaram e se pronunciaram sobre a compensação das disponibilidades resultantes de cancelamento de restos a pagar, conforme consta do Relatório que fundamenta o Voto do Ministro Walton Alencar, relator do Acórdão

1.376/2015-TCU-Plenário (peça eletrônica 65), que será contextualizado na análise de mérito destes autos.

44. Ainda em cumprimento à diligência, a Nota Conjunta 002/2017-STN/MF-SOF/MPDG apresenta tabela com a descrição dos restos a pagar inscritos de 2007 a 2012, cujos atos de cancelamento ocorreram após a vigência da Lei Complementar 141/2012 (de 2012 a 2016). As informações, extraídas do Tesouro Gerencial, podem ser assim sintetizadas:

Valores em R\$ Milhares

Exercício do Ato de Cancelamento de Restos a Pagar Não Processados	Ano de Inscrição em Restos a Pagar Não Processado de Ações e Serviços Públicos de Saúde					
	2012	2011	2010	2009	2008	2007
	Disponibilidades do Cancelamento de Restos a Pagar Não Processados Inscritos de 2007 a 2012					
2016	146.151,69	99.848,01	23.842,57	59.467,36	5.683,12	37,06
2015	124.887,31	61.267,06	58.944,01	16.464,77	6.936,15	10.572,20
2014	149.983,55	82.294,51	65.071,63	46.562,11	3.463,54	3.540,09
2013	343.811,79	145.583,19	134.029,17	156.678,10	17.348,81	1.501,51
2012		488.720,66	102.703,04	90.649,36	19.906,32	13.423,01
Total	764.834,34	877.713,44	384.590,43	369.821,70	53.337,93	29.073,88

Fonte: Tabela do item 11 da Nota Conjunta 002/2017-STN/MF-SOF/MPDG com informações do Tesouro Gerencial (peça eletrônica 29)

45. De acordo com as informações prestadas, a soma das disponibilidades provenientes dos atos de cancelamento, de 2012 a 2016, referentes a restos a pagar não processados inscritos e computados para fins de apuração dos mínimos de saúde de 2007 a 2012, atingiu **R\$ 2,479 bilhões**. Anota-se que, deste montante, R\$ 335 milhões referem-se tão somente a atos de cancelamento ocorridos em 2016, os quais terão tratamento específico na análise de mérito empreendida nestes autos.

46. Extraem-se da Nota Conjunta as seguintes informações consideradas relevantes para subsidiar a análise dos pedidos:

Valores em R\$ Milhares

Exercício do Cancelamento	Despesas Executadas nas Modalidades de Aplicação Específicas ¹ para Compensação no Exercício Posterior ao Cancelamento dos Restos a Pagar	Montante Acumulado do Cancelamento de Restos a Pagar Não Processados até o Período de Apuração da Compensação Exigível	Ano de Inscrição dos Restos a Pagar Não Processado Relativos a Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde			
			2015	2014	2013	2012
2016	482.911,64	558.164,44	184.749,31	118.035,46	109.227,98	146.151,69
2015	405.474,80	493.066,21		233.039,40	135.139,49	124.887,31
2014	344.660,41	367.525,08			217.541,53	149.983,55
2013	0,00	343.811,79				343.811,79

2012	0,00	0,00				
Total	1.233.046,85	1.762.567,52	184.749,31	351.074,86	461.909,00	764.834,34

Informações Complementares para Cálculo do Saldo Excedente em Relação ao Mínimo do Exercício de Referência

Excedente de Despesas com Ações e Serviços Públicos de Saúde em Relação ao Mínimo Constitucional do Exercício de Referência (= Total das Despesas Empenhadas em Ações e Serviços Públicos de Saúde – Mínimo do Exercício)	1.745.866,26	284.444,36	142.048,41	561.056,51
Montante Acumulado do Cancelamento de Restos a Pagar Não Processados do Exercício de Referência		351.074,86	461.909,00	764.834,34
Saldo do Excedente em Ações e Serviços Públicos de Saúde em Relação ao Mínimo Aplicado no Exercício de Referência		-66.630,50	-319.860,59	-203.777,83

Fonte: Tabela do item 12 da Nota Conjunta 002/2017-STN/MF-SOF/MPDG com informações do Tesouro Gerencial (peça eletrônica 29)

Nota: 1 Modalidades de Aplicação Específicas 35, 45, 73, 75 e 95, previstas para destacar a aplicação em ações e serviços públicos de saúde para compensar as disponibilidades de caixa decorrentes do cancelamento de restos a pagar não processados considerados na apuração do mínimo constitucional, em atendimento ao disposto no art. 24, § 2º da Lei Complementar 141/2012.

47. Com a finalidade de complementar a tabela prevista no item 11 da primeira Nota Conjunta, a STN encaminhou a Nota Conjunta 003/2017-STN/MF-SOF/MPDG (peça eletrônica 30), da qual sobressai a tabela do item 2 com as seguintes informações referentes à apuração do mínimo com ações e serviços públicos de saúde no período de 2006 a 2012, a saber:

Valores em R\$ Milhares

Exercício	Empenho RREO	Base de Cálculo⁽¹⁾	de Correção⁽²⁾	Mínimo de Saúde	de Excedente (+) ou Deficit (-)
o	<i>(a)</i>	<i>(b)</i>	<i>(c) = (PIB_{t-1} / PIB_{t-2})</i>	<i>(d) = (b*c)</i>	<i>(a - d)</i>
2006	40.750,2	37.145,8	1,0968	40.740,8	9,3
2007	44.303,5	40.750,2	1,0865	44.274,3	29,2
2008	48.678,7	44.304,1	1,0968	48.593,8	84,8
2009	58.581,1	48.670,2	1,1291	54.952,7	3.628,4
2010	61.976,7	58.277,1	1,0506	61.223,0	753,7
2011	72.356,6	61.966,3	1,1638	72.117,7	238,9
2012	80.073,8	72.332,3	1,0989	79.487,2	586,5

Fonte: Tabela do item 2 da Nota Conjunta 003/2017-STN/MF-SOF/MPDG com informações do Tesouro Gerencial (peça eletrônica 30)

Notas:

1 Até 2002 utilizava-se o critério da 'base fixa' com base no Parecer Nº GM 16/2000, de 29 de dezembro de 2000, da Advocacia Geral da União. A partir de 2003 passou-se a utilizar a 'base móvel' em razão da Decisão 143/2002-TCU-Plenário

2 Projeção elaborada com parâmetros SPE. Até 2006 considera-se o PIB conforme metodologia antiga

3 Em 2007, não se considera a revisão do PIB de 2006, realizada pelo IBGE em novembro de 2008

48. No documento em questão, a SOF e a STN informam que as despesas executadas nas Modalidades de Aplicação 35, 45, 73, 75 e 95, informadas no item 12 da Nota Conjunta 002/2017, não compõem o total das despesas para fins de cálculo do cumprimento do mínimo constitucional.

49. Em conclusão, os referidos órgãos centrais de orçamento e contabilidade da União encerram o cumprimento da diligência reiterando o entendimento de que os valores de restos a pagar cancelados a serem compensados devem referir-se tão somente aos empenhos e inscrições a partir da nova base de cálculo, ou seja, a partir do exercício de 2012.

50. O Ministro da Saúde se pronunciou por meio do Aviso 324/GM/MS, de 5/6/2017 (peça eletrônica 31). Em resumo, registra que a análise preliminar deste Tribunal guarda completa convergência com o entendimento do referido ministério. Encaminha, a título de fundamento, o

Parecer 440/2017/CONJURMS/CGU/AGU, de 10/5/2017, além de manifestar convergência com o teor das notas emitidas conjuntamente pela STN e SOF.

51. Em 6/6/2017, a Consultoria-Geral da União, órgão que integra a Advocacia-Geral da União (AGU), manifestou-se nos termos do documento de peça eletrônica 32, por meio do qual requerer a juntada do Ofício 048/2017/CFORM/DIRCO/STN/MF-DF, de 5/6/2017. O documento, em síntese, encaminha os ofícios da STN que apresentaram as duas notas conjuntas já contextualizadas nos itens precedentes, com destaque para a divergência referente à compensação das disponibilidades de caixa decorrentes do cancelamento de restos a pagar. Em 7/6/2017, a Consultoria-Geral encaminhou cópia das mesmas notas conjuntas, com manifestação da Consultoria Jurídica e da Secretaria-Adjunta de Avaliação e Relações Institucionais (SEARI/SOF) do Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (peça eletrônica 34).

52. Neste estágio os autos retornaram à Semag para análise do mérito.

III. ANÁLISE DE MÉRITO

III.1. Considerações Preliminares

53. São históricas as controvérsias em torno do mínimo da saúde fixado para União, cuja metodologia é marcada por disputas políticas no Congresso Nacional ou no Poder Judiciário, seja por demandas patrocinadas por representantes dos entes subnacionais, seja por entidades da sociedade civil.

54. Os dissídios hermenêuticos em torno das regras norteadoras das metodologias de cálculo de apuração do mínimo da saúde da União (receitas e despesas) remontam à sua origem, com a promulgação da Emenda 29/2000.

55. Em 2001, logo após a entrada em vigor da Emenda supramencionada, a Comissão de Seguridade Social e Família da Câmara dos Deputados (CSSF/CD) formalizou duas Consultas ao TCU que versaram sobre a metodologia de cálculo do mínimo da saúde instituído para União. A análise, feita no TC 004.370/2001-8, ao qual foi apensado o TC 005.910/2001-7, resultou na **Decisão 143/2001-TCU-Plenário**, da relatoria do Ministro-Substituto Lincoln Magalhães da Rocha.

56. Para pacificar a controvérsia instaurada no âmbito do próprio Poder Executivo - mais especificamente entre os Ministérios da Fazenda e da Saúde -, permeando as discussões na CSSF/CD, este Tribunal entendeu, em síntese, que as despesas mínimas com saúde deveriam ter como parâmetro o valor efetivamente empenhado no ano anterior corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB).

57. A compensação das disponibilidades de caixa decorrentes do cancelamento de restos a pagar considerados para fins de cálculo do mínimo de saúde foi outro ponto de divergência. Em 2010, o Ministério Público Federal ajuizou Ação Civil Pública para pleitear a compensação das disponibilidades provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados computados para fins de apuração dos mínimos constitucionais nos exercícios de 2000 a 2010, conforme exposto nas Notas Conjuntas da STN e SOF.

58. Sobre essa ação judicial, forçoso observar que a sentença do Juízo da 7ª Vara da Justiça Federal da 1ª Região (peça eletrônica 3 destes autos) não vincula este Tribunal para fins do exercício do controle externo.

59. A uma, porque fica claro no dispositivo da sentença, proferida em **7/3/2013**, que a razão de decidir não considerou as **novas regras** de compensação das disponibilidades de caixa decorrentes de cancelamento de restos a pagar não processados previstas no art. 24 da Lei Complementar 141, vigente desde **16/1/2012**. A duas, porque a decisão judicial também não considera, em nenhuma passagem, a regra do art. 8º, parágrafo único da LRF, cuja análise será empreendida mais adiante no tópico próprio da compensação das disponibilidades de caixa decorrentes de cancelamento e prescrição de restos a pagar considerados para fins de mínimo. A três, o tema foi amplamente discutido com a SOF, STN e Ministério da Saúde por ocasião do levantamento de auditoria realizado no âmbito do TC 012.762/2012-1, que resultou no **Acórdão 1.376/2015-TCU-Plenário**,

da relatoria do Ministro Walton Rodrigues.

60.O referido procedimento de fiscalização foi específica e preventivamente instaurado para traçar um diagnóstico e orientar os órgãos do Poder Executivo sobre a implementação da Lei Complementar 141/2012 no primeiro ano de sua vigência, com vistas a evitar falhas operacionais, equívocos interpretativos e conflitos desnecessários.

61.Soma-se a isso o fato de o art. 21, inciso II, da Lei 8.429/1992 (Lei de Improbidade Administrativa na esfera cível) dispor, de forma expressa, sobre a independência das esferas de responsabilização civil e de controle externo.

62.Mesmo com a edição da Lei Complementar 141/2012 os conflitos não foram totalmente pacificados. Cite-se, a título de exemplo, o **Pedido 5.080**, da relatoria do Ministro Celso de Mello, ajuizado no STF pela Associação Médica Brasileira (AMB) ação civil pública por ato de improbidade administrativa do então Ministro da Saúde, Alexandre Rocha Santos Padilha, pelo que se entendeu constituir descumprimento da referida norma geral no primeiro ano de sua vigência.

63.Por vislumbrar equívoco na interpretação de dispositivos complexos da recém-aprovada lei complementar levada ao STF (peças eletrônicas 59 e 61 do TC 012.762/2012-1), os riscos de judicialização da referida norma geral foram abordados em título específico do levantamento de auditoria já mencionado.

64.Os conflitos não pararam por aí e chegaram ao Congresso Nacional, atingindo o seu ápice durante o processo de discussão do Projeto de Lei de Orçamentária da União apresentado para o exercício de 2013. A confusão em torno do conceito de ações e serviços públicos de saúde levou a CSSF/CD aprovar Requerimento para que fosse formalizada Consulta ao Tribunal, o que deu origem ao TC 046.061/2012-6, da relatoria do Ministro Walton Alencar.

65.Na mesma época, a Procuradoria-Geral da República também foi provocada pelo Presidente da CSSF/CF, ocasião em que sinalizou com a possibilidade de judicialização pelo Ministério Público Federal (Ofício 065/PGR/OS/2012 - peça eletrônica 16 do processo em tela) caso o Congresso Nacional mantivesse o rol controverso de ações para fins de apuração do mínimo de saúde.

66.Devido ao elevado grau de conflito conceitual, o projeto só foi convertido na Lei 12.798 em 4/4/2013, o que deixou a União sem orçamento durante o primeiro trimestre do respectivo exercício.

67.A resposta à Consulta foi apreciada pelo **Acórdão 31/2017-TCU-Plenário**, sob a relatoria do Ministro-Substituto Augusto Sherman Cavalcanti. As controvérsias sobre o conceito de ações e serviços públicos de saúde para fins de apuração do mínimo constitucional, todavia, ainda não estão integralmente pacificadas, em razão de **Embargos de Declaração** opostos pela SOF contra os itens 9.2.2 e 9.2.5 do Acórdão, o que aguarda exame de admissibilidade pela Secretaria de Recursos (Serur).

68.Todos esses conflitos hermenêuticos têm em comum um único fator: a disputa alocativa do orçamento da União, sendo o mínimo da saúde objeto de permanente vigilância e todo tipo de pressão política - o que é plenamente legítimo -, uma vez que mais da metade desses recursos abastece as finanças dos entes subnacionais, ampliando mais ou menos a capacidade de cada um para prestar serviços de saúde à população, sem perder de vista o impacto fiscal que esses recursos acarretam.

69.A instituição do Novo Regime Fiscal, com a promulgação da Emenda 95/2016, aprofunda os desafios alocativos do orçamento da União, alcançando, ainda que pela via reflexa, os demais entes da Federação, em especial na área da saúde.

70.Isso porque, como dito, mais da metade do orçamento da União em saúde é aplicada de forma descentralizada, mediante repasse aos demais entes da Federação segundo critérios objetivos de distribuição fixados pelos arts. 17 e 18 da Lei Complementar 141/2012, assim previstos em atendimento ao comando constitucional que tem por objetivo a progressiva redução das disparidades regionais (art. 198, § 3º, inciso II).

71. Embora não se trate, nem de longe, de transferência que materializa o pacto federativo fiscal, como ocorre com as transferências constitucionais de impostos definidos nos arts. 153, § 3, 157 a 159 da CRFB, não se pode desconsiderar o impacto que eventual redução do mínimo federal pode acarretar nas finanças dos entes subnacionais. O impacto é direto e pode ser substancial nas contas públicas dos entes menos desenvolvidos economicamente, sendo necessário guarnecer as discussões sobre as escolhas alocativas dessa amplitude.

72. O Relatório que fundamenta o **Acórdão 2.444/2016-TCU-Plenário** (itens 147 a 150), da relatoria do Ministro Bruno Dantas, dimensiona a percepção apontada. O documento evidencia que, em 2015, o orçamento federal da Função Saúde foi da ordem de **R\$ 110,2 bilhões**, dos quais R\$ 100,1 bilhões foram aplicados em ações e serviços públicos de saúde, valor superior ao mínimo fixado em **R\$ 98,3 bilhões**. Deste montante, mais de **R\$ 64 bilhões** (65,10%) foram transferidos na modalidade fundo a fundo a estados (R\$ 17,1 bilhões na Modalidade de Aplicação 31) e municípios (R\$ 46,9 bilhões na Modalidade de Aplicação 41).

73. Em 2016, o orçamento federal destinado à Função Saúde totalizou **R\$ 116,8 bilhões**, conforme execução do Órgão Máximo da Unidade Orçamentária Ministério da Saúde, dos quais R\$ 106,2 bilhões referem-se a ações e serviços públicos de saúde, valor superior ao mínimo considerado nesta análise preliminar de **R\$ 95,4 bilhões**.

74. Do valor mínimo de gasto em saúde pela União, **R\$ 17,5 bilhões** foram transferidos aos estados na modalidade fundo a fundo (31) e **R\$ 48,3 bilhões** aos municípios na mesma modalidade (41), perfazendo **R\$ 65,8 bilhões** (68,97%) a soma das transferências federais realizadas segundo critérios objetivos definidos nos arts. 17 e 18 da Lei Complementar 141/2012, conforme será demonstrado no título adiante.

75. As transferências de recursos de natureza federal realizadas na modalidade fundo a fundo pela União apresentaram elevado grau de execução orçamentária e financeira dentro do próprio exercício de 2016, com liquidação e pagamento de **97%** do montante empenhado no período.

76. Tendo em vista o contexto, marcado por milhares de transações de repasse para os estados e mais de 5,5 mil municípios, num total de R\$ 65,8 bilhões, as inscrições em restos a pagar não processados, no valor de **R\$ 1,969 bilhão**, apresentam-se em patamar aceitável de **3%** do valor empenhado no exercício, o que revela nitidamente o caráter residual na utilização do instituto que é próprio da lógica impregnada no modelo constitucional de orçamento anual.

77. Retornando às transferências federais, a despeito da natureza federal dos R\$ 65,8 bilhões repassados na modalidade fundo a fundo, em razão de sua origem (art. 27 da Lei Complementar 141/2012), tais repasses, à semelhança das transferências voluntárias federais por convênios e instrumentos congêneres, integram a RCL dos estados e municípios.

78. Isso confere contornos específicos ao tipo de transferência, uma vez que a RCL constitui o principal parâmetro fiscal para apuração dos limites fiscais, notadamente os limites de despesa de pessoal e endividamento no âmbito desses entes subnacionais.

79. Se na última década e meia, o debate acerca do financiamento da política pública de saúde encontrou na regulamentação e operacionalização da Emenda 29/2000 seu principal mote, a próxima década será, sem dúvida, marcada pelos desafios que advêm do Novo Regime Fiscal imposto à União e seus impactos sobre as finanças públicas nacionais.

80. Na atual quadra, marcada por medidas de forte retração da política fiscal, é previsível que os conflitos se acentuem. Discussões sobre o subfinanciamento da saúde, os valores da tabela de serviços prestados ao SUS, conflitos entre cidade polo e as satélites sobre fluxo assistencial e o correspondente aporte financeiro, judicialização do acesso à saúde e os desafios do Sistema para atender, de forma integral, a demanda crescente da população por serviços de saúde são alguns problemas crônicos que podem ser agravados em função das características de renda do país - ainda baixa -, que amarga sucessivos períodos de contração econômica e elevada taxa de desemprego na atualidade.

81. Com essas linhas preliminares, não se pretende ir além e problematizar os fatores críticos do

financiamento da política pública de saúde em um cenário de sistema de acesso universal e igualitário para, na sequência, empreender uma análise exaustiva dos desafios que poderiam ser suscitados a título de inventário dos problemas crônicos do SUS. Por ora, o realce realmente pretendido neste ensaio percorre outros caminhos, os quais, de certa forma, preparam discussões futuras sobre os desafios do financiamento da referida política pública.

82.A motivação do ensaio que ora se apresenta é singela: dado um montante financeiro finito em cenário de contração econômica e demandas expansivas na área da saúde - previsivelmente agravadas pela elevação do índice de desemprego -, a possível redução da base de cálculo dos recursos mínimos a serem aplicados em saúde pela União a todos afeta e gera natural reação dos entes subnacionais e da sociedade civil, o que pode resultar em demanda cada vez mais frequente pela intervenção das instituições de controle.

83.O papel do TCU na presente análise, entretanto, não pode ser o de árbitro de escolhas que não foram feitas pelo Poder Constituinte derivado, tampouco pode ser de mero expectador dos conflitos que se arrastam desde a apresentação da proposta que resultou na instituição do Novo Regime Fiscal.

84.A solução para as controvérsias suscitadas nos autos passa por um exercício lógico-sistemático que exige dos intérpretes um esforço hermenêutico para, sem negar a relevância da dimensão literal, compreender aquilo que se quis dizer em cada uma das emendas constitucionais, ainda que eventualmente não se tenha conseguido fazê-lo com a clareza, a precisão e a perfeição esperadas.

85.O exercício dessa missão, porém, impõe ao intérprete extrair todo o conteúdo da norma sob exame, determinando a importância e a inteligência das expressões de Direito, sem perder de vista que o homem é imperfeito, e a lei, como criação humana, não poderia ser diferente, livre de troços.

86.Feitas estas considerações, passa-se à análise de mérito para fins de instrução dos pedidos.

III.2. Da Eficácia das Regras para Apuração do Mínimo em Ações e Serviços Públicos de Saúde

87.A CRFB, em seu art. 198, §2º, estabelece que todos os entes da Federação devem aplicar, anualmente, um percentual mínimo de recursos financeiros públicos no custeio de ações e serviços públicos de saúde. Assim, a Emenda 29/2000 estabeleceu os critérios para a definição desse valor mínimo a ser aplicado em saúde.

88.Para a União, a Emenda 29/2000, por meio de inclusão do art. 77 no Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), estabeleceu que o valor mínimo a ser aplicado seria o montante correspondente ao valor empenhado no exercício financeiro anterior, acrescido da variação nominal do PIB do ano anterior. A matéria foi regulamentada pela Lei Complementar 141/2012, mantida a mesma metodologia de cálculo fixada originalmente.

89.Em março de 2015, todavia, foi promulgada a Emenda 86, que inaugurou alterações substanciais na metodologia de cálculo do valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde.

90.Para garantir a harmonia das novas regras com os princípios constitucionais norteadores do orçamento anual insculpidos no art. 165, o legislador definiu, de forma expressa no texto da Emenda 86/2015, que a sua eficácia dar-se-ia **a partir do primeiro exercício subsequente à sua promulgação**, ou seja, em 2016, embora fossem válidas suas disposições desde a promulgação (em 17/3/2015) com o propósito de orientar todo **processo de planejamento do orçamento** de 2016, iniciado em abril de 2015, com o encaminhamento da proposta da Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

91.A nova redação dada ao art. 198, § 2º, inciso I, da RCFB, definiu nova metodologia de cálculo para fixação do mínimo de saúde para União, cujo montante anual passa a corresponder ao valor equivalente a 15% da receita corrente líquida (RCL) federal. Embora no plano da existência e da validade a Emenda 86/2015 tenha aplicação a partir de 18/3/2015, no plano da eficácia sua aplicação foi progressivamente escalonada, nos seguintes termos:

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

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

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

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

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

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

92.Publicada no Diário Oficial da União (DOU) de 18/3/2015, a Emenda 86 produziu efeitos no exercício de 2015 tão somente para orientar, de acordo com o art. 2º, inciso I, a elaboração das leis orçamentárias do primeiro ano seguinte à promulgação (2016), definindo de forma inequívoca o parâmetro para apuração do valor mínimo a que a União estaria obrigada a aplicar em ações e serviços públicos de saúde durante a execução orçamentária de 2016, correspondente ao montante equivalente a **13,2% da RCL** federal realizada no ano de referência.

93.Por consequência lógica, o art. 5º da Lei Complementar 141/2012 foi considerado revogado a partir da eficácia normativa plena do art. 2º, inciso I, da Emenda 86/2015, qual seja, em janeiro de 2016, ocasião em que cessaram todos os efeitos da delegação prevista no texto original do art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB, com redação introduzida pela Emenda 29/2000.

94.Observa-se que, por definição expressa na Emenda 86/2015, o parâmetro de 15% da RCL federal incorporado na redação do texto Constitucional (art. 198, § 2º, inciso I) somente seria alcançado no quinto ano subsequente à promulgação da Emenda, qual seja, na execução orçamentária de 2020. No plano da eficácia jurídica das Emendas 86/2015 e 95/2016, não há como extrair a intenção inequívoca do legislador no sentido de antecipar de 2020 para 2016 a aplicação do parâmetro orçamentário definido em 15% da RCL para calcular o montante mínimo de saúde a que a União estava obrigada a aplicar.

95.Com a inauguração do Novo Regime Fiscal pela Emenda 95/2016, a metodologia do cálculo do mínimo de saúde na esfera federal, de 2017 a 2036, observará premissas excepcionais desvinculadas da regra fixada pelo art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB.

96.O legislador, todavia, adotou, **excepcionalmente em 2017**, o mesmo parâmetro orçamentário previsto no art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB, o que obriga a União a aplicar, no exercício corrente, 15% da RCL federal em ações e serviços públicos de saúde. Eis os termos do ADCT:

‘Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: (Incluído pela Emenda Constitucional 95, de 2016)

I - **no exercício de 2017**, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e (Incluído pela Emenda Constitucional 95, de 2016)

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias. (Incluído pela Emenda Constitucional 95, de 2016)’

97.Na prática, o legislador antecipou, de 2020 para 2017, o parâmetro previsto no art. 2º, inciso V, da Emenda 86, revogado com a promulgação da Emenda 95, em 15/12/2016, com o nítido propósito de possibilitar um **incremento substancial na execução da despesa com ações e**

serviços públicos de saúde em 2017 que constituirá - a partir do exercício de 2018 -o ponto de partida para a nova base de cálculo do mínimo de saúde para os exercícios sob a regência do Novo Regime Fiscal.

98. Considerando que, de acordo com previsão atualizada consignada no Demonstrativo da Receita Corrente Líquida do 2º bimestre (Anexo III do RREO) divulgado pela Portaria STN 464, de 29/5/2017, a RCL federal de 2017 deve atingir R\$ 764.495.367.000,00, montante 5,8% superior à RCL de 2016. Confirmada essa projeção, o valor mínimo da saúde, com base no parâmetro excepcional de 15% fixado pelo art. 110, inciso I, do ADCT, pode chegar a **R\$ 114.674.305.050,00**. O montante é **20,24%** superior ao mínimo de saúde referente ao ano de 2016 (R\$ 95,366 bilhões), tendo como base a regra fixada no art. 2º, inciso I, da Emenda 86/2015 (13,2% da RCL).

III.3. Da Metodologia de Cálculo do Mínimo em Ações e Serviços Públicos de Saúde em 2016

III.3.1. Primeira Hipótese – Aplicação da Emenda 86/2015 em todo exercício de 2016

99. Se for considerada a aplicação da metodologia definida pelo art. 2º, inciso I, da Emenda 86/2015 durante todo exercício de 2016 (1/1 a 31/12), o valor mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde deveria corresponder ao montante equivalente a 13,2% da RCL federal, que no ano de referência totalizou R\$ 722.474.299.000,00, consoante o Demonstrativo da Receita Corrente Líquida que integra o Relatório Resumido de Execução Orçamentária da União do 6º bimestre, aprovado pela Portaria STN 61, de 27/1/2017. Nesse sentido, o parâmetro de referência a ser considerado para fins de verificação do mínimo atingiria **R\$ 95.366.607.468,00**. A metodologia pode ser assim sintetizada:

Cálculo do Limite

R\$ Milhões

Discriminação das Despesas	Despesas Empenhadas
1. Receita Corrente Líquida (RCL) em 2016	722.474
2. Percentual definido pela Emenda 86/2015 em gastos com ASPS, no mínimo da RCL (%)	13,2
3. Valor mínimo obrigatório para gastos em ASPS em 2016 (1x2)	95.366
4. Despesas empenhadas com ações e serviços públicos de saúde em 2016 (ID-USO 6)	106.235
Valor referente à diferença entre o valor executado e o limite mínimo constitucional (4 – 3)	10.869

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) de novembro e dezembro de 2016, págs. 53 e 54, e Siop/SOF

100. No plano federal, as despesas com ações e serviços públicos de saúde são executadas no Sistema Integrado de Administração Financeira do Governo Federal (Siafi) com a marcação do 'Identificador de Uso 6' (ID-USO 6), cuja finalidade é identificar no sistema as despesas consideradas no cálculo do valor mínimo na saúde. A tabela seguinte detalha a discriminação das despesas executadas na Função Saúde no exercício de 2016:

Valores em Reais

Modalidade de Aplicação da Despesa na Função Saúde	Despesa Empenhada na Função Saúde	Despesa Liquidada na Função Saúde	Despesas Inscritas em Restos a Pagar Não Processados	Despesas Pagas na Função Saúde
Transferência Fundo a Fundo a Estados e Distrito Federal (LC 141/2012)	17.538.886.730,28	17.050.468.679,65	488.418.050,63	17.050.468.679,65
Outras Transferências a Estados e Distrito Federal	340.312.505,18	37.980.415,99	302.332.089,19	37.980.415,99

Transferência Fundo a Fundo aos Municípios (LC 141/2012)	48.281.102.402,09	46.799.960.393,00	1.481.142.009,09	46.799.960.393,00
Outras Transferências a Municípios	941.661.864,33	469.264.135,98	472.397.728,35	461.896.943,42
Transferências ao Exterior	2.704.063.550,22	2.372.432.433,06	331.631.117,16	2.372.432.433,06
Transferências a Instituições Privadas sem Fins Lucrativos (Rede Sarah e outros)	1.538.733.005,69	666.684.912,88	872.048.092,81	665.674.936,81
Transferências a Instituições Multigovernamentais	18.665.912,00	1.428.346,00	17.237.566,00	1.428.346,00
Transferência a Consórcio Público Mediante Contrato de Rateio	520.968,00	249.750,00	271.218,00	249.750,00
Aplicações Diretas pela União	45.441.955.852,51	41.564.751.367,75	3.877.204.484,76	41.294.219.136,34
Total	116.805.902.790,30	108.963.220.434,31	7.842.682.355,99	108.684.311.034,27

Fonte: Consulta ao sistema TesouroGerencial, em 11/5/2017, excluída a UO 74.202 (ANS) - Mensagem STN peça eletrônica 8

101. A partir desses números, tem-se o seguinte cálculo do mínimo constitucional, observados os conceitos previstos nos arts. 3º e 4º da Lei Complementar 141/2012:

Apuração do Mínimo Constitucional em Ações e Serviços Públicos de Saúde

R\$ Milhões

Discriminação das Despesas Não Computadas	Valor Empenhado
Despesa Total com a Função Saúde em 2016	116.805
(-) Despesas com inativos e pensionistas da saúde	(8.311)
(-) Despesa com assistência à saúde que não atende ao princípio de acesso universal	(384)
(-) Despesas custeadas com outros recursos (recursos de operações de crédito; e - outros recursos)	
(-) Outras ações e serviços não computados (serviço da dívida e outras ações)	(1.391)
(-) Restos a pagar não processados inscritos indevidamente no exercício sem - disponibilidade financeira	
(-) Despesas custeadas com disponibilidade de caixa vinculada aos restos a pagar cancelados	(482)
(-) Despesas custeadas com recursos vinculados à parcela do percentual mínimo que - não foi aplicada em ações e serviços de saúde em exercícios anteriores	
Total das despesas com ações e serviços públicos de saúde em 2016	106.235

Fonte: Relatório Resumido de Execução Orçamentária (RREO) de 6º bimestre/016, p. 53 e 54, Tesouro Gerencial e Siop/SOF

102. O montante empenhado pela União, em 2016, a título de ações e serviços públicos de saúde classificados no Siafi em plena consonância com o art. 3º da Lei Complementar 141/2012 e os itens vigentes do Acórdão 31/2017-TCU-Plenário, foi de pouco mais de **R\$ 106,2 bilhões**. O valor corresponde a **14,7%** da RCL federal, o que supera, em termos nominais, cerca de **R\$ 10,9 bilhões** em relação ao mínimo de R\$ 95,4 bilhões, calculado com base no parâmetro de 13,2% da RCL definido pela Emenda 86/2015, para ser aplicado no primeiro ano subsequente à sua promulgação.

103. Cumpre registrar, em razão da decisão proferida no **Acórdão 31/2017-TCU-Plenário**, referente à Consulta formulada pelo Presidente da CSSF/CD, o montante das despesas executadas em 2016 com as seguintes ações objeto de controversa:

R\$ Milhões

Discriminação das Despesas Não Computadas após o Acórdão 31/2017-TCU- Plenário ¹	Valor Empenhado
Despesas Consideradas na Função Saúde em 2016 (ID-USO 6)	559
Ação 09LP: Aporte da União para Capitalização da Hemobrás	180
Ação 20G8: Programa REHUF nos Hospitais Universitários Federais	379
Total	559

Fonte: SiopGerencial (consulta 4/5/2017)

Nota1: Itens 9.2.2 e 9.2.5 do Acórdão 31/2017-TCU-Plenário foram questionados pela SOF/MP que opôs Embargos de Declaração

104. Ressalte-se, ainda, que tramita no Tribunal os **Embargos de Declaração** opostos pela SOF/MP contra os itens 9.2.2 e 9.2.5 do Acórdão 31/2017-TCU-Plenário, em fase de análise de admissibilidade pela Serur.

105. Sobre um dos temas tratados nos referidos Embargos, registre-se, de passagem, que o art. 4º do Decreto 7.082/2010, que previa a **paridade** do financiamento do Programa REHUF entre os Ministérios da Educação e da Saúde, foi integralmente **revogado** pelo Decreto 8.587/2015.

106. Feita essa abordagem, retoma-se a análise metodológica em função da alteração constitucional. Não se pode desprezar que a revogação expressa do art. 2º da Emenda 86/2015 pelo art. 3º da Emenda 95/2016 pode criar um embaraço interpretativo, pelo menos no período **de 15/12 a 31/12/2016**, sobre a regra que deveria parametrizar a fixação do valor o mínimo constitucional a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde em 2016, especialmente no que se refere ao papel dos gestores e ao controle dos fatos (omissivos e comissivos), dentre outros aspectos relevantes.

107. De fato, a revogação literal do art. 2º da Emenda 86/2015 cria, na prática, um quadro de **anomia jurídica** (ausência total de regras de direito) que exige do intérprete um esforço hermenêutico, constituindo a jurisprudência e a doutrina fontes válidas para essa finalidade.

108. Não parece compatível com o Estado Democrático de Direito ignorar a existência de anomia jurídica no contexto de apuração do mínimo constitucional anual instituído desde o ano 2000, a 17 dias do encerramento do exercício. A situação impõe, assim, um exercício interpretativo que evite a instauração de um quadro precário de anomia até que sobrevenha a eficácia normativa do art. 110, inciso I, do ADCT, o que se propõe nesta análise.

109. Cite-se, a título de exemplo do exercício interpretativo ora proposto, a decisão do STF na ação de **Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF) 151**, merecendo reprodução o seguinte trecho:

‘Ao se reportar à orientação fixada no julgamento do RE 565714/SP (DJe de 7.11.2008), reputou-se, em princípio, que o art. 16 da Lei 7.394/85 seria incompatível com art. 7º, IV, da CF, mas, **a fim de evitar uma anomia**, resolveu-se continuar aplicando os critérios estabelecidos pela lei em questão, até que sobrevenha norma que fixe nova base de cálculo, seja lei federal, editada pelo Congresso Nacional, sejam convenções ou acordos coletivos de trabalho, ou, ainda, lei estadual, editada conforme delegação prevista na Lei Complementar 103/2000.’ (ADPF 151 MC/DF, Rel. Ministro Joaquim Barbosa, Informativo STF 614/2011 – grifos nossos)

110. Nota-se que, ao enfrentar a controvérsia em tela, o STF, embora tenha declarado ilegítimo o dispositivo apreciado, **manteve a aplicação dos critérios estabelecidos pela lei questionada até que sobreviesse norma que fixasse novos critérios**. Sobressai do debate entre os ministros durante a sessão plenária a preocupação de evitar que fosse instaurado um quadro de anomia.

111. A discussão travada acerca da eficácia normativa das emendas constitucionais aplicáveis para nortear a apuração do mínimo de saúde em 2016 requer um exercício hermenêutico que vise extrair todo o conteúdo da norma, alicerçado no postulado da razoabilidade e da proporcionalidade em todas as suas dimensões.

112. Sabe-se, porém, que essa não é uma tarefa fácil, não sendo raras as ocasiões em que o ordenamento jurídico não explicita qual determinação aplicar ao caso concreto, ou situações em que a norma possui em seu bojo palavras de conceitos vagos, indeterminados ou de vastos significados. Para iniciar o exercício, recorre-se ao magistério de Maximiliano, a saber:

‘As leis positivas são formuladas em termos gerais; fixam regras, consolidam princípios, estabelecem normas, em linguagem clara e precisa, porém ampla, sem descer a minúcias. É tarefa primordial do executor a pesquisa da relação entre o texto abstrato e o caso concreto, entre a norma jurídica e o fato social, isto é, aplicar o Direito. Para o conseguir, se faz mister um trabalho preliminar: **descobrir e fixar o sentido verdadeiro da regra positiva; e, logo depois, o respectivo alcance e extensão.**’ (Carlos Maximiliano, *Hermenêutica e Aplicação do Direito*, pág. 01)

113. Em sentido semelhante leciona Maria Helena Diniz:

‘Deve o hermenêuta ter em vista as seguintes regras: 1ª) as palavras podem ter uma significação comum e uma técnica, caso em que deve-se dar preferência ao sentido técnico; 2ª) deve ser considerada a colocação da norma, p. Ex., uma disposição, incluída no capítulo sobre curatela, está indicando que se destina a regular essa forma de incapacidade; 3ª) havendo antinomia entre o sentido gramatical e o lógico, este deve prevalecer; 4ª) o significado da palavra deve ser tomado em conexão com o da lei; 5ª) o termo deve ser interpretado em relação aos demais; e 6ª) havendo palavras com sentido diverso, cumpre ao intérprete fixar-lhes o adequado ou o verdadeiro.’ (Maria Helena Diniz. *Compêndio de Introdução à Ciência do Direito*. 20. Ed. São Paulo: Saraiva. 2009, pág. 439)

114. Oportuno, ainda, subsidiar a análise com a série histórica realizada a partir da regulamentação da Emenda 29/2000 com a aprovação da Lei Complementar 141/2012:

Valores em R\$ Milhões

Exercício	Receita Corrente Líquida Federal	Série Histórica das Despesas Realizadas com a Função Saúde pela União						
		Despesas Globais da Função Saúde	Ações e Serviços Públicos de Saúde (ID-USO 6)					Excedente em Relação ao Mínimo (a - b)
			Montante Aplicado		Mínimo Exigido			
			Valor (a)	% RCL	Valor (b)	% RCL		
2012	616.933	86.816	80.073	12,98 %	79.512	12,89 %	561	
2013	656.094	92.702	83.053	12,67 %	82.912	12,64 %	141	
2014	641.578	101.856	91.898	14,32 %	91.616	14,28 %	282	
2015	674.523	110.221	100.054	14,84 %	98.312	14,57 %	1.742	
2016	722.474	116.805	106.235	14,70 %	95.367	13,20 %	10.869	
Total	3.311.602	508.400	461.313		447.719		13.594	

Fonte: Pareceres Prévios das contas presidenciais de 2000 (Promulgação Emenda 29); 2012 a 2015 (Vigência LC 141/2012)

115. Forçoso ressaltar que, até o exercício de 2014, o valor empenhado em ações e serviços públicos de saúde sempre girou em torno do montante mínimo de índole constitucional. Esse comportamento não é por acaso, sendo reflexo da metodologia definida pela Emenda 29/2000, reproduzida no art. 5º da Lei Complementar 141/2012.

116. Segundo essa metodologia, qualquer valor empenhado a título de ações e serviços públicos de saúde deveria ser incorporado à base de cálculo do mínimo a ser aplicado no exercício seguinte, tanto as despesas correntes quanto as despesas de capital. Com efeito, a política de saúde sofreu restrição orçamentária no plano do investimento, como medida adotada pela área econômica

de modo a evitar absorção permanente dos respectivos valores ao mínimo constitucional.

117. A partir da alteração constitucional, que aproximou a metodologia de cálculo do mínimo da saúde ao da educação fixado pelo art. 212 da CRFB -, o Poder Executivo passou a executar valores superiores ao piso exigido, verificando-se o excedente de **R\$ 1,8 bilhão** em 2015 e de **R\$ 10,9 bilhões** em 2016, o maior da série histórica, apesar do agravamento do quadro fiscal nos últimos anos, cujo cenário tem sido marcado por sucessivos *deficits* primários que atingiram o patamar de R\$ 22,5 bilhões em 2014, R\$ 118,4 bilhões em 2015, chegando a R\$ 160,3 bilhões no ano passado, conforme consignado no Acórdão 571/2017-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Aroldo Cedraz.

118. Cumpre frisar que, se o STF vier a julgar procedente a ADI 5.595 para declarar a inconstitucionalidade da Emenda 86/2015, por eventual reconhecimento de violação ao Princípio do Progresso e Vedação ao Retrocesso em razão da redução do mínimo de 2016 em relação ao montante de 2015, mesmo assim a análise empreendida nestes autos não fica comprometida. Isto porque os gastos federais com ações e serviços públicos de saúde aumentaram de R\$ 100 bilhões em 2015 para mais de R\$ 106,2 bilhões em 2016, o que representa um **excedente real de R\$ 6,2 bilhões em 2016**, valor suficiente para compensar os cancelamentos de restos a pagar pretéritos.

119. A divergência metodológica discutida neste tópico também foi enfrentada no Relatório que subsidiou a emissão do **parecer prévio das contas presidenciais de 2016**, nos termos do Acórdão 1.320/2017-Plenário, da relatoria do Ministro Bruno Dantas. O entendimento do Tribunal foi no sentido de manter o critério uniforme de apuração do mínimo com ações e serviços públicos de saúde no exercício em questão (13,2% da RCL federal), com vistas a garantir a integração dos princípios constitucionais e legais apontados neste exame de mérito, essenciais para assegurar a harmonia das normas orientadoras do planejamento orçamentário da política de saúde e de sua execução orçamentária e financeira.

III.3.2. Outras Hipóteses Metodológicas

120. De acordo com a Denúncia encampada pela Representação do Ministério Público de Contas junto ao TCU, pedem os subscritores que a União seja obrigada a aplicar 15% da RCL em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2016, adotando-se, antecipadamente, a regra do art. 110, inciso I, do ADCT, cuja eficácia normativa foi expressamente prevista para 2017. Nesta hipótese interpretativa, o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde em 2016 passaria de **R\$ 95.366.607.468,00** para **R\$ 108.371.144.850,00**.

121. A tese, todavia, não tem como lograr êxito, passando ao largo de um juízo de ponderação em que são considerados os comportamentos estatais e de condutas individuais também sob filtros como os da **razoabilidade** e da **proporcionalidade**.

122. Ademais, retroagir o percentual de 15% da RCL federal e aplicá-lo durante todo exercício de 2016 significaria, na prática, admitir a retroatividade de emenda constitucional visando alterar a realidade fática, violando princípios basilares do Direito Constitucional, dentre eles a limitação do poder derivado.

123. É cediço que o instituto da revogação de normas não produz efeito *ex tunc*, sem razão para assim sê-lo no caso da revogação do art. 2º da Emenda 86/2015, sob pena de fazer instaurar um quadro de insegurança jurídica. Nesse sentido, oportuno lembrar a seguinte lição secular: 'Deve o Direito ser interpretado inteligentemente e não de modo a que a ordem legal envolva um absurdo, prescreva inconveniências, vá ter conclusões inconsistentes ou impossíveis' (Carlos Maximiliano, *Hermenêutica e Aplicação do Direito*, pág. 183).

124. Embora a Emenda 95 tenha sido promulgada em 15/12/2016, a **eficácia normativa** do art. 110, inciso I, do ADCT foi expressamente definida no texto da norma, somente podendo ser aplicada - durante a vigência do Novo Regime Fiscal - no exercício de 2017. Na prática, a Emenda em questão antecipa para o referido exercício o parâmetro de cálculo do mínimo anteriormente previsto para 2020, permitindo o incremento das despesas com saúde em 2017, cujo valor global constituirá nova base de cálculo do mínimo a partir de 2018, atualizada pelo IPCA.

125. O dispositivo do ADCT não deixa dúvida ao dispor que, na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino **equivalem**:

i) **no exercício de 2017**, às aplicações mínimas calculadas nos termos do art. 198, § 2º, inciso I, e do art. 212, *caput*, da CRFB; e

ii) nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo IPCA, como todas as demais despesas.

126. O primeiro ponto que deve ser destacado é que a redação do art. 110 do ADCT estabelece **parâmetros de equivalência** para serem observados, **excepcionalmente, no exercício de 2017**. Não há como extrair do dispositivo uma vontade clara e inequívoca de substituir, para todo exercício de 2016, o parâmetro de apuração do mínimo da saúde, até porque isso seria totalmente incompatível com os pressupostos orçamentários, cujo planejamento não se harmoniza com efeito surpresa.

127. O comando em referência estabelece, na verdade, dois parâmetros excepcionais, cuja eficácia plena restringe-se ao primeiro exercício de vigência do Novo Regime Fiscal (2017): um para o mínimo da saúde e outro para o mínimo de educação. Antecipar ou postergar a sua aplicação para além do exercício de 2017 é exceder o comando jurídico expresso na Emenda.

128. Fosse o conteúdo volitivo do art. 110, inciso I, do ADCT o de substituir o parâmetro vigente para aplicação do mínimo da saúde no exercício de 2016 (13,2% da RCL), não faria o menor sentido se valer do mesmo dispositivo para também dispor sobre o parâmetro excepcional do mínimo de educação, cuja metodologia de cálculo está consolidada e não sofre qualquer alteração desde a promulgação da Constituição de 1988.

129. Poderia o legislador, para dizer o que queria sem tropeços, com clareza e perfeição esperadas, ter reproduzido os parâmetros de 15% da RCL federal e 18% da receita líquida dos impostos federais na concepção da redação do art. 110, inciso I do ADCT.

130. A opção por essa via de construção, contudo, exigiria a reprodução de especificidades de cada um dos mínimos constitucionais (saúde e educação), o que por certo tornaria ainda mais complexa - senão arriscada - a discussão do texto proposto para alteração constitucional que foi marcada por conflitos vários. Optou-se por fazer uso de referência a outros dispositivos da própria Constituição, constituindo este um dos recursos válidos que faz parte da técnica legislativa empregada na formulação de leis.

131. Embora seja possível entender, com razoável segurança, que o pedido no sentido de antecipar, para 2016, a eficácia normativa do art. 110 do ADCT não reflete a melhor interpretação para o caso concreto, convém, por apreço ao debate e respeito a ideias divergentes, ampliar o exercício interpretativo a partir da ponderação da metodologia de cálculo. Este esforço interpretativo, *'ad argumentandum tantum'* ou *'obiter dictum'*, deve ser guarnecido de premissas tais como a ponderação **pro rata** dos percentuais em relação ao período de vigência/eficácia das Emendas 86/2015 e 95/2015.

132. Para ilustrar a situação hipotética, considerar-se-ia, no limite do teste jurídico, o período de **eficácia normativa da Emenda 86/2015** (de 1/1 a 14/12/2016) e de **vigência da Emenda 95/2016** (de 15/12 a 31/12/2016) com vistas a suprir o quadro de anomia jurídica instaurado com a revogação do art. 2º da primeira Emenda.

Valores em R\$ Milhões

Período de Apuração	de	Regra de Apuração	de	Metodologia Ponderada de Apuração do Mínimo de Saúde em 2016						
				Parâmetros de Apuração			Valores			
				RCL 2016	% Míni mo	Númer o de Dias	Montante Anualiza do	Montan te Diário	Mínimo Ponderado por	

		(a)	(b)	(c)	d = (a * b)	e = (d / 366)	Período f = (e * c)
1/1 a 14/12/2016	Art. 2º, inciso I, da Emenda 86, de 18/03/2015	722.474	13,2 %	349	95.366	261	90.936
15/12 a 31/12/2016	a Art. 110, inciso I, do ADCT, com redação dada pela Emenda 95, de 15/12/2016		15%	17	108.371	296	5.034
Valor do mínimo constitucional ponderado							95.970

133. Esse exercício interpretativo, entretanto, seria em vão, já que pouco acrescentaria ao piso federal a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde, o qual passaria de R\$ 95,366 bilhões para R\$ 95,970 bilhões, uma diferença de pouco mais de R\$ 600 milhões, sendo que a União aplicou, em ações e serviços públicos de saúde, montante superior a R\$ 106 bilhões em 2016.

134. Inócuo, portanto, seria o esforço no sentido de tentar antecipar para 2016 o efeito proporcional da Emenda 95/2016, quando o art. 110, inciso I, do ADCT fixa, expressamente, que sua eficácia normativa dar-se-á, de forma excepcional, no exercício de 2017.

III.4. Pressupostos do Planejamento Orçamentário e o Mínimo de Saúde

135. As digressões trazidas à baila nestes autos passam, como dito, pela ponderação de princípios, que deve ser pautada pela razoabilidade, pela proporcionalidade, pela integração da metodologia do mínimo de saúde com os pressupostos constitucionais e legais norteadores do planejamento e do processo do orçamento anual, considerando a densidade do art. 165, caput e § 3º, da CRFB e as regras estabelecidas no art. 52 da LRF, que perpassam toda Lei Complementar 141/2012.

136. Como se sabe, os mínimos constitucionais de saúde e educação inserem-se em contexto orçamentário de índole constitucional, norteado por princípios e regras previstos no ‘Capítulo Das Finanças Públicas’, em Seção própria ‘Dos Orçamentos’ (arts. 163 a 169; 198 e 212).

137. Nesse sentido, a aplicação desses mínimos, desde a previsão dos valores na proposta orçamentária até a execução orçamentária e financeira, deve observar as normas gerais previstas na LRF e, no caso da saúde, as regras específicas estatuídas pela Lei Complementar 141/2012.

138. Tais regras foram concebidas de forma a dar concretude ao art. 198 da CRFB, segundo o qual as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado de acordo com várias diretrizes, dentre elas a **descentralização, com direção única em cada esfera de governo** (inciso I).

139. Consentâneo com essa diretriz, o art. 198, § 3º, inciso II, da CRFB determina a adoção de um modelo de cooperação para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde, exigindo que lei complementar estabeleça os critérios objetivos de distribuição dos recursos mínimos a que a União e os estados estão obrigados a aplicar anualmente.

140. Oportuno fazer um parêntese para anotar que os repasses regulares e automáticos na modalidade fundo a fundo na área da saúde não podem ser confundidos com os Fundos de Participação dos Estados e Municípios que alicerçam o pacto federativo fiscal (FPE e FPM), cujas transferências, no último caso, são realizadas sem qualquer condição que sobrecarregue o processo de planejamento.

141. Os critérios para repasse dos recursos da saúde foram definidos nos artigos 17 a 22 da Lei Complementar 141/2012, os quais devem observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, dentre outros critérios definidos na Lei 8.080/1990, com vistas à

progressiva redução das disparidades regionais, em cumprimento ao art. 198, § 3º, inciso II, da CRFB. Neste contexto, cerca de 70% do valor mínimo aplicado pela União em 2016 (R\$ 65,8 bilhões) foram repassados a estados e municípios de forma regular e automática na modalidade fundo a fundo.

142. Essa arquitetura constitucional concebida para o SUS constitui, sem dúvida alguma, um dos maiores desafios da gestão. O desafio se faz presente em todas as fases, do planejamento da política pública e respectivo orçamento ao controle público e social, conferindo singularidade à programação financeira e ao cronograma mensal de desembolso.

143. Todos esses fatores tornam a política pública de saúde a mais complexa do ponto de vista operacional, seja pelo volume dos recursos pulverizados na Federação, seja pelas especificidades da política pública que permeiam todo processo orçamentário, sua execução e controle, dado que ensejou a edição de uma norma geral de finanças públicas específica para a saúde, sem prejuízo das normas gerais fixadas pela LRF, com as quais, aliás, a primeira foi concebida em plena sintonia.

144. Além de definir critérios objetivos para os repasses federais, o art. 30 da Lei Complementar 141/2012 exige que os planos plurianuais, as leis de diretrizes orçamentárias, as leis orçamentárias e os **planos de aplicação dos recursos dos fundos de saúde da União** e demais entes sejam elaborados de modo a dar cumprimento à referida lei, que na esteira do dispositivo assim estabelece:

‘§ 1º O **processo de planejamento e orçamento será ascendente e deverá partir das necessidades de saúde da população em cada região, com base no perfil epidemiológico, demográfico e socioeconômico, para definir as metas anuais** de atenção integral à saúde e estimar os respectivos custos.

§ 2º Os planos e metas regionais resultantes das **pactuações intermunicipais** constituirão a base para os planos e metas estaduais, que promoverão a equidade interregional.

§ 3º Os **planos e metas estaduais** constituirão a base para o **plano e metas nacionais**, que promoverão a equidade interestadual.

§ 4º **Caberá aos Conselhos de Saúde** deliberar sobre as diretrizes para o estabelecimento de prioridades.’ (grifamos)

145. Nesse ambiente, marcado por objetivos interregionais, com planos e metas anuais definidos a partir de modelo decisório democrático, que assegura a participação de múltiplos atores nos formatos **tripartite** e **bipartite**, o planejamento orçamentário da política de saúde e sua execução ganham contornos singulares incompatíveis com mudança de rota às vésperas do encerramento do exercício.

146. Insistir no efeito surpresa em matéria que afeta diretamente o complexo processo legislativo orçamentário que norteia a definição e, sobretudo, os critérios para aplicação dos recursos mínimos da saúde da União seria mitigar, de forma inaceitável, o **princípio constitucional da eficiência** que deve permear a efetividade do gasto, em especial o gasto com a política pública mais pulverizada na Federação, que é a política de saúde.

147. Adiciona-se a todo esse arcabouço o disposto no art. 38, § 5º, da LDO de 2016 (Lei 13.242/2015), o qual estabelece que as **estimativas e projeções das receitas correntes líquidas utilizadas para apuração dos recursos mínimos** de que trata o art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB, e as datas de publicação serão registradas no Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (Siops) e disponibilizadas na respectiva página na *internet*.

148. Para além de nortear o planejamento orçamentário do Ministério da Saúde, o comando da LDO supracitado tem por finalidade assegurar que, ao longo da execução orçamentária e financeira, o montante aplicado a título de mínimo de saúde a cada bimestre seja compatível com a programação financeira e o cronograma mensal de desembolso exigidos pelo art. 8º da LRF.

149. O dispositivo da LDO também visa criar um ambiente favorável ao monitoramento e ao

controle - com a antecedência que o processo legislativo orçamentário requer - acerca da necessidade de adotar a medida do art. 23, parágrafo único da Lei Complementar 141/2012, segundo o qual, **a cada quadrimestre, devem ser corrigidas eventuais diferenças verificadas na comparação entre as receitas e despesas previstas no orçamento em relação às efetivamente realizadas no período.**

150. Cumpre fazer um parêntese para observar que a RCL é apurada a cada bimestre segundo uma base móvel que considera o mês de referência e os onze meses anteriores, alcançando dois exercícios do 1º ao 5º bimestres, dado da metodologia que exige monitoramento de perto. Os números da execução em 2016 podem ser assim sintetizados:

Valores em R\$ Milhões

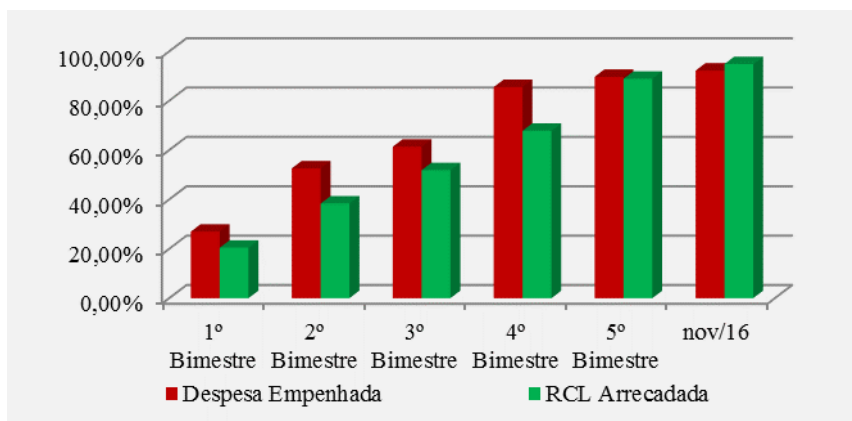
Período de Apuração em 2016	Receita Corrente Líquida			Despesas com Mínimo de Saúde			
	Metodologia Oficial da RCL Apurada nos Últimos 12 Meses			Apurações de Janeiro/2016 Até o Período de Referência			
				Previsão Atualizada da RCL para o Exercício de 2016 (Jan a Dez)	RCL/2016 Arrecadada Até o Bimestre	Valor Empenhado Até o Bimestre	Valor Liquidado Até o Bimestre
1º Bimestre	Mar/2015 a Fev/2016	693.804	811.634	147.544	28.637	12.700	
2º Bimestre	Mai/2015 a Abr/2016	700.438	809.684	277.019	55.841	29.177	
3º Bimestre	Jul/2015 a Jun/2016	695.992	809.684	374.488	65.181	46.489	
4º Bimestre	Set/2015 a Ago/2016	695.041	809.695	489.751	90.855	62.155	
5º Bimestre	Nov/2015 a Out/2016	734.119	809.695	642.010	95.250	79.069	
6º Bimestre							
Nov/2016	Dez/2015 a Nov/2016	731.933	809.695	685.055	97.914	87.652	
Dez/2016	Jan/2016 a Dez/2016	722.474	807.440	722.474	106.235	98.955	

Fonte: Tesouro Nacional - Demonstrativos do RREO sobre RCL e Mínimo de Saúde de 2016 (Anexos 3 e 12)

151. A partir da tabela precedente, constata-se que, até o final do 1º bimestre de 2016 (Jan a Fev/2016), o grau de execução das despesas com ações e serviços públicos de saúde foi da ordem de 27% para as **despesas empenhadas** e de 13% para as **despesas liquidadas** em relação ao total das despesas em cada uma das classificações executadas no exercício. No 3º bimestre (Jan a Jun/2016), essa relação passou para 61% e 47%, chegando a 92% e 89%, respectivamente, ao final do mês de novembro, a menos de menos de 15 dias da promulgação da Emenda 95/2016.

152. Nota-se comportamento semelhante com a RCL arrecadada até o bimestre/mês em relação ao montante anual, com execução de pouco mais de 20% até o 1º bimestre, 52% até o terceiro bimestre e 95% ao final de novembro de 2016. O gráfico seguinte demonstra que, até o 4º bimestre, o grau de execução das despesas empenhadas com ações e serviços públicos de saúde, em relação ao total do ano, foi processado em patamar superior ao da arrecadação acumulada de valores com compõem a RCL até o bimestre, quando comparados aos respectivos valores anuais.

Execução Bimestral das Despesas Empenhadas com Mínimo de Saúde e da RCL Arrecadada em 2016

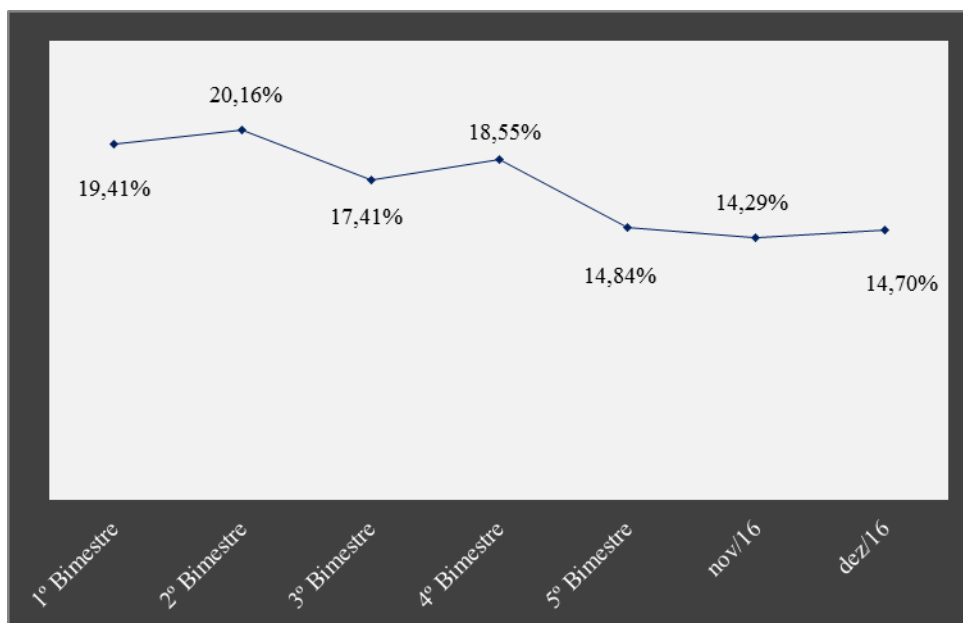


Nota: A 'RCL Arrecadada' refere-se somente ao valor arrecadado até o bimestre, considerando apenas os ingressos de recursos no exercício de 2016.

153. Como se vê, do 1º ao 4º bimestre, a execução acumulada das despesas empenhadas com ações e serviços públicos de saúde se deu em patamar superior à execução acumulada da arrecadação da receita em cada período.

154. Os números da tabela precedente também possibilitam concluir que houve, ao longo do exercício de 2016, distribuição uniforme da execução orçamentária da despesa empenhada acumulada até o bimestre/mês de referência em relação à RCL efetivamente arrecadada até o respectivo período.

Despesa Empenhada sobre a RCL Arrecadada até o Período



155. Não resta dúvida de que a execução orçamentária e financeira do mínimo da saúde na União encontra-se em conformidade com as premissas de **programação financeira e o cronograma mensal de desembolso**, de acordo com as regras estatuídas pela LRF e pela Lei Complementar 141/2012 que norteiam a elaboração do planejamento e de execução orçamentária, as quais são incompatíveis com efeito surpresa em função de mudanças no ordenamento jurídico às vésperas de encerramento do exercício.

156. Diante de tudo que se expôs até aqui, entende-se que a interpretação a ser adotada por esta Corte de Contas deve ser no sentido de que, a despeito da revogação, em 15/12/2016, do art. 2º da Emenda 86/2015, seja adotado o critério estabelecido pelo inciso I a título de parâmetro para definição do montante mínimo a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde (13,2% da RCL federal), tendo como fundamento o precedente do STF na ADPF 151.

157. Tal entendimento é essencial para orientar não apenas a elaboração da prestação de contas presidenciais do exercício de 2016, assim como a sua análise e emissão do respectivo parecer prévio, além de orientar a manutenção do sistema eletrônico centralizado previsto no art. 39 da Lei Complementar 141/2012 (Siops), ao qual é garantido amplo acesso público, conferindo, assim, maior segurança jurídica ao processo de prestação de contas e exercício do controle externo pelo Tribunal e pelo Congresso Nacional sobre as referidas contas anuais.

III.5. Da Compensação da Disponibilidade de Caixa Proveniente do Cancelamento de Restos a Pagar Considerados no Mínimo de Saúde

158. Outro ponto que merece atenção diz respeito aos restos a pagar relacionados às despesas com ações e serviços de saúde. Não são raras as críticas ao volume de inscrição de despesas empenhadas em restos a pagar, notadamente quando se trata dos mínimos constitucionais de educação e saúde. Diante das críticas e restrições ao referido instituto que decorre da dinâmica orçamentária, oportuno tecer algumas considerações.

159. De saída, deve-se registrar que os restos a pagar precisam ser analisados sob uma perspectiva mais ampliada, considerando, inclusive, o seu papel no modelo constitucional previsto para o orçamento anual. Sem a figura dos restos a pagar, poderia haver a perda de dotação orçamentária pela impossibilidade do pagamento da despesa até o encerramento do exercício, inexistindo garantia de que haveria espaço fiscal e condições políticas para sua inclusão no orçamento do exercício seguinte.

160. A desconsideração dos restos a pagar no cômputo dos mínimos constitucionais, por sua vez, poderia induzir **comportamentos indesejáveis** na gestão, tais como o pagamento antecipado ou indevido de despesas não-liquidadas efetivamente, criando um campo fértil para ineficiência ou desvios de toda ordem, inclusive corrupção. Cite-se a auditoria apreciada pelo **Acórdão 2.306/2009-TCU-1ª Câmara**, da relatoria do Ministro Walton Alencar, na qual o Tribunal fez uma análise abrangente dos restos a pagar de convênios celebrados pela Fundação Nacional de Saúde (Funasa). Os problemas identificados na referida decisão podem justificar, em parte, o volume de restos a pagar na área de saúde.

161. Analisando a questão sob outro ângulo, o montante global de inscrições em restos a pagar não processados na respectiva função programática, no patamar de **R\$ 7,8 bilhões**, revela-se um dos menores em proporção do respectivo valor empenhado, se considerada a especificidade descentralizada de implementação da política de saúde. Dados extraídos do Anexo II do RREO do 6º bimestre de 2016 apresentam os seguintes valores:

Valores em Milhões

Função Programática	Despesa Empenhada na Função Saúde	Despesas Inscritas em Restos a Pagar Não Processados em 2016	
		Valor	%
Previdência Social	595.480	640	0,11%
Assistência Social	79.761	1.529	1,92%
Encargos Especiais	825.025	19.584	2,37%
Saúde	108.268	7.799	7,20%
Defesa Nacional	62.091	4.603	7,41%
Educação	106.738	11.225	10,52%
Segurança Pública	9.715	1.269	13,06%
Agricultura	25.989	6.179	23,78%
Transporte	14.217	3.957	27,83%
Gestão Ambiental	5.575	2.093	37,54%
Urbanismo	3.825	2.274	59,47%
Desporto e Lazer	1.413	930	65,85%

Fonte: Dados do Anexo II - Demonstrativo da Execução das Despesas por Função/Subfunção do RREO do 6º bimestre de 2016

162. As despesas com volume expressivo de recursos e com índices de inscrição em restos a pagar inferiores apresentam, em comum, processos de gestão substancialmente marcados por mera

transferência de recursos, como é o caso da Previdência Social, Assistência Social e Encargos Especiais (transferências por repartição de receita, dentre outras transferências semelhantes, e encargos da dívida).

163. Dentre as políticas públicas marcadas por processos licitatórios complexos e transferências voluntárias e obrigatórias em volume elevado, a política de saúde é a que apresenta menor índice de inscrição em restos a pagar. Dessa forma, há que se ter cautela com análises restrita aos valores nominais de restos a pagar divulgados nas demonstrações fiscais. A questão exige uma avaliação que considere o orçamento global da União e as especificidades dos processos de gestão de cada política pública.

164. Não se desconhece a existência de prática de escapismo adotada por entes da Federação, que durante alguns anos lançaram mão do instituto dos restos a pagar não processados para desvincular recursos da saúde, a despeito do que dispõe o art. 8º, parágrafo único da LRF.

165. Para evitar esse tipo de prática na área da saúde, o art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012 estabelece que as disponibilidades decorrentes de cancelamentos ou prescrições de restos a pagar, que tenham sido considerados no cálculo de apuração do gasto mínimo em saúde em exercícios anteriores, deverão necessariamente ser aplicadas em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, mediante dotação específica para essa finalidade.

166. Com vistas a viabilizar a execução, monitoramento e controle da previsão legal, foram criadas as Modalidades de Aplicação 35, 45, 73, 75 e 95 para nortear a execução orçamentária e financeira dessas despesas no Siafi, de forma a evidenciar a despesa adicional em ações e serviços públicos de saúde custeadas com a disponibilidade de caixa proveniente de restos a pagar cancelados ou prescritos no exercício anterior e que fizeram parte do cálculo do valor mínimo do exercício anterior, conforme as regras fixadas pela Lei Complementar 141/2012.

167. O acompanhamento da execução orçamentário-financeira dos restos a pagar inscritos referentes a ações e serviços públicos de saúde não é questão trivial. O primeiro passo necessário é constituir a **série histórica** das operações de cancelamento realizadas a partir da vigência da Lei Complementar 141/2012, referentes aos saldos remanescentes de exercícios cuja execução permaneceu após sua vigência. A série apresenta os seguintes valores:

Valores em R\$ milhares

Exercício de Referência Inscrição de Restos a Pagar Não Processados Referentes a Ações e Serviços Públicos de Saúde	Ato de Cancelamento ou Prescrição dos Restos a Pagar Não Processados Referentes a Ações e Serviços Públicos de Saúde - Por Exercício						Valor Líquido do Excedente em Relação ao Mínimo de Saúde Por Exercício
	2012	2013	2014	2015	2016	Montante Acumulado de Cancelamento de Restos a Pagar	
Exercício 2007	13.423,01	1.501,51	3.540,09	10.572,20	37,06	29.073,87	29.200,00
Exercício 2008	19.906,32	17.348,81	3.463,54	6.936,15	5.683,12	53.337,94	84.800,00
Exercício 2009	90.649,36	156.678,10	46.562,11	16.464,77	59.467,36	369.821,70	3.628.400,00
Exercício 2010	102.703,04	134.029,17	65.071,63	58.944,01	23.842,57	384.590,42	753.700,00
Exercício 2011	488.720,66	145.583,19	82.294,51	61.267,06	99.848,01	877.713,43	238.900,00
Subtotal I¹	715.402,	455.140,	200.931,	154.184,	188.878,	1.714.537,3	4.735.000,0

	39	78	88	19	12	6	0
Exercício 2012		343.811,79	149.983,55	124.887,31	146.151,69	764.834,34	561.056,51
Exercício 2013			217.541,53	135.139,49	109.227,98	461.909,00	142.048,41
Exercício 2014				233.039,40	118.035,46	351.074,86	284.444,36
Exercício 2015					184.749,31	184.749,31	1.745.866,26
Subtotal II²		343.811,79	367.525,08	493.066,20	558.164,44	1.762.567,51	2.733.415,54
Total (I + II)	715.402,39	798.952,57	568.456,96	647.250,39	747.042,56	3.477.104,87	7.468.415,54

Fonte: Tabelas com informações prestadas pela SOF/STN previstas nos itens 10, 12 e 13 desta Instrução

Notas:

1Subtotal I: valor referente a restos a pagar inscritos antes da edição da Lei Complementar 141/2012, cancelados após a sua vigência

2Subtotal II: valor referente a restos a pagar inscritos após a vigência da Lei Complementar 141/2012

168. O segundo passo é avaliar a dinâmica da execução dos restos a pagar, destacando as operações realizadas até o encerramento de 2014, seguida da apuração do saldo líquido de eventual excedente ou *deficit* em relação ao mínimo apurado no exercício de inscrição de cada exercício.

169. Na prática, a regra legal impõe o controle dos saldos mediante a adoção de sistemática que se assemelha a uma espécie de '**conta corrente**' dos restos a pagar inscritos em cada exercício, como sintetizado na tabela seguinte para avaliar o comportamento da execução em 2015:

Valores em R\$ milhares

Exercício de Referência Inscrição de Restos a Pagar Não Processados Referentes a Ações e Serviços Públicos de Saúde	Excedente em Relação ao Mínimo de Saúde no Exercício de Inscrição	Cancelamento de Restos a Pagar Montante Acumulado dos Atos de 2012 a 2014 Referentes	Saldo Líquido em 31/12/2014 do Excedente/Deficit em Relação ao Mínimo de Saúde no Exercício de Inscrição	Cancelamento de Restos a Pagar Atos de Jan a Dez de 2015	Saldo Líquido em 31/12/2015 do Excedente/Deficit em Relação ao Mínimo de Saúde no Exercício de Inscrição
Exercício 2007	29.200,00	18.464,61	10.735,39	10.572,20	163,19
Exercício 2008	84.800,00	40.718,67	44.081,33	6.936,15	37.145,18
Exercício 2009	3.628.400,00	293.889,57	3.334.510,43	16.464,77	3.318.045,66
Exercício 2010	753.700,00	301.803,84	451.896,16	58.944,01	392.952,15
Exercício 2011	238.900,00	716.598,36	-477.698,36	61.267,06	-538.965,42
Exercício 2012	561.056,51	493.795,34	67.261,17	124.887,31	-57.626,14
Exercício 2013	142.048,41	217.541,53	-75.493,12	135.139,49	-210.632,61
Exercício 2014	284.444,36	0	284.444,36	233.039,40	51.404,96
Exercício 2015	1.745.866,26	0	1.745.866,26		1.745.866,26
Total	7.468.415,54	2.082.811,92	5.385.603,62	647.250,39	4.738.353,23

Fonte: Tabelas com informações prestadas pela SOF/STN previstas nos itens 10, 12 e 13 desta Instrução

170. Ao longo da execução orçamentário-financeira de 2015, nota-se que a União cancelou **R\$ 647,2 milhões** de restos a pagar não processados de despesas com ações em serviços públicos de saúde referentes aos exercícios 2007 a 2014, conforme se verifica da coluna 'd' da tabela precedente.

171. O confronto dos valores das colunas 'c' e 'd' da tabela precedente revela que, em

31/12/2014, não havia excedente suficiente para compensar qualquer cancelamento de restos a pagar inscritos nos exercícios de **2011 e 2013**, em razão dos *deficits* de R\$ 477,7 milhões e R\$ 75,5 milhões, respectivamente. Mesmo assim, foram realizados cancelamentos, ao longo do exercício de 2015, restos a pagar dos respectivos exercícios nos valores de R\$ 61,3 milhões e R\$ 135,1 milhões, configurando um quadro deficitário ao final de 2015 da ordem de **R\$ 196,4 milhões**, sendo necessária a compensação em 2016.

172. Com relação ao exercício de **2012** especificamente, nota-se que o saldo de excedente em relação ao respectivo mínimo, apurado em 31/12/2014, era de apenas R\$ 67,3 milhões. O saldo do excedente, por ser insuficiente para compensar a totalidade do cancelamento de R\$ 124,9 milhões de restos a pagar ao longo da execução de 2015, acabou por gerar um *déficit* de **R\$ 57,6 milhões**, o que exigiu compensação no ano seguinte.

173. Em suma, a partir dessas operações, verifica-se que do montante global de **R\$ 647,2 milhões** referente a cancelamentos realizados no exercício de 2015, houve necessidade de compensar em 2016 tão somente **R\$ 254 milhões**, valor este que corresponde à soma dos *deficits* gerados em razão das operações realizadas em 2015, nos montantes de R\$ 196,4 milhões e R\$ 57,6 milhões, tendo como referência os saldos de excedente ou *déficit* verificado no exercício imediatamente anterior.

174. No exercício de 2016, foram executados ações e serviços públicos de saúde no valor de **R\$ 482,9 milhões** nas Modalidades de Aplicação 35, 45, 73 e 95, segundo apuração realizada a partir das informações do ‘Tesouro Gerencial’ e demonstrativos fiscais. O referido montante é suficiente para compensar os **R\$ 254 milhões** relativos aos cancelamentos, em 2015, de restos a pagar referentes a 2011 a 2013, sem saldos de excedentes suficientes para sua absorção nos respectivos exercícios.

175. Dessa forma, fica configurado o pleno cumprimento das regras previstas no art. 8º, parágrafo único, da Lei Complementar 101/2000 c/c art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012, no que diz respeito às operações de cancelamento de restos a pagar realizadas ao longo da execução orçamentário-financeira de 2015, com compensação obrigatória em 2016.

176. Para além desse aspecto, convém subsidiar a análise com o impacto das operações de cancelamento de restos a pagar realizadas de 2012 a 2016, período que abrange toda vigência da Lei Complementar 141/2012:

Valores em R\$ milhares

Exercício de Referência da Inscrição em Restos a Pagar e Cômputo para o Mínimo de Saúde	Montante Acumulado do Cancelamento de Restos a Pagar Não Processados de Ações e Serviços Públicos de Saúde (Atos 2012 a 2016)	Ações e Serviços Públicos de Saúde Acima do Mínimo Constitucional			
		Valor Líquido do Excedente em Relação ao Mínimo do Exercício	Despesa Adicional pela Compensação de Disponibilidades Provenientes de Cancelamento de Restos a Pagar no Exercício Anterior ¹	Valor Bruto do Excedente em Relação ao Mínimo do Exercício	Saldo do Excedente/Deficit em Relação ao Mínimo do Exercício (Apuração em 31/12/2016)
	(a)	(b)	(c)	d = (b + c)	[d - (a+c)]
2007	29.073,87	29.200,00		29.200,00	126,13
2008	53.337,94	84.800,00		84.800,00	31.462,06
2009	369.821,70	3.628.400,00		3.628.400,00	3.258.578,30
2010	384.590,42	753.700,00		753.700,00	369.109,58
2011	877.713,43	238.900,00		238.900,00	-638.813,43

Subtotal I²	1.714.537,36	4.735.000,00		4.735.000,00	3.020.462,64
2012	764.834,34	561.056,51		561.056,51	-203.777,83
2013	461.909,00	142.048,41		142.048,41	-319.860,59
2014	351.074,86	284.444,36	344.660,41	629.104,77	-66.630,50
2015	184.749,31	1.745.866,26	405.474,80	2.151.341,06	1.561.116,95
2016		10.868.000,00	482.911,64	11.350.911,64	10.868.000,00
Subtotal II³	1.762.567,51	13.601.415,54	1.233.046,85	14.834.462,39	11.838.848,03
Total (I + II)	3.477.104,87	18.336.415,54	1.233.046,85	19.569.462,39	14.859.310,67

Fonte: Tabelas com informações prestadas pela SOF/STN previstas nos itens 10, 12, 13 e 135

¹Despesas adicionais com ações e serviços públicos de saúde executadas nas Modalidades de Aplicação 35, 45, 73 e 95 para fins de compensação

²Subtotal I: valor referente a restos a pagar inscritos antes da edição da Lei Complementar 141/2012, cancelados após a sua vigência

³Subtotal II: valor referente a restos a pagar inscritos após a vigência da Lei Complementar 141/2012

177. Em relação aos exercícios anteriores à vigência da Lei Complementar 141/2012 (2007 a 2011), verifica-se que a União não dispõe de excedente líquido suficiente para compensar os atos de cancelamento/prescrição praticados de 2012 a 2016, no montante de R\$ 877,7 milhões, referentes a restos a pagar inscritos e computados para o mínimo de 2011, cujas transações totalizaram um saldo deficitário de **R\$ 638,8 milhões** em 31/12/2016.

178. Também não há saldos de excedentes suficientes nos exercícios de 2012 a 2014 para afastar a necessidade de compensação das disponibilidades de caixa provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados referentes aos respectivos exercícios, cujas operações totalizaram um *deficit* **R\$ 590,3 milhões** no encerramento de 2016.

179. A soma dos saldos deficitários em relação à compensação das disponibilidades decorrentes do cancelamento de restos a pagar não processados, inscritos e computados nos mínimos de 2011 a 2014, atingiu pouco mais de **R\$ 1,2 bilhão** ao final de 2016.

180. Entretanto, se for considerado que os saldos de excedente líquido em relação aos mínimos dos exercícios de 2015 e 2016 atingiram **R\$ 12,4 bilhões** em 31/12/2016, é plausível entender que parte deste excedente deve ser considerada a título de compensação, ainda que a execução orçamentária não tenha se processado nas modalidades de aplicação específicas, o que caracteriza **falha de natureza formal**. Neste sentido, entende-se que não há elementos, sob a ótica material, para configurar irregularidade à luz do que dispõe o art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012.

181. Registre-se que o entendimento reiterado nos pareceres prévios das contas presidenciais a partir de 2012 tem sido no sentido de que não cabe exigência de compensação caso o cancelamento de restos a pagar do exercício de competência seja inferior ao **valor que excedeu** o mínimo efetivamente aplicado em ações e serviços públicos de saúde, uma vez que o art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012 assegura a compensação de eventual cancelamento e/ou prescrição da parcela **considerada para fins de cálculo do mínimo constitucional**.

182. Oportuno frisar que este entendimento, porém, não autoriza a União se valer dos expressivos saldos excedentes dos exercícios de 2009, 2015 e 2016 (apurados nas tabelas dos itens 132; 134; 141) para compensar futuros cancelamentos de restos a pagar de exercícios diversos. Deve a União se limitar à compensação das disponibilidades de caixa decorrentes de cancelamento de restos a pagar dos exercícios correspondentes, sem que se possa institucionalizar a prática de transferência de saldo de um exercício para outro.

183. Nas informações prestadas, a SOF e STN também manifestam divergência do entendimento desta Unidade Técnica quanto à exigência de compensação das disponibilidades

provenientes do cancelamento de restos a pagar não processados considerados para cálculo dos mínimos de saúde de exercícios anteriores à edição da Lei Complementar 141/2012, ainda que o ato de cancelamento ou prescrição ocorra a partir de 2012.

184. A divergência, entretanto, não surge nestes autos, tendo sido enfrentada pelas unidades instrutoras por ocasião do levantamento de auditoria instaurado no ano de publicação da Lei Complementar 141/2012, que resultou no Acórdão 1.376/2015-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Walton Alencar, conforme já contextualizado nos itens 25 a 27 desta análise. Merecem destaque os seguintes trechos da instrução de mérito do TC 012.762/2012-1 (peça eletrônica 65) acostada nestes autos (peça eletrônica 35):

‘II. ANÁLISE

2.1. Manifestações dos Órgãos Federais

...

27. No que diz respeito à reposição de cancelamentos de restos a pagar, a Secretaria de Orçamento Federal (SOF) informou, na peça eletrônica 49, que, em caso de cancelamento ou prescrição de restos a pagar de despesas empenhadas a partir do exercício financeiro que comporá a primeira base de cálculo (2012), o valor correspondente deve ser aplicado até o término do ano posterior ao do cancelamento ou da prescrição. Todavia, segundo a SOF, esse valor não é somado à base de cálculo para o exercício seguinte nem tampouco descontado do exercício em que ocorreu o empenho.

28. Esclareceu, também, que, se em algum exercício o mínimo requerido não for cumprido, a diferença entre o montante mínimo e o efetivamente empenhado deverá ser reposta até o término do ano seguinte ao da verificação, somando-se à base de cálculo para o exercício seguinte.

29. Ainda sobre esse assunto, a SOF ratifica o exposto nos parágrafos 22 a 26 da Nota Técnica Conjunta 01/SEAFI/DESOC/SOF/MP/2012, de que não há obrigatoriedade de reposição dos restos a pagar cancelados ou prescritos relativos a despesas empenhadas anteriormente ao primeiro ano de vigência da Lei Complementar, não acatando o entendimento do Ministério da Saúde de que todo e qualquer restos a pagar referente a ações e serviços públicos de saúde vier a ser cancelado ou prescrito deve gerar disponibilidade financeira a ser novamente destinada à área de saúde.

30. Assevera que a Lei Complementar em questão estabeleceu nova metodologia com formação de nova base de cálculo dos valores mínimos a serem aplicados em ações e serviços públicos de saúde. Desse modo, deve-se considerar apenas os restos a pagar cancelados ou prescritos relativos a despesas consideradas ações e serviços públicos de saúde e empenhadas a partir do primeiro ano de vigência da nova Lei Complementar.

...

2.8. Regras para Contingenciamento e Inscrição em Restos a Pagar

97. Como já foi contextualizado, a Lei Complementar 141/2012 guarda conexão com a LRF, o que requer cuidado redobrado na interpretação de cada norma, sob pena de produzir entendimentos discrepantes e instaurar um quadro de insegurança jurídica.

98. O tema tem se demonstrado bastante controverso na área da saúde e merece atenção especial dos operadores do direito.

99. Um dos temas controversos diz respeito à obrigatoriedade de reposição das disponibilidades decorrentes do cancelamento ou prescrição de restos a pagar relativos a despesas empenhadas anteriormente ao primeiro ano de vigência da Lei Complementar (2012) e inscritas em restos a pagar. Entende-se que os **recursos da disponibilidade de caixa** destinada ao pagamento de restos a pagar referentes a ações e serviços públicos devem ser repostos, uma vez que a despesa empenhada em um exercício constituiu base de cálculo do mínimo da União de 2000 até 2014. Com a alteração do art. 198 da Constituição, em decorrência da aprovação da Proposta de

Emenda Constitucional 358/2013, o valor mínimo a ser aplicado pela União será calculado com base na receita corrente a partir de 2016.

100. Tal entendimento funda-se na inteligência do inciso I e § 4º do art. 77 do ADCT c/c parágrafo único do art. 8º da LRF, já que os *‘recursos legalmente vinculados a finalidade específica serão utilizados exclusivamente para atender ao objeto de sua vinculação’*, ainda que em exercícios futuros.

101. É importante anotar que, empenhada a despesa com ações e serviços públicos de saúde e posteriormente inscrita em restos a pagar, as disponibilidades de caixa vinculadas ao pagamento dos respectivos restos a pagar constituem recursos legalmente vinculados ao objeto da vinculação, devendo tais recursos ser aplicados adicionalmente nas respectivas ações. Desconsiderar essa realidade quebra a lógica da metodologia específica fixada para a União, correspondente à despesa empenhada somada à variação do PIB, o que vigorou, como dito, de 2000 a 2014.

102. A destinação de recursos vinculados foi objeto de trabalho que resultou no Acórdão 3.634/2013-Plenário, da relatoria do Ministro Raimundo Carreiro, tendo como base a aplicação do parágrafo único do art. 8º da LRF. A fiscalização não abordou, especificamente, a vinculação dos recursos destinados ao custeio de ações e serviços públicos de saúde, cuja metodologia na União é singular.’ (grifos no original)

185. A alegação de que o termo ‘recursos’ previsto no art. 8º, parágrafo único da LRF refere-se tão somente à vinculação de espécie definida de receita não tem como prosperar. O próprio texto do art. 77 do ADCT constitui o fundamento para contrapor a alegação:

‘Art. 77. Até o exercício financeiro de 2004, os **recursos mínimos** aplicados nas ações e serviços públicos de saúde serão equivalentes:

I - no caso da União:

a) no ano 2000, o **montante empenhado em ações e serviços públicos de saúde** no exercício financeiro de 1999 acrescido de, no mínimo, cinco por cento;

b) do ano 2001 ao ano 2004, o valor apurado no ano anterior, corrigido pela variação nominal do Produto Interno Bruto - PIB;

...

§ 2º Dos **recursos da União** apurados nos termos deste artigo, quinze por cento, no mínimo, serão aplicados nos Municípios, segundo o critério populacional, em ações e serviços básicos de saúde, na forma da lei.

§ 3º Os **recursos dos Estados**, do Distrito Federal e dos Municípios destinados às ações e serviços públicos de saúde e os transferidos pela União para a mesma finalidade serão aplicados por meio de Fundo de Saúde que será acompanhado e fiscalizado por Conselho de Saúde, sem prejuízo do disposto no art. 74 da Constituição Federal.’ (grifamos)

186. Nota-se que o comando constitucional não diferencia União e Estados, tratando o produto da vinculação de ambos como ‘recursos’. Apenas para União foi definida uma metodologia de cálculo peculiar para fixar o montante de recursos da União vinculados a ações e serviços públicos de saúde. Tanto para União, quanto para Estados, o produto da metodologia de cálculo é um montante de recursos vinculados à finalidade específica, qual seja, aplicação em ações e serviços públicos de saúde.

187. A LRF assim estabelece:

‘Art. 8º. ...

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

188. Dessa forma, entende-se que a regra do art. 8º, parágrafo único, da LRF também alcança os recursos mínimos que a União deve aplicar em ações e serviços públicos de saúde.

189. Assim sendo, reafirma-se o seguinte entendimento:

i) para os restos a pagar não processados inscritos de 2000 a 2010, cancelados até 31/12/2011, considerados para fins de mínimo constitucional de saúde, o fundamento para eventual compensação reside no art. 8º, parágrafo único, da LRF;

ii) para os restos a pagar não processados inscritos em qualquer exercício e cancelados a partir de 2012, sob a vigência do art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012, se considerados para fins de mínimo constitucional de saúde, devem ser compensados nos termos e prazo fixados no dispositivo em referência;

190. No caso de **restos a pagar processados computados para o mínimo constitucional**, inscritos e eventualmente cancelados a qualquer tempo, ainda que não haja previsão expressa no art. 24 da Lei Complementar 141/2012, deve haver a devida compensação, seja com amparo no art. 8º, parágrafo único, da LRF, seja por analogia à regra prevista no § 1º daquele dispositivo.

191. Embora não seja comum haver cancelamento de restos a pagar processados (provenientes de despesas liquidadas e não-pagas), não é impossível que isso venha ocorrer em caráter excepcional, desde que haja justificativa para tanto, como, por exemplo, inobservâncias das regras norteadoras em convênios. Cite-se a título de exemplo o diagnóstico feito no Acórdão 2.306/2009-TCU-1ª Câmara, da relatoria do Ministro Walton Alencar.

192. Nos pareceres prévios proferidos a partir de 2012, o Tribunal tem considerado **falha formal a falta de execução da compensação dos restos a pagar cancelados**, reputando-se compensado, todavia, no caso de haver excedente suficiente em relação ao mínimo aplicado no referido exercício.

193. As divergências suscitadas neste tópico também foram enfrentadas no subtítulo 4.1.1.3 do Relatório que subsidiou a emissão do **parecer prévio das contas presidenciais de 2016**, nos termos do Acórdão 1.320/2017-Plenário, da relatoria do Ministro Bruno Dantas, sendo convergentes os entendimentos.

194. Apesar dos inegáveis esforços empreendidos pelo Poder Executivo para operacionalizar a Lei Complementar 141/2012, o que vem sendo acompanhado pelo TCU desde a edição da norma geral, dando início ao levantamento de auditoria objeto do Acórdão 1.376/2015-TCU-Plenário (Relator Ministro Walton Alencar), ainda há desafios que precisam ser superados.

195. Dentre as medidas necessárias, destaca-se o aperfeiçoamento das rotinas eletrônicas visando à ampliação da visibilidade das informações disponíveis nos sistemas eletrônicos federais sobre a execução orçamentária e financeira pormenorizada das ações e serviços públicos de saúde considerados para fins do cálculo automático do mínimo pelo Siops e também no Sistema de Informações Contábeis e Fiscais do Setor Público Brasileiro (Siconfi) mantido pela STN, cujo registro das informações passou a ser obrigatório com base no art. 48, §§ 2º e 4º, da LRF, com redação dada pela Lei Complementar 156/2016.

196. O aperfeiçoamento da visibilidade mencionada não tem por finalidade atender apenas esta Corte de Contas, mas também as demais instituições de controle e organizações da sociedade civil que fazem o controle social das contas públicas. A constatação desta necessidade não é novidade, merecendo destaque a abordagem feita sobre os controles eletrônicos pelo Siops no Relatório que fundamenta o **Acórdão 1.198/2016-TCU-Plenário** (TC 019.776/2015-2), também da relatoria do Ministro Walton Alencar, proferido em resposta à solicitação de informações formulada pela Procuradora da República Eliana Pires Rocha, da Procuradoria da República no Distrito Federal, para fins de instrução do Procedimento Preliminar 1.16.000.001783/2015-18.

197. Para concluir este tópico, registre-se, mais uma vez, a necessidade de o Poder Executivo canalizar esforços para a definição de indicadores que viabilizem um controle mais racional e transparente das despesas com ações e serviços públicos de saúde, de forma que se explore todo potencial dos sistemas eletrônicos centralizados mantidos pela União, incluindo as inscrições e

execução dos restos a pagar. Trata-se de medida essencial para o controle da regra prevista no art. 24 da Lei Complementar 141/2012, assim como para conferir racionalidade às comunicações que devem ser expedidas aos diversos órgãos de controle quando houver indício de irregularidade, conforme previsto no art. 27 do mesmo Diploma, cujas rotinas merecem ser informatizadas como meio de reduzir custos com notificações pelas vias tradicionais.

III.6. Questões Complementares Relevantes

198. Dentre os argumentos recorridos para fundamentar a Denúncia, os subscritores mencionam a ADI 5.595, ajuizada pelo Procurador-Geral da República contra os arts. 2º e 3º da Emenda 86/2015 (peça eletrônica 4).

199. Em 24/11/2016, o *Parquet* proferiu Parecer (peça eletrônica 5), por meio do qual se manifesta pela concessão da medida cautelar e, em definitivo, por procedência do pedido. Sobressai da fundamentação a passagem transcrita a seguir, cujo conteúdo merece ser cotejado com os dados da execução orçamentária e financeira consignada nas tabelas e gráficos apresentados nesta análise para fins de subsidiar a reflexão sobre tema relevante no campo das finanças públicas:

‘Financiamento público insuficiente não é, porém, o único problema financeiro do SUS. Nota recente da **Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão**, órgão do Ministério Público Federal, com base na atuação de seu **Grupo de Trabalho Saúde**, aponta:

‘Observa-se, todavia, grave processo de desfinanciamento do Sistema Único de Saúde, pelo **contingenciamento** ou pelo corte de recursos financeiros destinados à determinada política pública da saúde. Observa-se, outrossim, (i) o atraso indevido nos repasses da contrapartida da União aos Estados e Municípios e (ii) a falta do efetivo repasse pelas Fazendas Estaduais da verba destinada aos Fundos Estaduais de Saúde para financiamento das ações e serviços públicos de saúde. O não repasse e/ou o **atraso no repasse (limitação de empenho e de movimentação financeira, gerando restos a pagar) de verbas obrigatórias constitucionais e legais pactuadas** acarretam inegáveis prejuízos à adequada prestação dos serviços de saúde pelos Estados e pelas Municipalidades, podendo culminar na interrupção destes serviços e gerar maiores agravos à saúde e à vida da população.’ (grifos nossos)

200. Sem entrar no mérito da questão suscitada na ADI 5.595, cumpre registrar, a título de informação relevante para subsidiar o debate, que o valor do mínimo a ser aplicado anualmente em ações e serviços público com saúde não pode ser objeto de limitação de empenho e movimentação financeira (‘contingenciamento’) por vedação expressa no art. 9º, § 2º, da LRF, proibição esta reproduzida no art. 28 da Lei Complementar 141/2012, nos seguintes termos:

Lei Complementar 101/2000

‘Art. 9º Se verificado, ao final de um bimestre, que a realização da receita poderá não comportar o cumprimento das metas de resultado primário ou nominal estabelecidas no Anexo de Metas Fiscais, os Poderes e o Ministério Público promoverão, por ato próprio e nos montantes necessários, nos trinta dias subseqüentes, **limitação de empenho e movimentação financeira**, segundo os critérios fixados pela lei de diretrizes orçamentárias.

...

§ 2º **Não serão objeto de limitação as despesas que constituam obrigações constitucionais e legais do ente**, inclusive aquelas destinadas ao pagamento do serviço da dívida, e as ressalvadas pela lei de diretrizes orçamentárias.’

Lei Complementar 141/2012

‘Art. 28. São **vedadas a limitação de empenho e a movimentação financeira** que comprometam a aplicação dos **recursos mínimos** de que tratam os arts. 5º a 7º.’ (grifos nossos)

201. Em razão dos dispositivos mencionados, os entes da Federação não podem limitar os recursos mínimos da saúde, uma vez que tais despesas constituem obrigações constitucionais e legais não sujeitas ao ‘contingenciamento’. A única exceção a essa vedação consiste na hipótese que decorre da seguinte previsão constitucional:

‘Art. 166. ...

...

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

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

...

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

202. Além de romper com a lógica do art. 198, § 3º, inciso II, da CRFB, que exige a definição de critérios para os repasses de recursos federais, a inclusão de parte de emendas parlamentares individuais na base de cálculo do mínimo da saúde da União cria distorções na execução orçamentária e financeira ao longo do exercício, fato que exige uma discussão mais ampla sobre o impacto da medida sobre o objetivo primordial da instituição do referido mínimo constitucional, qual seja, a progressiva redução das disparidades regionais.

203. Quanto aos demais recursos destinados ao mínimo de saúde, tem-se que as normas gerais de finanças não proíbem ‘contingenciamento’ da parcela da dotação orçamentária que **exceder o mínimo constitucional** do exercício, uma vez que tais despesas, embora de inquestionável relevância, não são obrigatórias, recebendo tratamento equânime em relação às demais políticas públicas.

204. Pode, entretanto, a LDO estabelecer restrições ao ‘contingenciamento’ do valor excedente em relação ao mínimo de saúde e de qualquer outra despesa, bastando para tanto haver previsão expressa no demonstrativo próprio que acompanha a referida lei, cuja escolha na alocação dos recursos e sua prioridade deve ser exercida pelo Congresso Nacional.

205. O cuidado com a saúde da população constitui um dos aspectos da competência material comum prevista no art. 23 da CRFB (inciso II). Consentâneo com esta previsão, o art. 198, § 1º do mesmo Diploma estabelece que o SUS será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, além de outras fontes, estabelecendo na sequência os mínimos constitucionais para todos os entes da Federação.

206. Apesar dos esforços para regulamentar a matéria, o processo de desfinanciamento do SUS é uma realidade presente nas demais esferas de governo, que destoam, em muito, do padrão verificado na União, cujos dados desta análise demonstram cumprimento do mínimo estabelecido.

207. Esta, porém, não é a realidade de outros entes da Federação, cujo descompasso com as normas gerais que disciplinam a matéria é uma das causas para o desfinanciamento. Não são raras as constatações e questionamentos judiciais pela recomposição de valores que deixaram de ser aplicados, o que compromete os objetivos traçados na CRFB de reduzir as disparidades regionais. Cite-se, a título de exemplo, a Ação Civil Pública 0083284-72.2016.4.02.5101 (18ª Vara Federal do Rio de Janeiro) mediante a qual o MPF questiona o mínimo constitucional de saúde aplicado pelo Estado do Rio de Janeiro nos exercícios de 2013, 2014 e 2015, conforme Ofício Conjunto 16.811 encaminhado a esta Corte de Contas em 5/12/2016 (peça eletrônica 6 destes autos).

208. Dados extraídos dos indicadores estaduais e municipais de 2016, disponíveis no site do Tesouro Nacional, evidenciam que, enquanto a União aplicou R\$ 116,8 bilhões na Função Saúde em 2016, os estados e o Distrito Federal aplicaram R\$ 85 bilhões e os mais de 5,5 mil municípios

R\$ 113,7 bilhões. Ou seja, o aporte da União em saúde corresponde a **58,78%** do valor que estados e municípios teriam, em tese, aplicado em 2016.

209. Nesses montantes, estão incluídas despesas com inativos, pensionistas, dentre outras não consideradas no conceito de ações e serviços públicos de saúde estabelecido pelo art. 4º da Lei Complementar 141/2012.

210. São despesas relevantes na composição da despesa com pessoal que merecem vigilância permanente pelos órgãos de controle e pela sociedade de forma a inibir adoção de metodologias atípicas.

211. A título de exemplo, para dimensionar como eventuais atipicidades metodológicas podem acarretar o desfinanciamento do SUS, tem-se que dos R\$ 116,8 bilhões aplicados pela União na Função Saúde em 2016, R\$ 18,2 bilhões correspondem a despesas com pessoal e encargos do Ministério da Saúde, dos quais **R\$ 8,3 bilhões** (45,6%) dizem respeito a aposentadorias e pensões. Se é certo que na esfera federal não há inclusão dessas despesas no cômputo dos mínimos de educação e saúde, não se tem como afirmar o mesmo em relação a demais esferas, não por ora.

212. Os desafios da saúde pública não são triviais e exigem atenção máxima dos Poderes nas três esferas de governo, por se tratar de política pública essencial e relevante pela sua dimensão social e repercussão econômica. Muito se fala em subfinanciamento da saúde pública, em especial por parte da União, mas pouco se sabe como os recursos federais descentralizados aos demais entes são efetivamente aplicados até a sua destinação final, valor que em 2016 atingiu R\$ 65 bilhões.

213. Após 5 anos de vigência, as regras previstas no art. 13, §§ 2º e 4º da Lei Complementar 141/2012 não passam de letra em papel em branco, sem produzir qualquer efeito concreto para o planejamento da política nacional de saúde, para gestão, seu controle público e social. Concebida com o objetivo de conferir transparência e visibilidade à aplicação descentralizada dos recursos federais, aperfeiçoar a gestão e incrementar o controle público e social sobre os gastos com saúde, nada foi feito para assegurar à União o conhecimento pormenorizado dos custos de serviços prestados por entidades, contratadas por estados e municípios, que recebem recursos federais mediante sub-repasse.

214. A necessidade de aperfeiçoar os sistemas centralizados federais para garantir o fiel cumprimento dos dispositivos mencionados já foi tratada nos procedimentos de fiscalização que resultaram nos Acórdãos 1.376/2015-TCU-Plenário e 1.198/2016-TCU-Plenário, ambos da relatoria do Ministro Walton Alencar.

215. O diagnóstico preciso do quadro de financiamento da saúde pelos entes da Federação depende do aumento do grau de visibilidade do Siops e do Siconfi, ambos sistemas centralizados instituídos com base nos arts. 13, §§ 2º e 4º, e 39 da Lei Complementar 141/2012 e no art. 48, § 2º, da LRF, respectivamente, o que merece ser objeto de estudo específico por parte dos Ministérios da Saúde e da Fazenda.

IV. CONCLUSÃO

216. Em Denúncia encampada pela presente Representação, alegam os subscritores a ocorrência de *deficit* na aplicação do percentual mínimo em ações e serviços públicos de saúde pela União no exercício financeiro de 2016, razão pela qual pedem a responsabilização do Excelentíssimo Sr. Presidente da República, Michel Miguel Elias Temer Lulia, e do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Ricardo José Magalhães Barros.

217. Os principais pontos da Denúncia encampada pela presente Representação podem ser assim resumidos: i) à eficácia da Emenda 95/2016 sobre a apuração do mínimo de saúde da União no ano da promulgação da norma constitucional; e ii) à compensação, no exercício de 2016, das disponibilidades provenientes de restos a pagar inscritos nos orçamentos referentes até 2014, que teriam sido cancelados em 2015.

218. O primeiro ponto da controvérsia diz respeito ao suposto *deficit* de aplicação de R\$ 2,574 bilhões em ações e serviços públicos de saúde em 2016, pela não observância do parâmetro

de 15% da RCL aprovado em 15/12/2016, que, no entendimento dos subscritores, deveria pautar a execução do mínimo da saúde em todo exercício.

219. A segunda controvérsia refere-se à aplicação, a título de compensação, das disponibilidades provenientes de cancelamento, em 2015, de restos a pagar de exercícios anteriores (até 2014). Segundo as informações prestadas pelos órgãos federais, em 2015 foram cancelados **R\$ 647,3 milhões** referentes a restos a pagar não processados, dos quais R\$ 154,2 milhões referem-se a inscrições de 2007 a 2011, enquanto R\$ 493,1 milhões foram inscritos de 2012 a 2014.

220. Em síntese, os subscritores da Denúncia pedem a determinação para a imediata compensação do saldo de restos a pagar cancelados em 2015, em acréscimo ao piso federal em ações e serviços públicos de saúde de 2016. Ao todo, de acordo com o pedido, a União deveria compensar o orçamento da saúde em 2017 no montante de pouco mais de **R\$ 3,2 bilhões**.

221. Nessa esteira, pugnam os subscritores pela procedência dos pedidos de compensação formulados, declarado o *deficit* federal de aplicação em saúde para todos os efeitos de exame das contas presidenciais anuais de 2016, bem como para os devidos fins das possibilidades de responsabilização a que se refere o art. 46 da Lei Complementar 141/2012, dispositivo que remete às sanções do Código Penal, da Lei de Improbidade Administrativa (Lei 8.429/1992) e da Lei de Crime de Responsabilidade (Lei 1.079/1950).

222. Em análise preliminar para apreciação do pedido de cautelar, a Semag propôs o seu indeferimento, por não restarem configurados os pressupostos pelo indeferimento da medida excepcional pleiteada, uma vez não restarem configurados os pressupostos do *fumus boni iuris* e do *periculum in mora*, proposta esta integralmente acatada pelo relator, conforme Despacho de 22/5/2017 (peça eletrônica 11).

223. No mérito, propõe-se o conhecimento da Representação para, no mérito, negar-lhe provimento em razão da inexistência de irregularidades na aplicação do mínimo do exercício de 2016, assim como na compensação das disponibilidades de caixa provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados no exercício de 2015.

224. Quanto ao mérito da primeira questão a ser dirimida, referente à controvérsia atinente à metodologia de cálculo do mínimo em ações e serviços públicos de saúde que se aplica mais adequada para o exercício de 2016, reafirma-se o entendimento no sentido da aplicabilidade da Emenda 86/2015 no exercício de 2016.

225. Embora a Emenda 95 tenha sido promulgada em 15/12/2016, a eficácia normativa do art. 110, inciso I, do ADCT foi expressamente definida no seu corpo, somente podendo ser aplicada em caráter excepcional no exercício de 2017, antecipando para este exercício o parâmetro anteriormente previsto para 2020.

226. Sob esse prisma, não há como ignorar a instauração de um quadro de anomia jurídica, com a revogação do art. 2º da Emenda 86/2015, durante os 17 dias finais do mês de dezembro de 2016. A solução para essa situação, todavia, passa por um juízo de ponderação em que são considerados os comportamentos estatais e de condutas individuais também sob filtros como os da razoabilidade e da proporcionalidade.

227. O ensaio jurídico proposto para resolver o quadro precário de anomia analisado nestes autos encontra correspondência na jurisprudência assentada na ADPF 151, ocasião em que o STF, embora tenha declarado ilegítima a eficácia normativa do dispositivo apreciado, manteve a aplicação dos critérios estabelecidos pela lei questionada até que sobreviesse norma que fixasse novos critérios(itens 72-79).

228. Ao manter, para todo exercício de 2016, critério uniforme de apuração do mínimo de saúde (13,2% da RCL fixado pela Emenda 86/2015), garante-se a integração dos princípios constitucionais e legais abordados neste exame, essenciais para assegurar a integração e a harmonia das normas orientadoras do planejamento orçamentário da política de saúde e de sua execução orçamentária e financeira, com estrito cumprimento das regras específicas que devem direcionar a definição - observado o modelo decisório bipartite e tripartite - dos planos e metas nacionais,

conforme previsto no art. 30 da Lei Complementar 141/2012.

229. A posição que aponte para a resolução do quadro de anomia a partir da aplicação antecipada de regra do art. 110, inciso I, do ADCT, com eficácia normativa expressa e excepcionalmente prevista para o exercício de 2017, não enfrenta a questão à luz dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, razão pela qual não pode prosperar.

230. O questionamento da constitucionalidade da Emenda 86/2015, com Parecer proferido pelo Procurador-Geral da República pela procedência da ADI 5.595, no que se refere ao art. 2º da Emenda em comento, também não é suficiente para embasar o pedido, uma vez que o dispositivo foi integralmente revogado, o que pode vir a comprometer o curso da ação.

231. Isso porque, segundo a jurisprudência assentada pelo STF, a revogação superveniente do ato estatal impugnado (no caso o art. 2º foi integralmente revogado) faz instaurar situação de prejudicialidade que provoca a extinção anômala do processo de fiscalização abstrata de constitucionalidade, eis que a ab-rogação do diploma normativo questionado opera, quanto a este, a sua exclusão do sistema de direito positivo, causando, desse modo, a perda ulterior de objeto da própria ação direta, independentemente da ocorrência, ou não, de efeitos residuais concretos (precedentes: ADI 1.445 e ADI 4.620).

232. Nem o esforço interpretativo '*ad argumentandum tantum*' ou '*obter dictum*' consubstanciado na tabela apresentada no item 97, nem mesmo nesta hipotética situação, verificar-se-ia descumprimento do mínimo de saúde em 2016 quando se faz a ponderação *pro rata* dos parâmetros de apuração de acordo com o que dispõem as Emendas 86/2015 e 95/2015, o que resultaria, a título meramente ilustrativo, no montante de R\$ 95,970 bilhões, valor bem inferior ao valor efetivamente aplicado pela União em 2016, da ordem de R\$ 106 bilhões.

233. Quanto à compensação de eventuais disponibilidades de caixa provenientes do cancelamento de restos a pagar não processados de exercícios anteriores, não foram verificadas irregularidades que justifiquem a adoção do rito especial nas contas presidenciais de abertura do contraditório e da ampla defesa.

234. Em 2015, foram cancelados restos a pagar no montante global de **R\$ 647,2 milhões** referentes a restos a pagar inscritos nos exercícios de 2007 a 2014. Deste montante, apenas **R\$ 254 milhões** não dispunham de saldos excedentes suficientes para absorver os cancelamentos sem comprometer o respectivo mínimo constitucional, o que exigiu compensação no exercício seguinte.

235. Em 2016, a União empenhou despesas adicionais, mediante modalidades específicas, da ordem de **R\$ 482,9 milhões** referentes a ações e serviços públicos de saúde, afastando qualquer hipótese de irregularidade por descumprimento da regra prevista no art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012.

236. Apesar de serem identificados saldos deficitários da ordem de **R\$ 1,2 bilhão** em relação à compensação das disponibilidades decorrentes do cancelamento de restos a pagar não processados, inscritos e computados nos mínimos de 2011 a 2014, os saldos dos excedentes líquidos em relação aos mínimos dos exercícios de 2015 e 2016 totalizaram **R\$ 12,4 bilhões** em 31/12/2016. Este último valor é suficiente para compensar a diferença de exercícios anteriores, ainda que a execução não tenha observado a formalidade prevista na legislação vigente, no sentido de executar as despesas adicionais de compensação em modalidades de aplicação especificamente instituídas para esta finalidade.

237. Impende observar, contudo, que esse entendimento não autoriza a União se valer dos expressivos saldos excedentes referentes aos exercícios de 2009, 2015 e 2016 para reduzir o mínimo de saúde de exercícios futuros ou compensar o cancelamento/prescrição de restos a pagar de exercícios que sobrevierem à decisão que vier a ser proferida nestes autos, fato que enseja a expedição de alerta, tendo em vista o risco de eventual descumprimento das regras previstos na Lei Complementar 141/2012.

238. As transações envolvendo cancelamento de restos a pagar e a correspondente compensação evidenciaram elevada complexidade e difícil compreensão a partir das informações

divulgadas nos demonstrativos fiscais que estão ao alcance do cidadão e até mesmo nas prestações de contas.

239. Apesar se serem inegáveis os esforços empreendidos pelo Poder Executivo federal para implementar os sistemas eletrônicos centralizados previstos legalmente, revela-se necessário o aperfeiçoamento dos processos de execução orçamentário-financeira e correspondentes rotinas do Siops e do Siconfi, assim como do demonstrativo de saúde, com vistas a conferir maior transparência e visibilidade aos atos de cancelamento/prescrição de restos a pagar, saldos dos excedentes em relação ao mínimo de saúde de cada exercício e respectiva compensação quando necessária.

240. Trata-se de medida fundamental para garantir o acompanhamento efetivo do mínimo constitucional de saúde pelos meios assegurados nas Leis Complementares 101/2000 e 141/2012, sem os quais a transparência e, sobretudo, a visibilidade ficam comprometidas, prejudicando, por consequência, o controle oficial e social de transações expressivas durante a execução financeira dos restos a pagar que podem constituir via de escapismo do mandamento constitucional.

241. Assim sendo, após análise dos elementos apresentados pelos subscritores e encampados pelo Ministério Público de Contas junto ao TCU, bem como das respostas às diligências realizadas junto aos órgãos federais, entende-se que a presente Representação deve ser conhecida para, no mérito, negar-lhe provimento.

242. Em desfecho, registre-se que, em cumprimento ao disposto nos arts. 25, parágrafo único, 34 a 37 da Lei Complementar 141/2012, as divergências suscitadas nestes autos também foram analisadas no subtítulo 4.1.1.3 do Relatório que subsidiou a emissão do **parecer prévio das contas presidenciais de 2016**, nos termos do Acórdão 1.320/2017-Plenário, da relatoria do Ministro Bruno Dantas, sendo os entendimentos convergentes com as conclusões a que se chega nesta análise de mérito.

V. PROPOSTA DE ENCAMINHAMENTO

243. Em face de todo exposto, propõe-se encaminhar os presentes autos ao Gabinete do relator, Ministro Bruno Dantas, para, preliminarmente, submeter a presente instrução ao Gabinete do Procurador Júlio Marcelo de Oliveira, autor da presente Representação, que requereu na inicial a oportunidade de oficiar nos autos após análise de mérito, ocasião em que poderá oferecer seus contributos adicionais para o julgamento (**item 18**), e, posteriormente:

a) conhecer da presente Representação com fulcro no art. 237, inciso I, do Regimento Interno TCU c/c art. 84 da Lei 8.443/1992 para, no mérito, negar-lhe provimento em razão da inexistência de irregularidades na aplicação do mínimo do exercício de 2016, assim como na compensação das disponibilidades de caixa provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados no exercício de 2015 (**itens 87-157; 158-197; 216-242**);

b) determinar:

b.1) aos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão que, **a partir do exercício de 2017**, procedam à compensação das disponibilidades de caixa:

b.1.1) quando provenientes de cancelamento de **restos a pagar não processados computados para o mínimo constitucional**, com base nas regras e prazo fixados pelo art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012 c/c art. 8º, parágrafo único, da Lei Complementar 101/2000, inclusive quando se tratar de restos a pagar inscritos e computados para fins de cálculo dos mínimos de exercícios anteriores a 2012 (**itens 158-197**);

b.1.2) quando provenientes de eventuais cancelamentos de **restos a pagar processados**, considerados no cômputo do mínimo constitucional de saúde, com base no art. 8º, parágrafo único, da Lei Complementar 101/2000, observado o prazo previsto no art. 24 § 2º, da Lei Complementar 141/2012(**itens 158-197**);

b.2) aos Ministérios da Saúde e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão que observem a regra prevista no art. 24, § 2º, da Lei Complementar 101/2012, que fixa prazo e exige a execução das

despesas adicionais com ações e serviços públicos de saúde em dotação específica, quando se tratar de compensação das disponibilidades de caixa provenientes do cancelamento ou prescrição de restos a pagar não processados considerados para fins do mínimo constitucional, cuja execução orçamentária e financeira deverá, obrigatoriamente, ser realizada mediante uso das Modalidades de Aplicação 35, 45, 73 e 95, instituídas para esta finalidade específica, ou outro mecanismo de identificação e controle orçamentário que venha substituí-las (**itens 158-197**);

c) alertar, com fundamento no art. 59, § 1º, inciso V, da Lei Complementar 101/2000 c/c arts. 25, parágrafo único, 34 e 39, § 1º, inciso IV, da Lei Complementar 141/2012, aos Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão que a decisão que vier a ser proferida nestes autos não constituirá fundamento para União, futuramente, reduzir o mínimo de saúde ou utilizar eventual saldo de excedente em relação ao mínimo de saúde de um exercício para compensar cancelamento ou prescrição de restos a pagar referentes a outro exercício (**itens 158-197**);

d) fixar, com fulcro no art. 187 do Regimento Interno desta Corte de Contas, o prazo de **30** (trinta) dias para os Ministérios da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão apresentarem conjuntamente a este Tribunal o cronograma para:

d.1) atualização das rotinas dos sistemas eletrônicos centralizados previstos no art. 39 da Lei Complementar 141/2012 e no art. 48, § 2º, da Lei Complementar 101/2000, de forma a conferir maior transparência e visibilidade aos saldos remanescentes dos restos a pagar e à compensação das disponibilidades de caixa provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados, quando computados na apuração do mínimo constitucional, observado o disposto nos arts. 24 e 39, § 1º, inciso IV, daquele Diploma legal (**item 158-197; 216-242**);

d.2) ampla divulgação das informações previstas no subitem anterior por meio da publicação de quadro auxiliar ao demonstrativo das receitas e despesas com ações e serviços públicos de saúde instituído pelo art. 35 da Lei Complementar 141/2012 (**itens 158-197**);

e) dar ciência da decisão que vier a ser proferida nestes autos:

e.1) aos subscritores da Denúncia apensada aos presentes autos a Senhora Élide Graziane Pinto, Procuradora do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, CPF 034.567.236-44; e o Senhor Francisco Rozsa Funcia, Economista, CPF 007.727.298-67;

e.2) aos Ministros da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, ao Chefe da Casa Civil da Presidência da República e à Advogada-Geral da União;

e.3) aos Presidentes das Comissões de Seguridade Social e Família (CSSF) e de Fiscalização Financeira e Controle (CFFC) da Câmara dos Deputados; ao Presidente da Comissão de Assuntos Sociais do Senado Federal (CAS/SF), assim como ao Presidente da Comissão Mista de Planos, Orçamentos Públicos e Fiscalização do Congresso Nacional (CMO);

e.4) aos Subprocuradores-Gerais da República titulares da Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC) e das 1ª e 5ª Câmaras de Coordenação e Revisão (1ª e 5ª CCR) da Procuradoria-Geral da República, bem como ao Procurador Regional dos Direitos do Cidadão (PRDC) no Ministério Público Federal em São Paulo, Pedro Antônio de Oliveira Machado;

g) arquivar os presentes autos.”

2. Dada a relevância da matéria tratada neste processo e considerando a representação formulada pelo MPU/TCU, determinei a remessa dos autos ao Gabinete do Procurador-Geral (peça 39). Foi, então, juntado o parecer do autor da representação, Procurador Júlio Marcelo de Oliveira, do qual transcrevo o excerto de teor opinativo, *in verbis* (peça 41):

“II

O Ministério Público de Contas, com as vênias de estilo, diverge, em parte, do encaminhamento proposto.

Não há dúvidas, conforme demonstrado na instrução, de que os recursos destinados às ações de

saúde têm aumentado a cada ano. Igualmente, se reconhece que os recursos federais são finitos e devem ser bem aplicados para que não venham faltar.

Outrossim, há de se concordar com a Semag quanto a que a interpretação das normas deve se dar de forma razoável e harmônica.

A partir da EC 86/2015, o art. 198 da Constituição Federal passou a ter a seguinte redação, no que interessa ao caso vertente:

‘Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

[...]

§ 1º. O sistema único de saúde será financiado, nos termos do art. 195, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios aplicarão, anualmente, em ações e serviços públicos de saúde recursos mínimos derivados da aplicação de percentuais calculados sobre:

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

[...]

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

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

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

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

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

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

A EC 95/2016, por sua vez, determinou:

‘Art. 1º O Ato das Disposições Constitucionais Transitórias passa a vigorar acrescido dos seguintes arts. 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113 e 114:

[...]

‘Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão:

I - no exercício de 2017, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do *caput* do art. 212, da Constituição Federal; e

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.’

[...]

Art. 3º Fica revogado o art. 2º da Emenda Constitucional nº 86, de 17 de março de 2015.’

Assim, ao mesmo tempo que a EC 95/2016 estabeleceu, explicitamente, as regras para 2017 acerca

da aplicação do mínimo da saúde, também, de forma explícita, revogou o art. 2º da EC 86/2015, que estabelecia a progressão do percentual da aplicação dos recursos federais nas ações de saúde, ou seja, no momento da promulgação da referida emenda constitucional, a aplicação progressiva foi retirada do mundo jurídico e passou a valer, tão somente, o comando contido no inciso I do § 2º do art. 198 da CF.

Ao contrário do que afirma a Semag, não há anomia alguma. Há norma clara incidindo e regulando o mínimo da saúde em 2016 e essa norma prevê aplicação de 15% da receita corrente líquida. Ao ver do Ministério Público de Contas, está clara a intenção do legislador em trazer já para o exercício de 2016 a obrigação de se aplicar 15% da receita corrente líquida em serviços e ações da saúde.

O fato de se ter determinado que, no exercício de 2017, as aplicações mínimas seriam calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 serviu apenas para esclarecer que a partir de 2018, e não de 2017, os valores calculados para as aplicações mínimas seriam corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107.

Em momento algum deixou de haver regramento para o percentual a ser aplicado nas ações de saúde sob responsabilidade da União. Portanto, não pode prevalecer a tese de um suposto '*quadro de anomia jurídica*'. Havia uma regra. Ela foi revogada e com essa revogação passou a incidir direta e claramente outra regra. Não há anomia, portanto.

Também não é o caso de prosperar a ideia da aplicação *pro rata* do percentual previsto no inciso I do § 2º do art. 198 da CF, pois este dispositivo é claro ao tratar de exercício financeiro, a indicar que o montante considerado deve ser o anual e não de apenas parte do ano. A aplicação *pro rata* só poderia ter lugar se tivesse sido expressamente prevista como regra de transição. Ela não tem qualquer previsão normativa e não se coaduna com o eixo interpretativo de proteção à saúde, erigido à condição de direito fundamental do cidadão e dever do Estado. Os casos de Direito Financeiro que tratam do financiamento à saúde ou à educação devem ser solucionados em conformidade com esse eixo de interpretação.

O legislador, na ocasião em que optou por revogar o art. 2º da EC 86/2015, trouxe para o exercício financeiro de 2016 a obrigação de a União aplicar 15% de sua Receita Corrente Líquida em ações de saúde. Se houvesse a intenção da aplicação desse percentual apenas para o período que faltava para o final do exercício de 2016, essa regra estaria prevista no texto da EC 95/2016.

Temos, então, o seguinte cenário. Até 15/12/2016, a União estava obrigada a aplicar 13,2% da RCL em ações de saúde naquele exercício. A partir desta data, a obrigação passou a ser de 15% da RCL. Cabia, portanto, ao Poder Executivo adotar as providências necessárias a adequar o orçamento ao novo comando constitucional.

Não se desconhece a alegação de que, em razão de a EC 95/2016 ter sido promulgada em data muito próxima ao final do exercício, seria impossível operacionalizar a alteração do percentual naquele mesmo ano.

Com as devidas vênias à unidade técnica, esse argumento de escassez de tempo hábil, ao ver do Ministério Público, se afigura razoável apenas para justificar a não aplicação de sanção aos responsáveis que deveriam adotar as medidas necessárias ao cumprimento do mínimo de 15% da RCL, mas não tem o condão de exonerar a União do dever de cumprir a obrigação imposta pela norma, ainda que posteriormente, em forma de compensação da obrigação inadimplida.

Ressalte-se que a PEC 241 foi apresentada em 15 de **junho** de 2016. Imagine-se que a emenda constitucional que dela adveio tivesse sido promulgada apenas dois meses depois. Nessa hipótese, bastante plausível, dada a evidente possibilidade temporal de se efetuar os ajustes orçamentários, com certeza, a presente discussão nem estaria sendo travada.

A data da promulgação da emenda constitucional, fruto do acaso e não de uma intenção normativa, não pode levar a uma interpretação forçada que negue o sentido claro e literal da norma para afastar uma obrigação cristalina e, com isso, prejudicar ainda mais a população carente de ações de saúde.

Reforça ainda mais o quanto se pleiteia nesta representação o fato de que, no bojo da ADI 5.595,

que tramita no STF, o Ministro Ricardo Lewandowski, em 31/8/2017, deferiu a cautelar requerida para suspender a eficácia dos arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015 (peça 40).

A decisão cautelar na ADI 5.595 suspendeu retroativamente¹ a eficácia do art. 2º da Emenda 86/2015 que, em seu inciso I, havia fixado o subpiso de 13,2% da RCL para o exercício de 2016.

Ora, com essa decisão oriunda do Supremo Tribunal Federal, resta claro que o piso federal de aplicação em ASPS no ano de 2016 era, desde o início do exercício, de 15% da RCL, o que torna até mesmo superado e prejudicado o debate sobre os efeitos intertemporais da revogação do art. 2º da Emenda 86/2015 pelo art. 3º da Emenda 95/2016.

A possibilidade de operacionalização desse piso dentro do próprio exercício em curso ou posteriormente, como forma de compensação, não afeta o fato de que o piso vigente, por força de norma constitucional era de 15% da RCL.

Além disso, os recursos oriundos do pré-sal devem ser fonte adicional de recursos, à luz da suspensão da eficácia, em caráter retroativo, do art. 3º da Emenda 86/2015, também por força da cautelar concedida pelo Ministro Ricardo Lewandowski na ADI 5595.

Considerando ainda que a União teria aplicado em 2016, para fins de perfazimento do seu dever de gasto mínimo em ações e serviços públicos de saúde, o montante de R\$106,235 bilhões (14,7% da RCL), dos quais R\$559 milhões foram considerados ineptos pelo próprio TCU para os fins do art. 3º da LC 141/2012 (Acórdão 31/2017-TCU-Plenário), haja vista sua destinação à capitalização da Hemobrás e ao programa REHUF e que o dever da União de compensar os restos a pagar cancelados, na forma do art. 24, §§1º e 2º da LC 141/2012, alcançou, em 2016, o patamar de R\$439 milhões, urge seja apurada a diferença entre a aplicação realizada pelo Governo Federal e o *quantum* constitucionalmente adequado de recursos que deveriam ter sido vertidos no ano de 2016 em ações e serviços públicos de saúde.

Ao sentir do Ministério Público de Contas, a diferença depende da fixação precisa da receita corrente líquida de 2016, sobre a qual deve incidir o percentual de 15%, tal como definido na ADI 5.595.

Se a RCL for mantida em R\$722,5 bilhões, como já avaliado no âmbito dos pareceres prévios às contas do governo da República de 2016, a diferença a ser compensada em 2017 superará a casa de R\$3 bilhões, haja vista a conjunção do déficit de 0,3% da RCL, com a glosa de R\$559 milhões do Acórdão 31/2017-TCU-Plenário e com o saldo de R\$439 milhões de restos a pagar cancelados em 2015 e não compensados ao longo do ano passado.

Por outro lado, se o TCU acatar a requantificação da RCL para R\$709 bilhões empreendida pelo Governo federal em junho de 2017, a diferença a menor seria de cerca de R\$1,2 bilhão (R\$ 250 milhões de déficit em face dos 15% da RCL + recursos pré-sal + R\$ 439 milhões RP cancelados + R\$ 559 milhões despesas com capitalização da Hemobrás e REHUF).

O somatório dessas dimensões nos permite extrair que o dever da União de compensar imediatamente o gasto mínimo em saúde em 2017, é de, **no mínimo**, R\$1,2 bilhão, haja vista o déficit verificado em 2016.

Certamente, o TCU só não apontou o dever de compensar tanto os Restos a Pagar cancelados, quanto a glosa de despesas que não são ASPS's, porque, quando emitiu seu parecer prévio sobre as contas de 2016, **ainda não havia a suspensão retroativa da eficácia do art. 2º, I, da Emenda 86/2015 pelo STF no bojo da ADI 5595.**

Ou seja, naquele momento, o TCU aceitou como razoável a defesa do Ministério da Saúde de que os 13,2% teriam vigorado em 2016. Nesse sentido, havia, em tese, um formal 'saldo excedente' de aplicação de R\$10,9 bilhões que suplantariam a necessidade de compensar eventuais inconsistências no regime dos restos a pagar e mesmo as despesas analisadas no Acórdão 31/2017. É o que se pode ler a fls. 213/214 do relatório do parecer prévio constante do

¹ Na forma do art. 11, § 1º da Lei 9.868/1999, que assim dispõe: “§ 1º A medida cautelar, dotada de eficácia contra todos, será concedida com efeito *ex nunc*, salvo se o Tribunal entender que deva conceder-lhe eficácia retroativa.”

endereço <https://portal.tcu.gov.br/biblioteca-digital/contas-do-governo-da-republica-exercicio-de-2016.htm>

Ora, como a decisão monocrática do Ministro Lewandowski, proferida no dia 31.8.2017, produziu efeitos retroativos e, portanto, necessariamente alcança todo o exercício de 2016 – aliás, ela só tem sentido se tiver efeito retroativo, já que a decisão foi tomada com a norma já revogada – desfaz-se a conclusão de que haveria saldo excedente de aplicação em face do inconstitucional subpiso de 13,2% da RCL no ano passado. Cumpre registrar que essa ADI tem julgamento de mérito previsto para o próximo dia 19 de outubro.

Quaisquer falseamentos no conjunto de despesas contabilizadas como ações e serviços públicos de saúde, bem como no regime jurídico dos restos a pagar, majoram o déficit de aplicação em relação ao piso federal de 15% da RCL previsto no art. 198, §2º, I, da Constituição de 1988.

Vale lembrar, por fim, que há também efeitos prospectivos decorrentes desse necessário dever de a União compensar o déficit de aplicação em saúde de 2016 em 2017. Isso ocorre, porque o valor de gastos em ASPS's deste ano de 2017 configurará a base de cálculo para o piso federal em saúde para os próximos 19 anos, na forma do art. 110, II, do ADCT, inserido pela Emenda 95/2016. Ou seja, urge definir o dever de compensação pela União de, **no mínimo**, R\$1,2 bilhão em 2017, até para que tal volume seja também incorporado na base de cálculo do patamar mínimo de gasto federal em ASPS's a ser corrigido pela inflação de 2018 a 2036.

No que tange à questão relativa aos restos a pagar, o Ministério Público de Contas anui ao entendimento da Semag.

III

Pelo exposto, o Ministério Público de Contas propõe ao Tribunal:

a) conhecer da presente representação com fulcro no art. 237, inciso I, do Regimento Interno TCU c/c art. 84 da Lei 8.443/1992 para, no mérito, considerá-la procedente;

b) determinar ao Ministério da Fazenda e ao Ministério da Saúde que:

b.1) adotem as medidas orçamentárias e financeiras necessárias para que a diferença entre a aplicação realizada pelo Governo Federal e o *quantum* mínimo constitucionalmente adequado de recursos que deveriam ter sido vertidos no exercício de 2016 em ações e serviços públicos de saúde seja compensada ainda no exercício de 2017, como determina o artigo 25 da Lei Complementar 141/2012;

b.2) em não sendo possível tal compensação ainda em 2017, adotem as medidas necessárias a que tal diferença seja compensada em 2018, sem prejuízo de que, independentemente da compensação efetiva ocorrer em 2017 ou 2018, considerem o valor devido a título de compensação como integrante da base de cálculo para o piso federal em saúde para os próximos 19 anos, na forma do art. 110, II, do ADCT, inserido pela Emenda 95/2016.

c) fazer as determinações e alertas propostos pela unidade técnica.”

3. A decisão liminar referenciada pelo Procurador Júlio Marcelo de Oliveira, adotada pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595, em 31/8/2017, tratando do assunto em comento, foi juntada aos autos à peça 40.

4. O processo de denúncia formulada pela Procuradora do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, Élide Graziane Pinto, e pelo Economista Francisco Rozsa Funcia, cujo teor foi integralmente encampado pelo autor desta representação (peça 1), foi autuado sob o número TC 011.935/2017-0 e apensado aos presentes autos, conforme despacho de 24/5/2017 daquele processo.

É o relatório.

VOTO

Cuidam os autos de representação formulada pelo Procurador do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas da União, Júlio Marcelo de Oliveira, em razão do suposto descumprimento, por parte do Exmo. Sr. Presidente da República, Michel Miguel Elias Temer Lulia e do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Ricardo José Magalhães Barros, do percentual mínimo definido constitucionalmente para aplicação em ações e serviços públicos de saúde (ASPS) pela União, no exercício financeiro de 2016.

2. A representação do douto procurador adere integralmente ao teor da denúncia objeto do TC 011.935/2017-0, apresentada por Élide Graziane Pinto, Procuradora do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e por Francisco Rozsa Funcia, Economista, com amparo no art. 5º, XXXIV, alínea “a” combinado com o art. 74, § 2º, da Constituição da República Federativa do Brasil (CRFB) e art. 53 da Lei 8.443/1992. Referida denúncia foi autuada sob o número TC 011.935/2017-0 e apensado aos presentes autos conforme despacho de 24/5/2017 daquele processo.

3. A questão em análise versa sobre dois aspectos.

4. A um, alega-se que o descumprimento decorreria do não atingimento, no exercício de 2016, do piso de 15% (quinze por cento) da receita corrente líquida federal (RCL), assim fixado de acordo com o art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB, em razão da revogação do art. 2º da Emenda Constitucional 86, de 18/3/2015, pela Emenda 95, esta promulgada em 15/12/2016. Ou seja, propõe-se seja adotada antecipadamente a regra do art. 110, inciso I, do ADCT, cuja eficácia normativa foi expressamente prevista para 2017. Nestes termos, o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde em 2016 passaria de R\$ 95.366.607.468,00 para R\$ 108.371.144.850,00, o que corresponderia a um déficit de aplicação de R\$ 2,574 bilhões, considerando que o aporte realizado no ano passado foi efetivamente superior ao mínimo então previsto.

5. A dois, defende-se a aplicação, a título de compensação, das disponibilidades provenientes de cancelamento, em 2015, de restos a pagar de exercícios anteriores (até 2014), em acréscimo ao piso federal que deveria ter sido aplicado em 2016.

6. Em despacho datado de 24/5/2017, acompanhando integralmente a análise empreendida pelas unidades especializadas Semag e SecexSaude deste Tribunal, consoante instrução de peça 9, conheci da presente Representação e indeferi a medida excepcional pleiteada, uma vez que não restaram configurados os pressupostos do *fumus boni iuris* e do *periculum in mora*. Determinei a realização de diligências saneadoras, suspendi o sigilo do processo e facultei aos Ministros do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, da Fazenda, da Saúde e da Casa Civil, assim como ao Advogado-Geral da União, a manifestação sobre a matéria.

7. Procedidas às comunicações processuais competentes e saneados os autos, a instrução de mérito da Semag propõe considerar improcedente a representação em razão da inexistência de irregularidades na aplicação do mínimo do exercício de 2016, assim como na compensação das disponibilidades de caixa provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados no exercício de 2015. Ademais, sugere a expedição de medidas corretivas por meio de determinações e alertas.

8. Dada a relevância da matéria tratada neste processo e considerando a representação formulada pelo MPU/TCU, determinei a remessa dos autos ao Gabinete do Procurador-Geral. O Procurador Júlio Marcelo de Oliveira exarou parecer, cujo teor opinativo foi transcrito no relatório precedente, divergindo parcialmente da análise esposada pela unidade instrutora, pois entende que “está clara a intenção do legislador em trazer já para o exercício de 2016 a obrigação de se aplicar 15%

da receita corrente líquida em serviços e ações da saúde.” No que tange à questão relativa aos restos a pagar, o representante do *Parquet* especializado anui ao entendimento da Semag.

9. Preliminarmente, ratificando o despacho de peça 11, conheço da presente representação por restarem configurados os requisitos de admissibilidade previstos no art. 237 c/c o art. 235 do Regimento Interno do TCU assim como por tratar-se de matéria constitucional, consoante o disposto no art. 198, § 3º, inciso III, da CRFB, disciplinada pela Lei Complementar 141/2012, cujo art. 25, parágrafo único, define expressamente a competência do Tribunal de Contas da União para a verificação da aplicação dos recursos mínimos em ações e serviços públicos de saúde.

10. Quanto ao mérito, a despeito do zeloso parecer do douto procurador, manifesto minha concordância integral com a análise realizada pela Semag, cujos argumentos adoto como minhas razões de decidir, com um ajuste necessário em decorrência da decisão judicial proferida posteriormente à instrução técnica, consoante passo a expor.

II

11. A matéria em debate nos autos configura-se assunto de extrema relevância para a sociedade brasileira, na medida em que impacta diretamente a prestação de serviço público em área das mais sensíveis para a população, a saúde. Ademais, o assunto é de crucial importância para as finanças públicas e para a política nacional, pois tem conexão direta com as contas presidenciais anuais, já que a Lei Complementar 141/2012 determina a apuração do mínimo constitucional no parecer prévio das contas do governo.

12. No que tange ao primeiro ponto questionado, quanto à regra a ser aplicada para cálculo do mínimo no exercício de 2016, entendo que a controvérsia pode ser facilmente pacificada pela mera observação literal da norma legal, a qual foi expressamente reforçada pela decisão judicial liminar referenciada pelo Procurador Júlio Marcelo de Oliveira, adotada pelo Ministro do Supremo Tribunal Federal Ricardo Lewandowski no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595, em 31/8/2017, trazidas aos autos à peça 40.

13. Retomando-se a questão, em síntese, com a promulgação da Emenda 86 em 17/3/2015, nova redação dada ao art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB, definiu nova metodologia de cálculo para fixação do mínimo de saúde para a União, cujo montante anual passa a corresponder ao valor equivalente a 15% da receita corrente líquida (RCL) federal. Todavia, sua aplicação seria progressivamente escalonada, nos seguintes termos:

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

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

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

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

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

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

14. Ou seja, o percentual a ser aplicado em 2016 corresponderia a 13,2% da RCL federal realizada no ano de referência, e o percentual de 15% só seria atingido a partir de 2020.

15. Com a inauguração do Novo Regime Fiscal por força da Emenda 95/2016, alterou-se novamente a metodologia do cálculo do mínimo de saúde na esfera federal, que passou a observar

premissas excepcionais desvinculadas da regra fixada pelo art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB. Para o exercício de 2017, excepcionalmente, adotou-se o mesmo parâmetro orçamentário previsto no art. 198, § 2º, inciso I, da CRFB, qual seja, de aplicar 15% da RCL federal em ações e serviços públicos de saúde, nos termos do art. 110 do ADCT:

“Art. 110. Na vigência do Novo Regime Fiscal, as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde e em manutenção e desenvolvimento do ensino equivalerão: (Incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

I - **no exercício de 2017**, às aplicações mínimas calculadas nos termos do inciso I do § 2º do art. 198 e do caput do art. 212, da Constituição Federal; e (Incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

II - nos exercícios posteriores, aos valores calculados para as aplicações mínimas do exercício imediatamente anterior, corrigidos na forma estabelecida pelo inciso II do § 1º do art. 107 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias.” (Incluído pela Emenda Constitucional nº 95, de 2016)

16. Ao ver do Ministério Público de Contas, estaria clara a intenção do legislador em trazer já para o exercício de 2016 a obrigação de se aplicar 15% da receita corrente líquida em serviços e ações da saúde, inexistindo o quadro de anomia jurídica afirmado pela Semag e sendo indevida a aplicação pro rata do percentual previsto no inciso I do § 2º do art. 198 da CF, proporcionalmente ao período de vigência da novel norma, consoante esforço interpretativo realizado pela Semag.

17. Transcrevo, por oportuno, excerto do despacho de peça 11, no qual firmei meu entendimento quanto à aplicabilidade, no exercício de 2016, do percentual de 13,2% da RCL federal realizada no ano, em consonância com a Emenda 86/2015:

“22. Na presente representação, que encampa a denúncia objeto do TC 011.935/2017-0, conforme dito acima, propõe-se seja a União obrigada a aplicar 15% da RCL em ações e serviços públicos de saúde no exercício de 2016, adotando-se, antecipadamente, a regra do art. 110, inciso I, do ADCT, cuja eficácia normativa foi expressamente prevista para 2017. Nesta hipótese interpretativa, o valor mínimo a ser aplicado pela União em ações e serviços públicos de saúde em 2016 passaria de **R\$ 95.366.607.468,00** para **R\$ 108.371.144.850,00**.

23. Entretanto, discordo da tese formulada e acolho integralmente a análise apresentada pelas unidades instrutoras, Semag e SecexSaude, no sentido da aplicabilidade da Emenda 86/2015 em todo o exercício de 2016, cujos argumentos orçamentários, administrativos e jurídicos não deixam dúvidas quanto à sua adequação teórica e prática.

24. Vale transcrever o seguinte excerto da instrução de peça 9:

‘100. Ademais, retroagir o percentual de 15% da RCL federal e aplicá-lo durante todo exercício de 2016 significaria, na prática, admitir a retroatividade de emenda constitucional visando alterar a realidade fática, violando princípios basilares do Direito Constitucional, dentre eles a limitação do poder derivado.

101. É cediço que o instituto da revogação de normas não produz efeito *ex tunc*, sem razão para assim sê-lo no caso da revogação do art. 2º da Emenda 86/2015, sob pena de fazer instaurar um quadro de insegurança jurídica. Nesse sentido, oportuno lembrar a seguinte lição secular: ‘Deve o Direito ser interpretado inteligentemente e não de modo a que a ordem legal envolva um absurdo, prescreva inconveniências, vá ter conclusões inconsistentes ou impossíveis’ (Carlos Maximiliano, *Hermenêutica e Aplicação do Direito*, pág. 183).’

25. De fato, não é razoável que a novel norma constitucional, editada na última quinzena do ano, venha retroagir ao início do exercício de 2016, especialmente quando se trata de matéria orçamentária cuja execução financeira já vem se concretizando paulatinamente, em conformidade com as premissas de programação financeira e o cronograma mensal de desembolso. Essa logística obedece às regras estatuídas pela Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF) e pela Lei Complementar

141/2012 e mostra-se incompatível com alterações inesperadas em função de mudanças no ordenamento jurídico às vésperas do encerramento do exercício.

26. Tratando-se mais detalhadamente do planejamento orçamentário e de sua operacionalização, merece destaque o seguinte excerto da análise das unidades instrutoras (peça 9):

‘119. Os critérios para repasse dos recursos da saúde foram definidos nos artigos 17 a 22 da Lei Complementar 141/2012, os quais devem observar as necessidades de saúde da população, as dimensões epidemiológica, demográfica, socioeconômica, espacial e de capacidade de oferta de ações e de serviços de saúde, dentre outros critérios definidos na Lei 8.080/1990, com vistas à progressiva redução das disparidades regionais, em cumprimento ao art. 198, § 3º, inciso II, da CRFB. Nesse contexto, cerca de 70% do valor mínimo aplicado pela União em 2016 (R\$ 65,8 bilhões) foram repassados a estados e municípios de forma regular e automática na modalidade fundo a fundo.

120. Essa arquitetura constitucional concebida para o SUS constitui, sem dúvida alguma, um dos maiores desafios da gestão. O desafio se faz presente em todas as fases, do planejamento da política pública e respectivo orçamento ao controle público e social, conferindo singularidade à programação financeira e ao cronograma mensal de desembolso.

(...)

123. Nesse ambiente, marcado por objetivos interregionais, com planos e metas anuais definidos a partir de modelo decisório democrático, que assegura a participação de múltiplos atores nos formatos tripartite e bipartite, o planejamento orçamentário da política de saúde e sua execução ganham contornos singulares incompatíveis com mudança de rota às vésperas do encerramento do exercício.

124. Insistir no efeito surpresa em matéria que afeta diretamente o complexo processo legislativo orçamentário que norteia a definição e, sobretudo, os critérios para aplicação dos recursos mínimos da saúde da União seria mitigar, de forma inaceitável, o princípio constitucional da eficiência que deve permear a efetividade do gasto, em especial o gasto com a política pública mais pulverizada na Federação, que é a política de saúde.’

27. A meu ver, não restam dúvidas quanto à interpretação que deve ser adotada por esta Corte de Contas no que tange à metodologia de cálculo do mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde para o exercício de 2016. Aplica-se o art. 2º da Emenda 86/2015, inciso I, correspondente ao percentual de 13,2% da RCL federal. Tal entendimento, consoante destacam as unidades instrutoras:

‘(...) é essencial para orientar não apenas a elaboração da prestação de contas presidenciais do exercício de 2016, assim como a sua análise e emissão do respectivo parecer prévio, além de orientar a manutenção do sistema eletrônico centralizado previsto no art. 39 da Lei Complementar 141/2012 (Siops), ao qual é garantido amplo acesso público, conferindo, assim, maior segurança jurídica ao processo de prestação de contas e exercício do controle externo pelo Tribunal e pelo Congresso Nacional sobre as referidas contas anuais.’ (peça 9)

28. A reforçar essa tese, a qual, repito, acolho integralmente, as unidades instrutoras apresentam, em esforço interpretativo, *ad argumentandum tantum*, um cálculo de ponderação *pro rata* dos percentuais em relação ao período de vigência/eficácia das Emendas 86/2015 e 95/2015. Para tanto, considerar-se-ia o período de eficácia normativa da Emenda 86/2015 (de 1/1 a 14/12/2016) e de vigência da Emenda 95/2016 (de 15/12 a 31/12/2016) com vistas a suprir o quadro de anomia jurídica instaurado com a revogação do art. 2º da primeira Emenda.

29. O cálculo decorrente dessa hipótese interpretativa foi demonstrado no item 110 da instrução de peça 9, tendo resultado **inócuo**, uma vez que pouco acrescentaria ao piso federal a ser aplicado em

ações e serviços públicos de saúde em 2016. Segundo esse cálculo hipotético, o montante correspondente ao mínimo de saúde passaria de R\$ 95,366 bilhões para R\$ 95,970 bilhões, montante ainda inferior ao efetivamente aplicado pela União nesse ano, da ordem de R\$ 106 bilhões.

30. Resta afastado, portanto, o indício de irregularidade no sentido de que, em 2016, não teria sido aplicado o mínimo constitucional em saúde previsto na Emenda 95/2016, promulgada em **15/12/2016**. A uma, porque, o art. 110, inciso I, do ADTC fixou, **expressamente**, que sua eficácia normativa se daria, **de forma excepcional, no exercício de 2017**. A duas, porque, caso adotado o esforço interpretativo no sentido de antecipar para 2016 os efeitos da Emenda 95/2016 de maneira proporcional, resultariam os cálculos em montante ainda inferior ao efetivamente aplicado. Logo, para os últimos quinze dias do exercício de 2016, por óbvio, permanece válida a regra então vigente por força da Emenda 86/2015.

31. Portanto, alinhando-me integralmente à análise empreendida em conjunto pelas duas unidades especializadas da Secretaria Geral de Controle Externo, Semag e SecexSaude, entendo que a tese levantada nesta representação, para embasar o cálculo do mínimo constitucional a ser aplicado em ações e serviços públicos de saúde no percentual de 15% no exercício de 2016, não encontra respaldo no ordenamento e tampouco na hermenêutica jurídica, estando a matéria, a meu ver, pronta para ser apreciada no mérito pelo Tribunal.”

18. Como se vê, os argumentos levantados pelo procurador já foram enfrentados no corpo do despacho que proferi em 24/5/2017. Ademais, conforme apontado na instrução da Semag transcrita no relatório precedente (item 119), os aspectos jurídicos que envolvem a divergência metodológica havida com a promulgação da Emenda nº 95/2016 também já foram enfrentados no Relatório que subsidiou a emissão do parecer prévio das contas presidenciais de 2016, nos termos do Acórdão 1.320/2017-Plenário, de minha relatoria. O entendimento do Plenário desta Corte de Contas foi no sentido de manter o critério uniforme de apuração do mínimo com ações e serviços públicos de saúde no exercício em questão (13,2% da RCL federal), nos seguintes termos:

“Quanto ao mérito da primeira questão, referente à controvérsia atinente à metodologia de cálculo do mínimo em ações e serviços públicos de saúde, concluiu-se que os critérios previstos no art. 2º, inciso I, da Emenda 86/2015 devem ser aplicados em todo exercício de 2016.

Isso porque, embora a EC 95 tenha sido promulgada em 15/12/2016, a eficácia normativa do art. 110, inciso I, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT) consta expressamente definida no texto, somente podendo ser aplicada em caráter excepcional no exercício de 2017. Na prática, o que a Emenda estabelece é a antecipação, para 2017, do parâmetro que a EC 86/2015 previu para vigorar apenas em 2020.

Sob esse prisma, não há como ignorar a instauração de um quadro de anomia jurídica, com a revogação do art. 2º da Emenda 86/2015, durante os 17 dias finais do mês de dezembro de 2016. A solução para essa situação, todavia, passa por um juízo de ponderação em que são considerados os comportamentos estatais e de condutas individuais também sob filtros como os da razoabilidade e da proporcionalidade.

O ensaio jurídico adotado para resolver o quadro precário de anomia analisado na Representação encontra correspondência na jurisprudência assentada na Ação Declaratória de Preceito Fundamental (ADPF) 151, ocasião em que o Supremo Tribunal Federal (STF), embora tenha declarado ilegítima a eficácia normativa do dispositivo apreciado, manteve a aplicação dos critérios estabelecidos pela lei questionada até que sobreviesse norma que fixasse novos critérios (itens 72-79 da instrução de mérito do TC 011.936/2017-7, relator Ministro Bruno Dantas).

Ao manter, para todo exercício de 2016, critério uniforme de apuração do mínimo de saúde (13,2% da RCL, fixado pela EC 86/2015), garante-se a integração dos princípios constitucionais e legais abordados no exame de mérito, essenciais para assegurar a harmonia das normas orientadoras do planejamento orçamentário da política de saúde e de sua execução orçamentária e financeira, com estrito cumprimento das regras específicas que devem direcionar a definição - observado o modelo

decisório bipartite e tripartite - dos planos e metas nacionais, conforme previsto no art. 30 da Lei Complementar 141/2012.

A posição que aponte para a resolução do quadro de anomia a partir da aplicação antecipada de regra do art. 110, inciso I, do ADCT, com eficácia normativa expressa e excepcionalmente prevista para o exercício de 2017, não enfrenta a questão à luz dos princípios da razoabilidade e da proporcionalidade, razão pela qual não tem como prosperar.”

19. Assim, embora entenda que a controvérsia metodológica da regra a ser aplicada no exercício de 2016 já esteja pacificada, chamou-me atenção um argumento utilizado no parecer do membro do *Parquet* especializado e na decisão judicial liminar adotada no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595. Alegou-se que a intenção do legislador no texto original da Proposta de Emenda Constitucional 241/2016, que mais tarde resultou na publicação da Emenda Constitucional 95/2016, era de trazer **já para o exercício de 2016** a obrigação de se aplicar 15% da receita corrente líquida em serviços e ações da saúde.

20. Solicitei à minha assessoria que examinasse o Relatório da PEC 241/2016, o qual fiz juntar à peça 43 dos autos. Comparando os textos proposto e aprovado e analisando a exposição de motivos e o relato da tramitação do projeto, verifiquei que a finalidade do projeto, desde sua concepção, foi de **antecipar – de 2020 para 2017** – a aplicação do percentual previsto no final da trajetória instituída pelo art. 2º da Emenda nº 86/2015, de 15%. Não há nas emendas nenhum sinal de que a União aplicaria o percentual de 15% da RCL no exercício de 2016.

21. Apenas para encerrar a suposta controvérsia citando um trecho do relatório das emendas apresentadas à PEC 241/2016, merece destaque a seguinte passagem acerca do mínimo de saúde e o que se pretendia com a alteração (peça 43, p. 37):

“As Emendas 1, 5, 17 e 18, por outro lado, visam ampliar a base de cálculo sobre a qual serão calculadas as aplicações mínimas. Isso faz sentido na medida em que as aplicações mínimas em saúde encontram-se em transição em vista da promulgação da EC 86/2015. Em 2016, o percentual aplicado sobre a receita corrente líquida é de 13,2%. Nesse sentido, adotar o ano de 2016 como base de cálculo para as aplicações mínimas em ações e serviços públicos de saúde causaria imensa perda para o setor. Ao alterar o ano base para 2017, como propomos, e ao se revogar o art. 2º da EC 86/2015, teremos a incidência do percentual de 15% da receita corrente líquida do ano de 2017, e, a partir de então, a correção pelo IPCA. Por paralelismo, adotamos o mesmo critério para as aplicações mínimas em manutenção e desenvolvimento do ensino, oferecendo também à educação a oportunidade de ampliar sua base de cálculo das aplicações mínimas antes de ingressar efetivamente no Novo Regime Fiscal. Com isso, as emendas foram acolhidas parcialmente.”

III

22. Superada a questão metodológica quanto à regra a ser aplicada no exercício de 2016 para cálculo do mínimo em ASPS, cabe analisar eventuais reflexos produzidos pela decisão judicial liminar adotada no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595, em 31/8/2017, portanto, posteriormente à análise empreendida pela Semag em 7/7/2017, e que veio suspender a eficácia dos arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015 (peça 40).

23. Segundo defende o representante do Ministério Público de Contas, a decisão cautelar na ADI 5.595 suspendeu retroativamente a eficácia do art. 2º da Emenda 86/2015 que, em seu inciso I, havia fixado o subpiso de 13,2% da RCL para o exercício de 2016, restando claro que “o piso federal de aplicação em ASPS no ano de 2016 era, desde o início do exercício, de 15% da RCL, o que torna até mesmo superado e prejudicado o debate sobre os efeitos intertemporais da revogação do art. 2º da Emenda 86/2015 pelo art. 3º da Emenda 95/2016.”

24. Contudo, assim dispôs a parte final da decisão judicial:

“A norma jurídica questionada piora substancialmente a desigualdade no acesso a direitos fundamentais, a justificar a imediata concessão da cautelar pleiteada. **Além disso, a existência de**

periculum in mora em caso de falta de apreciação urgente pelo Supremo Tribunal Federal do pedido de cautelar também reside na repercussão do quanto for efetivamente pago pela União nas ações e serviços públicos de saúde em 2017, para fins de fixação do piso constitucional que passará a vigorar em 2018, bem como ao longo dos próximos 19 anos, na forma do art. 110, II do ADCT, inserido pela EC 95/2016. Portanto, dado o novo regime orçamentário que passará a submeter também o piso federal da saúde a partir de 2018, a concessão de medida cautelar em data posterior consumará – de fato – o perigo de se exarcebar o ‘quadro crônico de subfinanciamento da saúde pública do país [...], que causa número formidável de mortes e agravos evitáveis à saúde dos cidadãos brasileiros’, tal como suscitou o requerente.

Assim posta a matéria de fato, defiro a cautela, *ad referendum*, do Plenário para suspender a eficácia dos arts. 2º e 3º da Emenda Constitucional 86/2015.”

25. Observa-se que a decisão judicial, adotada em 31/8/2017, foi expressa em delimitar para o exercício de 2017 a aplicabilidade da nova regra de cálculo do mínimo em ASPS, registrando a configuração do *periculum in mora* justamente porque o quanto fosse pago nesse exercício serviria como base para o piso constitucional que passaria a vigorar em 2018 e repercutiria ao longo dos próximos 19 anos.

26. Ora, não há margem para interpretação diversa da decisão judicial e tampouco da nova emenda constitucional, que também fixou expressamente para 2017 a nova regra de cálculo, na forma do inciso I do art. 110 do ADCT, transcrito acima. Qualquer digressão em outro sentido carece de sustentação lógico-jurídica e esbarra em dificuldades de ordem prática para a questão de planejamento orçamentário e execução financeira, devidamente pontuadas pela Semag e reforçadas no despacho que proferi em 24/5/2017.

27. Por outro lado, a referida decisão judicial suspendeu a eficácia, também, do art. 3º da Emenda Constitucional 86/2015, o qual não havia sido revogado pela Emenda Constitucional 95/2016. Tal artigo assim dispõe:

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

28. Vale contextualizar que, antes da EC 86/2015 os recursos oriundos da exploração do petróleo e gás natural – incluídos os decorrentes da exploração em áreas no perfil geológico conhecido como camada do pré-sal – eram fontes adicionais para custeio da saúde, como previa expressamente o art. 4º da Lei 12.858/2013. Ao determinar que esses recursos fossem contabilizados no percentual mínimo de gasto da União, a que se refere o art. 198, § 2º, I, da Constituição, o art. 3º da EC 86/2015 impôs uma perda de recursos para o SUS.

29. Com a suspensão da eficácia desse dispositivo constitucional por meio da decisão liminar do Ministro Lewandowski, volta a valer, já para o exercício de 2017, a regra antiga, ou seja, devem os recursos de *royalties* ser contabilizados adicionalmente ao mínimo constitucional de saúde, até que o Supremo Tribunal Federal se pronuncie definitivamente sobre a matéria.

30. Portanto, com relação a esse ponto, caso mantida a eficácia da decisão liminar proferida no âmbito da Ação Direta de Inconstitucionalidade 5.595, em trâmite no Supremo Tribunal Federal, caberá à Semag, quando da apuração do mínimo constitucional em ações e serviços públicos de saúde a que se refere o art. 198, § 2º, I, da Constituição, com vistas a subsidiar a elaboração do parecer prévio sobre as contas presidenciais anuais, previsto no art. 71, inciso I, da CRFB e no art. 56 da LRF, proceder aos cálculos excluindo-se do percentual os recursos oriundos da exploração do petróleo e gás natural.

31. O segundo ponto tratado nesta representação questiona a compensação do saldo de restos a pagar cancelados em 2015 referentes a empenhos de exercícios anteriores em acréscimo ao piso federal que deveria ter sido aplicado em 2016.

32. De início, enalteço a análise realizada pela Semag que muito bem contextualizou o tema dos restos a pagar, esclarecendo como se dá seu funcionamento no modelo constitucional previsto para o orçamento anual e elucidando com números o quanto isso representa na função saúde e para os exercícios sob exame, comparativamente a despesas de outras naturezas. Foi demonstrado que, dentre as políticas públicas marcadas por processos licitatórios complexos e transferências voluntárias e obrigatórias em volume elevado, a política de saúde é a que apresenta menor índice de inscrição em restos a pagar.

33. Também foi mencionada a prática de escapismo adotada por entes da Federação, que durante alguns anos lançaram mão do instituto dos restos a pagar não processados para desvincular recursos da saúde, a despeito do que dispõe o art. 8º, parágrafo único da LRF.

34. Em decorrência, exsurge o disposto no art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012 estipulando que as disponibilidades decorrentes de cancelamentos ou prescrições de restos a pagar que tenham sido considerados no cálculo de apuração do gasto mínimo em saúde em exercícios anteriores deverão necessariamente ser aplicadas em ações e serviços públicos de saúde até o término do exercício seguinte ao do cancelamento ou da prescrição dos respectivos restos a pagar, mediante dotação específica para essa finalidade. E, para viabilizar a execução, o monitoramento e o controle da previsão legal, foram criadas as Modalidades de Aplicação 35, 45, 73, 75 e 95, que norteiam, no Siafi, a execução orçamentária e financeira dessas despesas.

35. Assim, acolhendo proposição da Semag, determinei a realização de diligência à Secretaria de Orçamento Federal do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (SOF) e à Secretaria do Tesouro Nacional (STN), com vistas a identificar quais operações de restos a pagar cancelados entre 2007 e 2011 se referiam a despesas consideradas no conceito de ações e serviços públicos de saúde, já que, até 2011, tal informação não estava disponibilizada no Siafi.

36. Saneados os autos, a análise da Semag quanto ao ponto concluiu que houve pleno cumprimento das regras previstas no art. 8º, parágrafo único, da Lei Complementar 101/2000 c/c art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012, no que diz respeito às operações de cancelamento de restos a pagar realizadas ao longo da execução orçamentário-financeira de 2015, com compensação obrigatória em 2016, conclusão que contou com a anuência do representante do Ministério Público de Contas e com a qual manifesto minha integral anuência.

37. Oportuno destacar o registro feito pela Semag no sentido de que o Tribunal tem reiterado o entendimento, nos pareceres prévios das contas presidenciais a partir de 2012, de que não cabe exigência de compensação caso o cancelamento de restos a pagar do exercício de competência seja inferior ao **valor que excedeu** o mínimo efetivamente aplicado em ações e serviços públicos de saúde, uma vez que o art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012 assegura a compensação de eventual cancelamento e/ou prescrição da parcela **considerada para fins de cálculo do mínimo constitucional**.

38. Ademais, embora a SOF e a STN tenham, em suas respostas às diligências, manifestado divergência das conclusões da unidade instrutora, reafirmando seu entendimento de que os valores de restos a pagar cancelados a serem compensados devem referir-se tão somente aos empenhos e inscrições a partir da nova base de cálculo, ou seja, a partir do exercício de 2012, cabe esclarecer que a divergência foi enfrentada nos autos do TC 012.762/2012-1, que tratou de levantamento de auditoria instaurado no ano de publicação da Lei Complementar 141/2012, e resultou no Acórdão 1.376/2015-TCU-Plenário, da relatoria do Ministro Walton Alencar.

39. Assim, consoante apontou a Semag, tem sido ratificado o posicionamento desta Corte no sentido de que, no caso de **restos a pagar processados computados para o mínimo constitucional**, inscritos e eventualmente cancelados a qualquer tempo, ainda que não haja previsão expressa no art. 24 da Lei Complementar 141/2012, deve haver a devida compensação, seja com amparo no art. 8º, parágrafo único, da LRF, seja por analogia à regra prevista no § 1º daquele dispositivo. Nessa linha, os pareceres prévios proferidos a partir de 2012 têm considerado **falha formal a falta de execução da compensação dos restos a pagar cancelados, reputando-se compensado, todavia, no caso de haver excedente suficiente em relação ao mínimo aplicado no referido exercício.**

40. Feita essa breve contextualização quanto à evolução do exame da matéria acerca da necessidade de compensação dos cancelamentos de restos a pagar não processados considerados para cálculo dos mínimos de saúde, vale transcrever o seguinte excerto da instrução da Semag que elucida, de maneira resumida, os números levantados e conclusões alcançadas:

“173. Em suma, a partir dessas operações, verifica-se que do montante global de R\$ 647,2 milhões referente a cancelamentos realizados no exercício de 2015, houve necessidade de compensar em 2016 tão somente R\$ 254 milhões, valor este que corresponde à soma dos déficits gerados em razão das operações realizadas em 2015, nos montantes de R\$ 196,4 milhões e R\$ 57,6 milhões, tendo como referência os saldos de excedente ou *deficit* verificado no exercício imediatamente anterior.

174. No exercício de 2016, foram executados ações e serviços públicos de saúde no valor de R\$ 482,9 milhões nas Modalidades de Aplicação 35, 45, 73 e 95, segundo apuração realizada a partir das informações do ‘Tesouro Gerencial’ e demonstrativos fiscais. O referido montante é suficiente para compensar os R\$ 254 milhões relativos aos cancelamentos, em 2015, de restos a pagar referentes a 2011 a 2013, sem saldos de excedentes suficientes para sua absorção nos respectivos exercícios.

(...)

177. Em relação aos exercícios anteriores à vigência da Lei Complementar 141/2012 (2007 a 2011), verifica-se que a União não dispõe de excedente líquido suficiente para compensar os atos de cancelamento/prescrição praticados de 2012 a 2016, no montante de R\$ 877,7 milhões, referentes a restos a pagar inscritos e computados para o mínimo de 2011, cujas transações totalizaram um saldo deficitário de R\$ 638,8 milhões em 31/12/2016.

178. Também não há saldos de excedentes suficientes nos exercícios de 2012 a 2014 para afastar a necessidade de compensação das disponibilidades de caixa provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados referentes aos respectivos exercícios, cujas operações totalizaram um *deficit* R\$ 590,3 milhões no encerramento de 2016.

179. A soma dos saldos deficitários em relação à compensação das disponibilidades decorrentes do cancelamento de restos a pagar não processados, inscritos e computados nos mínimos de 2011 a 2014, atingiu pouco mais de R\$ 1,2 bilhão ao final de 2016.

180. Entretanto, se for considerado que os saldos de excedente líquido em relação aos mínimos dos exercícios de 2015 e 2016 atingiram R\$ 12,4 bilhões em 31/12/2016, é plausível entender que parte deste excedente deve ser considerada a título de compensação, ainda que a execução orçamentária não tenha se processado nas modalidades de aplicação específicas, o que caracteriza falha de natureza formal. Neste sentido, entende-se que não há elementos, sob a ótica material, para configurar irregularidade à luz do que dispõe o art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012.”

41. Destarte, à vista dos números demonstrados pela Semag e considerando o excedente líquido verificado em relação aos mínimos previstos para os exercícios de 2015 e 2016, verifico que não houve descumprimento das regras previstas no art. 8º, parágrafo único, da Lei Complementar 101/2000 c/c art. 24, §§ 1º e 2º, da Lei Complementar 141/2012, no que diz respeito às operações de cancelamento de restos a pagar realizadas ao longo da execução orçamentário-financeira de 2015.

42. Por fim, deixo de acolher as proposições de emitir determinação, alerta e fixação de prazo sugeridas pela Semag no parágrafo 243, itens “b”, “c” e “d” e seus subitens, uma vez que não houve o devido debate sobre o assunto junto aos órgãos destinatários das medidas, fugindo ao objeto da presente representação. Embora reconheça a relevância da questão, entendo que tais proposições podem ser melhor analisadas nas Contas de Governo ou aprofundadas em processo a parte.

43. Destarte, acompanhando parcialmente a instrução de mérito exarada pela secretaria especializada, conheço da presente representação e a considero improcedente, deixando de adotar as proposições de determinações e alertas sugeridas, com o ajuste mencionado no item 30 deste voto.

Ante o exposto, voto no sentido de que seja aprovado o Acórdão que ora submeto à deliberação deste Colegiado.

TCU, Sala das Sessões Ministro Luciano Brandão Alves de Souza, em 09 de maio de 2018.

Ministro BRUNO DANTAS
Relator

ACÓRDÃO Nº 1048/2018 – TCU – Plenário

1. Processo nº TC 011.936/2017-7.
- 1.1. Apenso: 011.935/2017-0 (Denúncia).
2. Grupo II – Classe de Assunto: VII - Representação.
3. Representante: Procurador Júlio Marcelo.
4. Órgãos: Ministério da Fazenda, Ministério da Saúde e Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão.
5. Relator: Ministro Bruno Dantas.
6. Representante do Ministério Público: Procurador Júlio Marcelo de Oliveira.
7. Unidade Técnica: Secretaria de Macroavaliação Governamental (Semag).
8. Representação legal: não há

9. Acórdão:

VISTOS, relatados e discutidos estes autos de representação formulada pelo Procurador do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas da União, Júlio Marcelo de Oliveira, em razão do suposto descumprimento, por parte do Exmo. Sr. Presidente da República, Michel Miguel Elias Temer Lulia, e do Exmo. Sr. Ministro da Saúde, Ricardo José Magalhães Barros, do percentual mínimo definido constitucionalmente para aplicação em ações e serviços públicos de saúde pela União, no exercício financeiro de 2016,

ACORDAM os Ministros do Tribunal de Contas da União, reunidos em sessão do Plenário, ante as razões expostas pelo Relator, em:

9.1. conhecer da presente representação, uma vez satisfeitos os requisitos de admissibilidade previstos no art. 237, inciso I, do Regimento Interno TCU c/c art. 84 da Lei 8.443/1992, para considerá-la improcedente, em razão da inexistência de irregularidades na aplicação do mínimo do exercício de 2016, assim como na compensação das disponibilidades de caixa provenientes de cancelamento de restos a pagar não processados no exercício de 2015 (itens 87-157; 158-197; 216-242 da instrução transcrita no relatório precedente);

9.2. dar ciência deste acórdão:

9.2.1 ao representante;

9.2.2. aos subscritores da Denúncia apensada aos presentes autos, Procuradora do Ministério Público de Contas junto ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo Élide Graziane Pinto, CPF 034.567.236-44; e Francisco Rozsa Funcia, Economista, CPF 007.727.298-67;

9.2.3. aos Ministros da Fazenda, da Saúde e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, ao Chefe da Casa Civil da Presidência da República e à Advogada-Geral da União.

10. Ata nº 16/2018 – Plenário.

11. Data da Sessão: 9/5/2018 – Ordinária.

12. Código eletrônico para localização na página do TCU na Internet: AC-1048-16/18-P.

13. Especificação do quorum:

13.1. Ministros presentes: Raimundo Carreiro (Presidente), Walton Alencar Rodrigues, Benjamin Zymler, Aroldo Cedraz, José Múcio Monteiro, Bruno Dantas (Relator) e Vital do Rêgo.

13.2. Ministro-Substituto convocado: Augusto Sherman Cavalcanti.

13.3. Ministros-Substitutos presentes: Marcos Bemquerer Costa e André Luís de Carvalho.

(Assinado Eletronicamente)
RAIMUNDO CARREIRO
Presidente

(Assinado Eletronicamente)
BRUNO DANTAS
Relator

Fui presente:

(Assinado Eletronicamente)
CRISTINA MACHADO DA COSTA E SILVA
Procuradora-Geral